



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö. MHM

Att påverka sin hälsa

Uppfattningar om hälsorelaterade beteenden och om Hälsoteket i Angered

Minna Tuomi

D-uppsats, 10p

Program: Magisterprogrammet

Kurs: KK9 100 Hushållsvetenskap: Fördjupningsarbete 2, uppsats.

Handledare: Ann Gleerup

Examinator: Helena Shanahan

Datum: Maj 2007



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Att påverka sin hälsa
Författare: Minna Tuomi
Typ av arbete: D-uppsats
Handledare: Ann Gleerup
Examinator: Helena Shanahan
Program: Magisterprogrammet
Antal sidor: 54 inkl. bilagor
Datum: Maj 2007

Sammanfattning

Hälsan skiljer sig mellan olika grupper i Sverige. Invandrare, arbetslösa, lågutbildade och personer med låg social status har visat sig ha en sämre hälsa. En betydande orsak för den sämre hälsolivån är livsstilsfaktorer så som kost, fysisk aktivitet, eller brist på sådan, och stress. Dessa faktorer kan påverkas, någonting som Hälsoteket i Angered vill underlätta för befolkningen i stadsdelarna Gunnared och Lärjedalen. Men upplever folk att de kan påverka sin hälsa? Syftet var att ta reda på om personer bosatta i dessa stadsdelar upplever att de kan påverka sin hälsa, och i hur stor grad de försökt göra det. Tio personer med divergerande kulturell bakgrund intervjuades. Undersökningen hade sin utgångspunkt i fenomenografin. Och resultatet analyserades med hjälp av transtheoretical model of stages of change (TTM) och social cognitive theory (SCT). Alla ansåg att de kunde påverka sin hälsa, tillvägagångssätten var dock olika. Områden så som kost, motion, självkänsla, stress och läsandet av religiös litteratur togs upp som viktiga för hälsan. Tre olika beskrivningskategorier gick att urskilja i fråga om hur långt man kommit med att påverka sina hälsobeteenden. Första kategorin hade hälsoproblem men såg inte hur de skulle kunna påverka dem. I kategori två hade personerna ändrat hälsobeteenden och i den sista kategorin hade man inga hälsoproblem och hälsosamma vanor var självklara. Tre nyckelord som var centrala för om man deltog i Hälsotekets aktiviteter eller inte var tid, intresse och platsen för aktiviteten.

Nyckelord: Invandrare, Hälsa, Kost, Fysisk aktivitet, Stress, Hälsoteket i Angered.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Title: To influence ones health
Author: Minna Tuomi
Type of work: Paper on a D level
Tutor: Ann Gleerup
Examiner: Helena Shanahan
Program: Magisterprogrammet
Pages: 54, supplements included
Date: May 2007

Summery

The status of Health is not equal between different groups in Sweden. Immigrants and people that are unemployed or have a low level of education or social status have a lower status of health. Lifestyle factors such as food, physical activity and stress habits play an important role in explaining the health differences. These factors can be influenced, something that Hälsoteket in Angered is trying to facilitate fore people living in the city quarters Gunnared and Lärjedalen. But do people experience that they can have an influence on their health? The aim of the present study was to find out if people living in Gunnared and Lärjedalen feel that they can influence their health, and in what degree they hade tried to do so. Ten people from diverse cultural backgrounds were interviewed. When analysing the results the transtheoretical model of stages of change (TTM) and social cognitive theory (SCT) were used. This study also had a point of origin in phenomenography. Everybody felt that they could influence their health. This could be done by effecting areas such as food, physical activity, stress, self esteem and by reading religious literature. Regarding how far people had come in changing their health habits three different categories of description could be identified. Those in the first category had health problems but felt there was nothing they could do about it. In the second category people had tried to change their health habits and had achieved better health. In the last category of description people were healthy and healthy behaviours were an obvious part of their lifestyle. Three essential factors could be seen in the matter of joining the activities of Hälsoteket. They were, in order of importance; time, interest and the location of the activity.

Keywords: Immigrant, Health, Nutrition, Physical activity, Stress, Hälsoteket in Angered.

Innehållsförteckning	Sida
1 Inledning	5
2 Bakgrund	5
2.1 Vad är hälsa?	5
2.2 Hur ser folkhälsan ut för utsatta grupper i Sverige i dag?	6
2.3 Förklaringar till skillnaderna i hälsa	12
2.4 Folkhälsan i Gunnared och Lärjedalen	17
2.5 Hälsoteket i Angered	17
2.6 Uppfattningar om och beteenden kring fysisk aktivitet, kost och stress	19
2.7 Teorier om beteenden	22
2.8 Problemformulering	23
3 Syfte	24
3.1 Frågeställningar	24
4 Metod	24
4.1 Förhållningssätt och förförståelse	24
4.2 Metodval	25
4.3 Urval	26
4.4 Tillvägagångssätt	26
4.5 Analys	27
5 Resultat	28
5.1 Att påverka sin hälsa	28
5.2 Hälsoteket i Angered	34
6 Diskussion	37
6.1 Metoddiskussion	37
6.2 Att påverka sin hälsa	38
6.3 Beskrivningskategorierna	39
6.4 Hälsoteket i Angered	42
7 Sammanfattande diskussion och slutsatser	43
Referenslista	
Bilagor	

1 Inledning

Hälsa är inte jämnt fördelat i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2002; Socialstyrelsen, 2005; Wagstaff & Doorslaer 2000; Sundquist & Johansson, 1997). Vissa grupper har större risker att drabbas av ohälsa. Beroende på om man är född utanför Sverige, har låg social klass, låg utbildningsnivå eller är arbetslös har man en större risk att dö i förtid. Alla faktorer som spelar in kan inte direkt påverkas av individen själv, så som löneläget i samhället, arbetslöshetsnivån eller diskriminering. Det positiva är dock att olika delar av livsstilen kan påverkas, till exempel kost-, motions- och stressvanor, de i sin tur kan minska risken för ökad sjuklighet och dödlighet (Statens folkhälsoinstitut, 2002; Dishman, 2004; Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Rydqvist & Winroth, 2004).

Hälsoteket i Angered är en verksamhet som startats av stadsdelsnämnderna Lärjedalern och Gunnared och Hälsö- och sjukvårdsnämnd 12 i Göteborg. Den riktar in sig på förebyggande hälsoverksamhet. Men hur ska man göra för att på bästa sätt nå ut till alla de nästan 50 000 personer av olika nationaliteter, med skiftande socioekonomisk status och ålder som bor i stadsdelarna på bästa sätt? Denna problematik kommer denna rapport att handla om.

2 Bakgrund

I bakgrunden börjar jag med att definiera några begrepp på området, så som hälsa. Vidare kommer en genomgång av hälsoläget för olika grupper i samhället, som följs av ett stycke som ämnar förklara de hälsoskillnader som finns. Avslutningsvis tar jag mig en titt på hur det kommer sig att man har de specifika hälsobeteenden som bidrar till hälsoskillnaderna.

2.1 Vad är hälsa?

Ordet hälsa är ett vitt begrepp som kan ha olika innebörd för olika personer. I studier (Medin & Alexanderson, 2004, s. 89) av hur människor uppfattar begreppet kan man bland andra urskilja följande:

- Hälsa är frånvaro av sjukdom.
- Hälsa som energi, vitalitet, både fysiskt och psykosocialt.
- Hälsa som funktionsförmåga, att kunna göra saker.
- Hälsa är psykosocialt välbefinnande, att känna sig lycklig och må bra.

När man å andra sidan ser till teoretikers syn på hälsa kan två huvudinriktningar vad gäller användandet av ordet urskiljas, nämligen biomedicinsk inriktning och humanistisk inriktning (Medin & Alexanderson, 2004). Utifrån biomedicinsk inriktning ses människan som ett biologiskt system, som har hälsa så länge det inte har någon sjukdom. Har man en humanistisk syn ses människan vara en del i ett sammanhang och hälsa är någonting mer än enbart frånvaro av sjukdom.

I FN-deklarationen från 1946 fastslogs att hälsa är en mänsklig rättighet och att alla människor har lika värde (Socialstyrelsen, 2005). Världshälsoorganisationen (WHO) definierade 1948 hälsa som ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (WHO, 1948). Denna något utopiska och statiska definition fick kritik (Socialstyrelsen, 2005) och WHO definierar idag hälsa som ett tillstånd av total fysisk, psykisk och socialt välmående och inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO, 1986).

2.1.1 Vad är folkhälsa?

I nationalencyklopedin (2006) beskrivs folkhälsa som det allmänna hälsotillståndet i befolkningen. I folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen, 2005) skriver man vidare att begreppet innefattar såväl summan av individernas hälsa som hälsans fördelning i

befolkningen. När man ser på hälsa på gruppnivå framgår det att levnadsvanor och livsvillkor spelar en viktig roll (Socialstyrelsen, 2005). Man kan dessutom se systematiska skillnader mellan olika grupper i samhället beroende på dessa levnadsvanor och livsvillkor.

När en individ drabbas av sjukdom eller ohälsa är det inte alltid tydligt vilka som är de bakomliggande faktorerna, det kan till exempel vara genetiska orsaker som leder till sjukdom (Socialstyrelsen, 2005). Det faktum att man tillhör en grupp i samhället som anses ha sämre hälsa behöver för den enskilde individen inte ha så stor betydelse. Man kan dock inte påstå att till exempel de individuella levnadsvanorna saknar betydelse.

2.2 Hur ser folkhälsan ut för utsatta grupper i Sverige i dag?

Hälsan är inte jämnt fördelad, några som har en ”sämre” hälsa är vissa invandrargrupper, låginkomsttagare, personer med låg socioekonomisk status, arbetslösa och lågutbildade. Dessa grupper kommer jag att ta en närmare titt på, fokus ligger dock på invandrare.

2.2.1 Vem är invandrare?

Jag kommer i denna rapport att använda ordet invandrare i betydelsen personer som vandrat in, och därmed är födda utomlands. I vissa studier räknas även barn till invandrare med, så kallade andra generationens invandrare eller personer med utländsk bakgrund.

Det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället men det finns inga enkla samband mellan etnisk tillhörighet och hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Faktorer som klasstillhörighet, utbildningsnivå och yrke är starkt relaterade till hälsan i det nya landet. Även arbetslöshet eller marginalisering kan bidra till en försämrad hälsa. Trots det kan en del trender ses. Invandrare är ingen homogen grupp därför kommer en närmare blick på hur ”invandrargrupper” i Sverige ser ut i dag?

Migration historiskt sett

Genom historien har människor alltid varit rörliga. I Sverige finns officiell statistik över in- och utvandringen sedan 1851. Man kan däri se att fram till 1930-talet var utvandringen störst medan det sedan dess har varit invandringen som dominerat (Lundh, 2005, Migrationsverket, 2006). Den migrationsfas vi befinner oss i nu började efter andra världskriget. Vid tiden för krigsslutet tog Sverige emot 200 000 flyktingar från grannländerna (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Av dessa återvände en stor del till sina hemländer efter krigsslutet.

När industrin behövde mer arbetskraft än vad som fanns i Sverige rekryterades den utifrån och perioden 1947 till 1969 dominerade arbetskraftsinvandringen. (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Till en början kom många från Finland, Norge och Danmark, men senare även från länder som Jugoslavien, Ungern, Österrike och Grekland. Under 50-talet invandrade även Tyskar och Italienare (Lundh, 2005). Tillsammans med finländare utgjorde dessa grupper en stor del av invandringen under 50- och 60-talen, även turkar arbetskraftsinvandrade under 60-talet (Statens folkhälsoinstitut, 2002).

På början av 70-talet ökade flyktinginvandringen stort till följd av militärkupper, inbördeskrig, krig mellan stater och etniska motsättningar (Lundh, 2005). Tiden 1970 till 1991 karakteriseras av invandring av utomeuropeiska flyktingar. Från att tidigare ha varit ungefär 1000 personer per år var den nu 10 000 personer som kom in varje år. Till en början kom de från Latinamerika men sedermera även från Afrika, Turkiet och Mellan Östern (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Under 80-talet fortsatte invandringen från Chile, och kriget mellan Iran och Irak och inbördeskriget i Libanon.

På 1990-talet dominerades invandringen av flyktingar från Balkan. Sammanlagt 120 000 individer från före detta Jugoslavien, främst muslimer från Bosnien, katoliker från Kroatien och etniska Albaner från Kosovo, sökte asyl under 90-talet (Statens folkhälsoinstitut, 2002).

På början av 2000-talet har de största invandrargrupperna varit från Asien, Afrika och övriga Europa (Migrationsverket, 2006). Men på det hela har invandringen gått ner, om man ser till efterkrigstiden. Andelen flyktingar minskar, den invandring som sker i dag är till största delen anhöriginvandring.

Invandring och hälsa

Invandrare som lever i Sverige i dag har en sämre hälsa än svensken. Studier visar att det är stora skillnader att insjukna i hjärt-kärlsjukdom mellan invandrare och svenskfödda (Statens folkhälsoinstitut, 2002; Socialstyrelsen, 2005). Finska och bosniska kvinnor och män har kraftigt förhöjda dödstal i både hjärt-kärlsjukdom som undergruppen kranskärlsjukdom (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Däremot visar invandrare från Latinamerika signifikant lägre dödstal. Utöver detta visar kvinnor från Sydeuropa och Turkiet och män från Östeuropa relativt hög dödlighet i dessa sjukdomar jämfört med svenskar.

I Sverige och Norden lider en något större andel män än kvinnor av fetma (BMI>30) ¹⁾ (Socialstyrelsen, 2005). Ser man till övriga Europa är det kvinnorna som i större grad lider av fetma. Dessa skillnader som kan ses mellan olika områden återspeglas även på invandrarna därifrån. Vilket betyder att särskilt invandrade kvinnor lider av fetma jämfört med svenska personer. De exakta siffrorna av andelen personer med fetma åskådliggörs i tabell 2:1.

Tabell 1 Fördelning av fetma

	Kvinnor (procent)	Män (procent)
Sverige	8	9
Övriga Norden	11	13
Övriga Europa	12	9
Övriga världen	14	6

När det gäller övervikt (BMI>25) kan liknande mönster ses (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Dock är det stora överviktsproblem för såväl kvinnor som män. Andelen överviktiga kvinnor födda i Turkiet, Chile och Sydeuropa var över 50 procent. Även kvinnor från Iran eller utanför Europa har en högre andel med övervikt än Svenska kvinnor där var tredje är överviktig. Vad männen anbelangar så skiljer sig inte invandrade män nämnvärt från de svenska, där dock varannan man är överviktig. Enda undantaget är män från Sydeuropa som har 64 procent överviktiga.

Svenskar har relativt låg förekomst av typ-2 diabetes medan den är högre i övriga Norden, ännu högre i övriga Europa och som högst utanför Europa (Socialstyrelsen, 2005). Detta återspeglas hos invandrarna. Kvinnor från Mellanöstern är en högriskgrupp liksom turkiska kvinnor.

När det gäller typ-1 diabetes är insjuknandet lägre i alla andra länder än i Sverige, förutom Finland (Socialstyrelsen, 2005). Vidare har man sett att invandrarbarn i Sverige får diabetes typ-1 i mindre utsträckning än svenska barn.

¹⁾BMI står för Body Max Index, BMI = Vikt i kg/ längd i m². (Abrahamson, et al., 2006)

Generellt sett har invandrare lägre dödlighet i cancer än infödda svenskar (Statens folkhälsoinstitut, 2002). För till exempel bröstcancer är risken 20 till 70 procent lägre för invandrade kvinnor än svenska. Är man född i Europa ligger risken över lag närmare de svenska kvinnornas. Kvinnor födda i Finland eller OECD-länderna ²⁾ har högre risk att få lungcancer än svenskor (Statens folkhälsoinstitut 2002). De flesta andra kvinnliga invandrargrupper löper dock samma risk som svenska kvinnor, undantaget är asiatiska kvinnor som har betydligt lägre risk att drabbas. För männens del är det män från Iran som löper mindre risk än de svenska männen att drabbas av lungcancer. Många invandrarmän har dock högre risker, de män med störst risk är från Bosnien. För tjocktarmscancer har de flesta invandrargrupperna lägre risk att drabbas än svenska. Asiatiska och Turkiska kvinnor utmärker sig med 70 procent lägre risk. När det kommer till magcancer så har alla kvinnor, utom kvinnor födda i OECD-länderna och Irak, högre risk att drabbas. För män är risken störst för dem från Bosnien. Även Turkiska, Sydeuropeiska och Chilenska män har höga risker.

Det faktum att det finns skillnader mellan länder vad gäller insjuknande i till exempel cancer kan ses som någonting positivt (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Det innebär att livsstilsfaktorerna inverkar och att det är möjligt att påverka sjukdomarna i viss mån på gruppnivå.

Ett övergripande mått på psykisk ohälsa är vård på psykisk avdelning (Statens folkhälsoinstitut, 2002). I stort sett alla nationaliteter bland invandrarkvinnor vårdades i större utsträckning än svenska kvinnor på psykiatrisk avdelning. I topp ligger finländare och personer från Afrika utom Nordafrika. För invandrarmännen finns det större variationer. Även här ligger finländarna i topp med över dubbelt så många inläggningar som de svenska männen, även män från Polen, Iran och Irak och andra arabisktalande länder har höga risker. Däremot har sydeuropeiska, bosniska, turkiska, latinamerikanska och asiatiska män signifikant lägre risker. Det är särskilt i början av migrationen som skador efter olika former av våld, separation från familjemedlemmar och hot om utvisning leder till psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Med tiden är det faktorer i det nya landet som spelar allt större roll så som ekonomiska, sociala och kulturella faktorer.

2.2.2 Låginkomsttagare

I statistiska centralbyråns (SCB) inkomstfördelningsundersökning 2004 (Statistiska centralbyrån, 2006) såg man att drygt fyra procent av befolkningen var låginkomsttagare. Unga ensamstående är en stor grupp av dem som har låga inkomster. Som förväntat var även arbetslösa en stor grupp med låga inkomster. Närmare bestämt tio procent av dem räknades som låginkomsttagare. Motsvarande siffra för de förvarsarbetande var drygt två procent. En grupp som alltid haft en lägre inkomst är utrikesfödda personer. År 2004 var tio procent låginkomsttagare jämfört med svenskar där procenten låg på tre. Beroende på vilket land man kommer ifrån finns det dock skillnader. De som är födda i norden eller ett EU-land har en inkomstnivå nära svenskarnas. Är man invandrare från länder utanför EU har man generellt lägre inkomst. I SCB's inkomstfördelningsundersökning 2000 (Statistiska centralbyrån, 2002) såg man att utrikes födda hade 80 procent av den disponibla inkomst som svenskfödda personer hade.

²⁾ OECD-länderna inkluderar USA, Canada, Australien, Nya Zeeland, Japan, Västeuropa utom Sydeuropa. Finland har exkluderats och bildar en egen grupp i denna studie. (Statens folkhälsoinstitut, 2002)

Den tid man varit i Sverige har betydelse, den som varit här i kortare tid hade år 2000 endast 65 procent av genomsnittssvenskens inkomst. Har man däremot varit här i över 20 år har man närmast samma inkomster som svenskarna.

Hälsan hos låginkomstintagare

På populationsnivå har man funnit att bristande ekonomisk jämlikhet är knutet till högre dödlighet (Wagstaff, & van Doorslaer, 2000; Lynch, Smith, Kaplan, & House, 2000). Sambandet är exponentiellt växande (Wilkinson 1996), det vill säga att en liten inkomstökning ger desto större hälsovinster. Wilkinson (1996) bland andra (Ecob & Smith, 1999; Fritzell, Neramo & Lundberg, 2004; Lynch, et al. 2000) menar att ekonomisk ojämlikhet är en viktig bestämmande faktor för hälsan i ett land eller samhälle.

Tidigare forskning har till stor del undersökt inkomstens effekter på dödlighet i befolkningar, i dag koncentrerar man sig mer på inkomstens effekter på sjuklighet och på individnivå (Wagstaff, & van Doorslaer, 2000). I en svensk studie av Fritzell, Neramo och Lundberg (2004) har man gjort just detta. Man fann att såväl inkomsten som hushållets disponibla inkomst hade starka samband med hälsa, för både män och kvinnor. Även när man kontrollerade för andra strukturella variabler, så som utbildning, klass, ålder och så vidare kvarstod detta samband vilket visar att inkomst i sig har betydelse för individers hälsa. Sambandet man fann var av exponentiell karaktär. Detta får dem att anta att inkomstutjämnande åtgärder kan ha inverkan på hälsan.

Liknande resultat fann man i en brittisk studie av Ecob och Smith (1999). Högre inkomst visade sig vara sammankopplad med bättre hälsa. Även de kontrollerade för andra socioekonomiska variabler, och sambandet höll. Detta visar åter igen att inkomst oberoende av andra faktorer spelar roll för hälsan, och vidare att inkomst inte enbart är en markör för andra socioekonomiska variabler.

Geyer och Peter (2000) undersökte i en tysk studie vilken faktor av inkomst, yrkesposition eller kvalifikationer som spelade roll för olikheterna i hälsa. Även de fann att inkomst oberoende av de andra faktorerna påverkade hälsan hos de undersökta.

2.2.3 Vem har låg utbildningsnivå?

Utbildningsnivå kan definieras på olika sätt. Ett vanligt sätt är det som använts i folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen, 2005). Låg utbildningsnivå har de personer som läst högst två år på gymnasium, eller sammanlagt gått totalt elva år i skola. Mellan utbildningsnivå innebär att ha läst treårigt gymnasium samt eftergymnasial utbildning i kortare än tre år, sammanlagd skolgång är max 14 år. De med hög utbildningsnivå har läst tre år eller längre på eftergymnasial nivå eller forskarutbildning, total skolgång 15 år.

Utbildningsnivåns betydelse för hälsan

En svensk studie av Sundquist och Johansson (1997) visade att ju lägre utbildningsgrad desto högre sammanlagd dödlighet, men även mer specifikt en ökad dödlighet i hjärtkärlsjukdomar. Folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen, 2005) redovisar ett likadant mönster, nämligen att risken att insjukna i hjärtkärlsjukdom är minst bland högutbildade och ökar ju lägre utbildningsnivå man har.

Fetma är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland personer med hög utbildningsnivå (Socialstyrelsen, 2005). År 2002/03 var 12 procent av de lågutbildade kvinnorna feta, och 13 procent av männen. Dessa siffror kan jämföras med de högutbildade kvinnorna där endast sex procent led av fetma och sju procent av männen.

Man kan se liknande mönster i den finska folkhälsorapporten 2003 (Helakorpi, Patja, Prättälä, Aro & Uutela, 2003) där man studerat övervikt och fann att det är vanligare bland lågutbildade, det är dock mindre skillnader mellan männen som alla i stor utsträckning är överviktiga. Av lågutbildade män är 60 procent överviktiga, detta kan jämföras med högutbildade män från vilka andelen är 57 procent. Skillnaderna är något större bland kvinnorna där 46 procent av de lågutbildade har övervikt medan siffran är 35 procent för de högutbildade.

Personer med låg utbildningsnivå har oftare diabetes, det är nästan dubbelt så vanligt bland lågutbildade jämfört med högutbildade (Socialstyrelsen, 2005). Särskilt framträdande är lågutbildade mäns mycket höga risk att drabbas. Dessutom är dödligheten bland diabetiker med låg utbildningsnivå 40 procent högre än för högutbildade diabetiker (Nilsson, Johansson & Sundquist, 1998).

Krokstad, Kunst och Westin (2002) har i en norsk studie undersökt hur utbildningsnivå hänger ihop med upplevd hälsa, långvariga hälsoproblem och kronisk sjukdom. Resultatet visar att låg utbildningsnivå har ett starkt samband med en ökning av dessa faktorer. Detta både på mitten av 80-talet och på mitten av 90-talet, dock kunde man se en liten minskning av klyftan mellan låg- och högutbildade. Även Kenedy et al. (1998) har i en amerikansk studie sett att ju lägre utbildningsnivån är desto sämre självuppskattad hälsa har man. Nästan hälften av dem som inte har gått i skola eller har gått i skola lägre än till high school nivå har en sämre självuppskattad hälsa. Cavelaars et al. (1998) har undersökt självrapporterad sjuklighet i elva västeuropeiska länder. De fann att ojämlikheterna i hälsa mellan låg- och högutbildad var bland de största just i Sverige. De efterlyste fortsatt forskning för att ta reda på orsaksförklaringar till detta.

2.2.4 Arbete (socioekonomisk klass)

Det finns olika sätt att dela in befolkningen i socioekonomiska grupper. Enligt SCB's (Statistiska centralbyrån, 1983) standard sker indelningen i: ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, lägre tjänstemän, tjänstemän på mellannivå, högre tjänstemän, företagare, jordbrukare och studerande.

Sysselsättningen har ökat sedan 1997 (Statistiska centralbyrån, 2006a). År 2005 var sysselsättningen närmare 80 procent från att 1997 legat på 75 procent. Sysselsättningen har ökat även för invandrare, från 50 till 60 procent under samma tidsperiod.

Socioekonomiska klassens inverkan på hälsa

Det finns skillnader i insjuknande av hjärtkärlsjukdom mellan olika yrkesgrupper såväl för kvinnor som för män (Socialstyrelsen, 2005). Exempelvis är det 50 till 60 procent större risk för en ej facklärd arbetare att drabbas av hjärtinfarkt än för en högre tjänsteman.

Fetma har ökat stadigt de senaste tjugo åren men ökningen har varit större för arbetare än bland tjänstemän (Socialstyrelsen, 2005). År 2002/03 led 13 procent av såväl kvinnliga som manliga arbetare av fetma, bland tjänstemän var den för kvinnor sju procent och för män åtta.

Diabetes är vanligare bland arbetare och lägre tjänstemän av båda könen än bland tjänstemän på mellan eller högre nivå (Socialstyrelsen, 2005). Om man jämför manliga arbetare med kvinnliga tjänstemän på mellan eller högre nivå har männen nästan dubbelt så stor risk att drabbas.

Arbetsmiljöundersökningen visade att andelen personer med *obundet och ofritt arbete* under slutet av 90-talet var 18 procent (Folkhälsoinstitutet, 2002). Bland utrikesfödda var den något högre, högst var den bland personer från syd- och Östeuropa och övriga länder (mestadels flyktingar). På slutet av 90-talet hade 17 procent av svenskarna *enformigt arbete*, återigen såg man att syd- och östeuropéer och personer från övriga länder låg på ungefär 30 procent som hade *enformigt arbete*. När man ser till faktorn *för lite inflytande* ligger alla på ungefär 30 procent, även svenskarna.

I arbetsmiljöundersökningen (Folkhälsoinstitutet, 2002) har man även undersökt olika ohälsfaktorer. I Sverige hade 49 procent, i slutet av 90-talet, ett *psykiskt påfrestande arbete*. Invandrare låg på liknande siffror, undantaget var personer från Östeuropa varav 63 procent hade psykiskt påfrestande arbete. I den svenska folkhälsorapporten 2005 (Socialstyrelsen, 2005) såg man att de mest psykiskt påfrestande arbetena fanns bland de så kallade välfärdstjänsterna, nämligen i yrken som vänder sig till allmänheten inom service, vård, omsorg, skola och myndighetsutövning. I arbetsmiljöundersökningen (Folkhälsoinstitutet, 2002) ser man att när det kommer till *fysiskt påfrestande arbete* hade 24 procent av svenskarna det på slutet av 90-talet. Invandrare låg på något högre nivåer med personer från Sydeuropa i topp på 35 procent. Dryga 30 procent av alla hade *ryggont*, dock utmärker sig syd- och östeuropéer varav 50 procent hade ryggont. Av svenskarna var 19 procent *trötta och håglösa efter arbetet*, alla invandrargrupper låg något högre. Folkhälsorapporten 2005 (Socialstyrelsen, 2005) visar att trötthet har ökat främst i de yngre grupperna. På 80-talet uppgav 30 procent av befolkningen att de var trötta för jämnan, vid 2000/01 uppgav ungefär hälften samma sak.

2.2.5 Arbetslöshet

Arbetslösheten har sjunkit sedan 1997, från cirka åtta procent till knappa sex procent 2005 (Statistiska centralbyrån, 2006a). Precis som sysselsättningen går arbetslösheten för invandrare i positiv riktning. Sedan 1997 har arbetslösheten sjunkit från knappa 20 procent till dryga tio procent.

Arbetslöshet och hälsa

Martikainen och Valkonen (1996) fann i en finsk studie att arbetslösa har en högre dödlighet än personer som har arbete. De fann vidare att även personer som var arbetslösa under en viss tid hade högre dödlighet än de med varaktigt arbete, dock inte lika hög som de arbetslösa.

Kvinnor som är arbetslösa visar en 15 procent högre risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom än sysselsatta kvinnor (Folkhälsoinstitutet, 2002). Motsvarande siffra för de arbetslösa männen är en 20 procents överrisk jämfört med de sysselsatta männen. Skillnaden mellan invandrare och svenskfödda i insjuknande i hjärtkärlsjukdom blir ännu större om man ser till de som är arbetslösa. Riskgrupper bland kvinnorna är asiater och finskor. Bland männen är det personer födda i Bosnien, Turkiet eller Östeuropa med före detta Sovjet som är de med störst risker.

Arbetslöshet har visat sig ha en stor betydelse för allvarlig psykisk sjukdom (Folkhälsoinstitutet, 2002). Både kvinnor och män som är arbetslösa har nästan tre gånger högre risk att drabbas än sysselsatta. Ännu större risker har några invandrargrupper, kvinnor

från OECD-länderna, Finland och Afrika utom Nordafrika har än större risker än svenskfödda arbetslösa. Arbetslösa män från Polen och Finland har högre risker än arbetslösa svenska män. Alla invandrargrupper och svenska som är arbetslösa har om de jämförs med sysselsatta svenskar en högre risk att drabbas av psykisk sjukdom.

2.2.6 Sammanfattning

Invandrare har kommit till Sverige av olika orsaker genom tiderna (Lundh, 2005; Migrationsverket, 2006). På början av efterkrigstiden var det oftast arbetskraftsinvandring det var fråga om. Från 70-talet fram till millennieskiftet har flyktingar varit den största invandrargruppen. Nu på 2000-talet är det framförallt frågan om anhöringvandring.

År 2004 var fyra procent av befolkningen låginkomsttagare (Statistiska centralbyrån, 2006b). Invandrare är en stor grupp bland dessa. Även arbetslösa är av naturliga skäl oftare låginkomsttagare än medelsvensson. Dessa två grupper, invandrare och arbetslösa, har högre dödlighet och sjuklighet (Statens folkhälsoinstitut, 2002; Socialstyrelsen, 2005; Wagstaff & Doorslaer 2000; Sundquist & Johansson, 1997). Två andra grupper med samma problem är lågutbildade och arbetare.

2.3 Förklaringar till skillnaderna i hälsa

Hur kommer det sig att de ovan beskrivna grupperna har sämre hälsa? Som nämnts spelar livsstil och sociala faktorer roll. Nedan ges en mer detaljerad beskrivning av några aspekter som kan belysa problematiken.

2.3.1 Varför har invandrare sämre hälsa?

Orsakerna till hälsoskillnaderna är flera, Socialstyrelsen (1995) och Didrichsen, Östlin, Dahlgren och Hogstedt (1991) tar bland annat upp följande orsaker: hälsoläget i ursprungslandet, selektion vid migration, själva migrationen och invandrades levnadsomständigheter i Sverige.

Hälsoläget i ursprungslandet

I undersökningar i Sverige jämförs oftast invandrade personer med svenskar, som i förhållande till andra länder har en god hälsa (Socialstyrelsen, 1995; Didrichsen, Östlin, Dahlgren, & Hogstedt, 1991). Det är till exempel bara ett fåtal länder där invånarna har en högre återstående medellivslängd vid födseln än vad Sverige har. Detta medför att invandrare kan förväntas ha sämre hälsa. Ser man dock till återstående medellivslängd vid exempelvis 30 års ålder är det fler länder som ligger jämsides med Sverige. Dessutom innebär inte en lång livslängd nödvändigtvis att befolkningen är friskare, utan att den kan leva sjukare.

Tidigare levnadsförhållanden kan vara av betydelse för hälsoläget i landet även om förhållandena har förändrats. I en finsk studie fann Silventoinen och Lahelma (2002) att andledningen till att den finska befolkningen hade sämre hälsa än övriga Norden berodde på att man haft en lägre levnadsstandard så sent som på 50-talet.

Selektion vid migration

Ibland kallas det för "healthy worker effect", och innebär att det är de friska som har möjligheten att migrera (Didrichsen, Östlin, Dahlgren, & Hogstedt, 1991). Detta torde leda till att invandrare är relativt friska. Men som jag nämnt i föregående stycke spelar andra faktorer så som tidigare levnadsförhållanden en stor roll.

Själva migrationen

För vissa invandrargrupper är själva migrationen krävande (Didrichsen, Östlin, Dahlgren, & Hogstedt, 1991). Beroende på orsak till flytten kan upplevelsen variera starkt mellan olika grupper. Flyttar man till granlandet för att arbeta, eller till en annan kontinent för att man tvingas fly utan möjligheter att återvända är situationerna helt skilda. Ju större skillnaderna mellan hemlandet och det nya landet är, både geografiskt som kulturellt, desto svårare kan den nya tillvaron bli.

Invandrares levnadsomständigheter i Sverige

De ovanstående orsakerna kan inte ge en fullständig förklaring för skillnaderna i hälsa. Det är snarare så att den största påverkan på hälsan har de levnadsförhållanden man lever i nu. Dessutom kan diskriminering eller kanske svårigheter att anpassa sig till nya levnadsförhållanden påverka (Socialstyrelsen, 1995). Ens livsstil och levnadsvanor kan dock förklara stora delar av hälsoskillnaderna, detta kan man se nedan.

2.3.2 Varför finns hälsoskillnader på grund av inkomst?

Orsaksförklaringarna till sambandet mellan inkomst och dödlighet är flera. En förklaring är att sambandet mellan låg inkomst hos individen och dennes hälsa är tillräckligt för att visa samma samband på populationsnivå (Lynch, et al., 2000). Detta innebär att inkomstens hälsoeffekter enbart är summan av hälsoeffekterna man ser hos individerna. Samtidigt menar dock Lynch et al. (2000) att detta synsätt kan leda till att man underskattar betydelsen av ojämlig inkomstfördelning på samhällsnivå. I en amerikansk studie kom Kennedy, Kawachi, Glass, och Prothrow-Stith (1998) fram till att ojämlikheterna i hälsa är mer än en aggregerad effekt av individernas hälsa. Kennedy et al. tar vidare upp att det är på samhällsnivå och i sin kontext som dessa hälsoskillnader kan ses, så till vida behöver en relativt hög inkomst inte betyda god hälsa för individen om man lever i ett område där hälsan generellt sett är sämre. Liknande tankar har Wagstaff och van Doorslaer (2000) som påpekar att studier gjorda på populationsnivå, vilket nästan uteslutande gjorts hitintills, inte kan säga någonting om en individs hälsa.

En andra förklaringsmodell är den om den psykosociala omgivningen. Wilkinson (1996) som instiftade denna förklaringsmodell menar att uppfattningen av var man befinner sig i den sociala hierarkin, som bygger på inkomst, leder till negativa känslor. Dessa känslor omvandlas i våra kroppar genom psyko-neuro-endokrina mekanismer (stress) och leder till ohälsosamma beteenden.

Den tredje förklaringen till att de med lägre inkomst har sämre hälsa är den neo-materiella tolkningen (Lynch, et al., 2000). Här förklaras skillnaderna i hälsa med att enkelt uttryckt man inte har råd med bättre. Hela livssituationen påverkas, så som utbildning, vård, tillgänglighet till mat, bostadskvalité, yrkesmässiga hälsoregleringar och så vidare. Den ojämlika inkomstfördelningen är enbart ett uttryck, bland andra, för en samling materiella förhållanden som påverkar hälsan.

2.3.3 Skillnader i kost

Den svenska folkhälsorapporten 2005 (Socialstyrelsen, 2005) visar på att det finns skillnader i kostvanor mellan olika socioekonomiska grupper och beroende på utbildningsnivå. Exempelvis äter arbetare och lågutbildade lite frukt och grönsaker. Även i den finska folkhälsorapporten 2003 (Helakorpi, Patja, Prättälä, Aro, & Uutela, 2003) har man sett att personer med lägre utbildningsnivå äter mindre nyttigt än de som har högre utbildning som till exempel oftare äter grönsaker och dricker mjölk med lägre fetthalt. Statens

folkhälsoinstitut (2006) har beräknat effekten av lågt intag av frukt och grönt och kommit fram till att denna riskfaktor orsakar 1,9 procent av den totala sjukdomsburden, DALYs³⁾, för kvinnor och 3,0 procent för män. Detta då denna riskfaktor ligger bakom en ökad risk för insjuknande i olika cancerformer, ischemisk hjärtsjukdom och stroke.

Koçtürk (1992) skriver att förändrade kostvanor är en orsak till invandras högre sjuklighet. Ofta får man tillgång till ett överflöd av varor som man inte haft tillgång till tidigare. Detta leder många gånger till en kost rik på socker, salt, fett och protein. Trots att man ibland håller kvar vid kombinationer av livsmedel som man haft i hemlandet och i hemlandets maträtter kan det ändå innebära en förändring på näringsämnesnivå.

2.3.4 Skillnader i fysisk aktivitet

Av den svenska befolkningen är det mellan 30 till 40 procent som är fysiskt inaktiva (Hassmén, Hassmén, Plate, 2003). Dishman (2004) skriver att arbetare i större utsträckning är inaktiva och att de dessutom oftare avbryter träningsprogram. Den "Nationella folkhälsoenkäten 2004" visar att det är vanligast bland arbetare och ekonomiskt utsatta att ha en stillasittande fritid, vidare är det dubbelt så vanligt att vara stillasittande på fritiden bland personer som har kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning (Boström & Nykvist, 2004). Liknande uppgifter kan man se i den finska folkhälsoberättelsen 2003 (Helakorpi, et al., 2003) där män med högre utbildningsnivå motionerade mer än landsmännen med lägre utbildningsnivå. För kvinnorna såg man i samma studie däremot ingen skillnad beroende på utbildningens längd. I en spansk studie av Borrell, et al. (2000) visade det sig att män i de lägsta sociala klasserna var fysiskt aktiva i allra minst grad. Bland kvinnor såg man inga klasskillnader i samma studie. Dishman (2004) skriver att män i större utsträckning är fysiskt aktiva än kvinnor. Vidare tar Dishman upp att aktivitetsgraden påverkas negativt av att vara invandrare, och av graviditet eller tidigt barnafödande.

Lindström och Sundquist (2001) har undersökt nivån av fysisk inaktivitet i förhållande till migration. Bland invandrarkvinnor i Sverige var 27 procent helt stillasittande och bland männen 18 procent. Även när man kontrollerade för andra variabler så som ålder, kön och utbildningsnivå kvarstod skillnaderna mellan invandrare och svenskar. Personer från arabisktalande länder och gruppen övriga länder (Turkiet, Iran, Östeuropa och Vietnam) var de som i störst grad levde en stillasittande livsstil.

Statens folkhälsoinstitut (2006) klassar fysisk inaktivitet som en betydande riskfaktor som orsakar 3,7 procent av den totala sjukdomsburden, beräknat enligt DALYs. Anledningen till det är att fysisk inaktivitet är en riskfaktor för cancer i tjocktarm och ändtarm, bröstcancer, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom och stroke.

2.3.5 Vikten och det metabola syndromet

I en EU täckande studie av Bangeas, López-García, Gutiérrez-Fisac, Guallar-Castillón och Rodríguez-Artalejo (2003) undersökte man hur stor del av dödligheten som kan tillskrivas övervikt och fetma. Man fann att under mitten av 1990-talet kunde 7,7 procent av dödsfallen i

³⁾ DALY (Disability-adjusted life years) är ett hälsomått som inbegriper förlust av liv genom för tidig död och förlust av funktion (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Det mäts utifrån ett idealstadium, den förväntade livslängden vid födseln som för kvinnor motsvarar 82,5 år och för män 80 år. Då måttet beräknas med livslängdstabell är det möjligt att beräkna även efter 82,5 respektive 80 års ålder, den förväntade dödsåldern ökar med åldern.

EU hänförs till överflödigt vikt. En jämförlig siffra för Sverige var 6,8 procent. Vidare var det fler dödsfall som kunde tillskrivas fetma, nämligen 4,8 procent, än för övervikt, motsvarande 2,9 procent av alla dödsfall. Forskarna menar vidare att detta kommer att bli ett större problem i framtiden med den ökande befolkningsvikten.

Att vara överviktig skriver Dishman (2004) är en faktor som påverkar den fysiska aktivitetsnivån negativt. Det kan bero på att den överflödiga vikten i sig gör det besvärligare att röra på sig. Men det finns även kognitiva faktorer som inverkar, som att man har dåliga erfarenheter av att motionera sedan tidigare. En överviktig person kan även ha lägre självsäkerhet på motionsområdet och inte tro på att man kan lyckas gå ner i vikt. Detta menar Dishman inte är så konstigt med tanke på att den typiska personen som gått ner i vikt inom ett år har gått upp en tredjedel av vikten igen, och inom en period på tre till fem år har gått upp all vikt denne förlorat. Kennedy et al. (1998) fann i sin studie att personer med fetma har betydligt sämre självskattad hälsa än normalviktiga.

Överflödigt vikt (bukfetma) är en komponent av det metabola syndromet som är en beteckning för en kombination av störningar i ämnesomsättningen som är starkt förknippade till ateroskleros (blodkärslsjukdom, i senare stadium förkalkning av blodkärlen). Något olika definitioner finns för syndromet. Brukligt för diagnos är att tre till fyra av följande komponenter finns: hypertoni (högt blodtryck), bukfetma, blodfettsubstans, reducerad glukostolerans (alternativt typ-2 diabetes) och ökad utsöndring av protein i urinen. Levnadsvanorna har stor betydelse för utvecklandet av syndromet, särskilt viktiga är kost- och motionsvanor, även om arvsanlagen spelar en viss roll. Den som drabbas har större risk att få bland annat hjärtkärlsjukdomar av skilda slag och den som inte har diabetes vid diagnostillfället kommer med stor sannolikhet att få det senare. (Nationalencyklopedin, 2006; Abrahamsson et al., 2006)

Tittar man på DALYs för några av riskfaktorerna ser man hypertoni ökar sjukdomsburden med 12,9 procent vilket gör hypertoni till den enskilt största riskfaktorn (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Ett högt kolesterolvärde motsvarar 7,1 procent av DALYs för kvinnor och 9,6 procent för män.

2.3.6 Rökning

Tobak är enligt statens folkhälsoinstitut (2006) en riskfaktor för 58 olika sjukdomstillstånd, däribland är cancersjukdomar, hjärtsjukdomar och infektioner i andningsorganen bland de ansevärdaste. Denna riskfaktor svarar mot 9,2 procent av förlorade DALYs. Andelen män som dör en för tidig död är något större än för kvinnor.

När det gäller rökning såg man i den finska folkhälsorapporten 2003 (Helakorpi, et al., 2003) att rökning var vanligare bland personer med låg utbildningsnivå, dessutom har klyftorna mellan utbildningsnivåerna blivit större. Bland kvinnor har det varit en markant ökning, särskilt för de lågutbildade varav 29 procent röker. Denna siffra kan jämföras med dem med medelnivå på utbildningen, 18 procent, och av de högutbildade röker 12 procent. Samma mönster ses hos männen, 38 procent av lågutbildade röker medan 30 procent av de medelutbildade röker och 18 procent av de högutbildade. Företeelsen att lågutbildade röker i större utsträckning bekräftades av en studie av Cavelaars et al. (2000) som sett på rökning i tolv europeiska länder. Man såg att bland yngre rökare, 20 till 44 år, var skillnaderna större mellan olika utbildningsnivåer jämfört med den äldre åldersgruppen, 45 till 74 år. I länder som Storbritannien, Norge och Sverige rökte såväl äldre som yngre personer med låg utbildningsnivå mer. Dock gällde detta inte för alla länder där till exempel högutbildade

kvinnor i Sydeuropa röker mer än sina lägre utbildade landsmaninnor. En spansk studie (Borrel, Domingues-Berjón, Pasarin, Ferrando, Rohlf, & Nebot, 2000) visade liknande resultat, nämligen att kvinnor från en högre social klass i Barcelona rökte mest. Denna studie visade även att män från den högsta sociala klassen var de som i störst grad slutat röka.

2.3.7 De socioekonomiska hälsoskillnaderna

Lundberg (1990) har kommit fram till att de faktorer som förklarar hälsoskillnaderna på grund av socioekonomisk klass till stor del är arbetsmiljö, uppväxtförhållanden och bruk av alkohol och tobak. Vidare märkte han att skillnader i psykosociala arbetsförhållanden minskade klyftan mellan klasserna. Han menar att så som arbetsförhållandena nu är fördelade har de en återhållande effekt på hälsoskillnaderna.

Borg och Kristensen (2000) har i en danska studie undersökt hur arbetsmiljö och livsstil hänger ihop med de sociala skillnaderna i självskattad hälsa. De kom fram till att fem faktorer, nämligen, repetitivt arbete, lågt inflytande över beslut, dålig bestämmanderätt över sitt kunskapsområde, jobb-osäkerhet, hög ergonomisk utsatthet, hög utsatthet för kemikalier, utsatthet för klimat och fysiskt krävande, kunde förklara 59 procent av de sociala skillnaderna. Och de två livsstilsfaktorerna, rökning och BMI, i sig förklarade 17 procent av skillnaderna.

2.3.8 Är det en fråga om kunskap?

Jansson (2004) har undersökt hur barn i olika socioekonomiska grupper förhåller sig till mat och fysisk aktivitet. Han kom fram till att alla barn hade kunskaper om mat och dess påverkan på kroppen. Däremot överensstämmer inte kunskapen med handling, som Jansson uttrycker det har inte alla barn ”den erfarenhet, sociala tillhörighet och/eller kulturella bildning som krävs för att välja ett alternativ till den onyttiga maten” (s.48). Buttriss (1997) går i liknande tankegångar, hon konstaterar i sin studie att många konsumenter inte har den nödvändiga bredden i kunskap för att framgångsrikt översätta budskap om hälsosamt⁴⁾ ätande till matval. Buttriss skriver vidare att även om många anser att de har mycket kunskap så vet många lite om näringsvärdet i den mat de äter. Hon konstaterar att det är viktigt att lära individer att översätta information om näring till praktisk information om vilka livsmedel de ska välja för att säkerställa en hälsosam kost.

En spansk studie (Bravo, Martin & Gonzalez, 2006) har jämfört bland annat vanor kring kost och fysisk aktivitet mellan grupper med olika hög kunskapsnivå i nutrition. Resultatet visade att en högre kunskapsnivå inte resulterade i ”sundare” livsstil. Bravo et al. drog slutsatsen att om man höjer kunskapsnivån behöver det inte återspeglas i ändrade kost- eller motionsvanor. I en svensk studie fann Helmersson och Tuomi (2006) att personer hade en hög kunskapsnivå om vad som var hälsosamma kostvanor. Men samtidigt tyckte respondenterna själva att det var *svårt att veta* vad som var hälsosamt.

2.3.9 Sammanfattning

Levnadsförhållanden påverkar vår hälsa och ekonomin är en orsak till hälsoskillnaderna (Lynch et al., 2000). Som Lynch et al. tar upp har man inte råd med bättre hälsa. Dessutom har kost- och motionsvanorna stor betydelse (Dishman, 2004; Socialstyrelsen, 2005). De ovan nämnda grupperna äter mer fett, socker och salt och mindre av frukt och grönsaker. Dessutom

⁴⁾ Att vara hälsosam är att engagera sig i aktiviteter och beteenden som upprätthåller eller främjar hälsa (Nationalencyklopedin, 2006)

är de inaktiva i högre grad än medelsvensson. Man har kunskapen om vad som är hälsosamt men som såväl Jansson (2004) som Buttris (1997) nämner har man svårt att översätta hälsobudskap till handling.

2.4 Folkhälsan i Gunnared och Lärjedalen.

Stadsdelarna bebos av knappt 50 000 personer (Folkhälsokarta, 2004). Gunnared och Lärjedalen är mångkulturella, över hälften har utländsk bakgrund (Hälsoteket i Angered, 2005a). Vidare är utbildningsnivån lägre än för andra stadsdelar. Endast dryga 20 procent av befolkningen i dessa stadsdelar har eftergymnasial utbildning. Denna siffra går att jämföra med övriga Göteborg där motsvarande siffra är över 40 procent. Andelen som förvärvsarbetar i gruppen 25-64 år är 58 procent, jämförbart med Göteborgs stad där genomsnittet är 75 procent. Tittar man slutligen på ohälsotalet är detta högre i bägge stadsdelarna. I Gunnared är det 61 procent och i Lärjedalen 52 procent, ser man till Göteborgs stad är genomsnittet där betydligt lägre, nämligen 42 procent.

2.4.1 Hälsotillstånd

Självskattad hälsa är ett bra mått på hälsoläget i en befolkning, studier visar att personer med dålig självskattad hälsa har högre sjuklighet och dödlighet (Lindström, Sundquist & Östergren, 2001; Wiking, Johansson & Sundquist, 2004). I Gunnared har 38 procent angivit en hälsa som är ”sämre än god”, det vill säga en hälsa som är någorlunda eller dålig (Hälso- och sjukvårdskansliet, 2003a). I Lärjedalen är motsvarande andel 28 procent. Andelen som har högt blodtryck i stadsdelarna är upp mot 15 procent. Såväl behandlad diabetes som behandlad hjärtsvikt innehas av sex procent av befolkningen i stadsdelarna. Runt 60 procent av invånarna uppger lätta eller svåra besvär av huvudvärk eller migrän. Ungefär 50 procent lider av sömnsvårigheter. Så många som 60 procent anger värk i leder eller muskler och runt 40 procent har värk i magen. När det kommer till stress uppger runt 20 procent att de upplever ganska eller väldigt mycket stress. Slutligen har 35 procent övervikt och 15 procent lider av fetma.

2.4.2 Levnadsvanor

Den fysiska aktiviteten är låg i stadsdelarna, ungefär 38 procent har låg (<3h/v.) eller mycket låg (<2h/v.) fysisk aktivitetsnivå (Hälso- och sjukvårdskansliet, 2003b). Andelen som hoppar över frukost är cirka 35 procent. Precis som i Sverige generellt äter män färre grönsaker, rotfrukter och frukter (Socialstyrelsen, 2005). Andelen som rapporterar låg konsumtion (högst någon gång i veckan) av grönsaker eller rotfrukter är 38 procent i Gunnared och 34 procent i Lärjedalen (Hälso- och sjukvårdskansliet, 2003b). Ser man till fruktintaget är det ungefär 40 procent i stadsdelarna som har låg fruktkonsumtion, alltså att de äter frukt högst någon gång i veckan. Vad gäller användande av tobak, både rökning och snusning, är det 36 procent i Gunnared och 28 procent i Lärjedalen som uppger att de dagligen använder tobak.

2.5 Hälsoteket i Angered.

Verksamheten startade den 15 augusti 2005 (Hälsoteket i Angered, 2005b). En samordnare och två hälsoinformatörer är anställda.

2.5.1 Målgrupp

Verksamheten ämnar vända sig till alla boende i stadsdelarna Gunnared och Lärjedalen (Göteborgs stad, 2006).

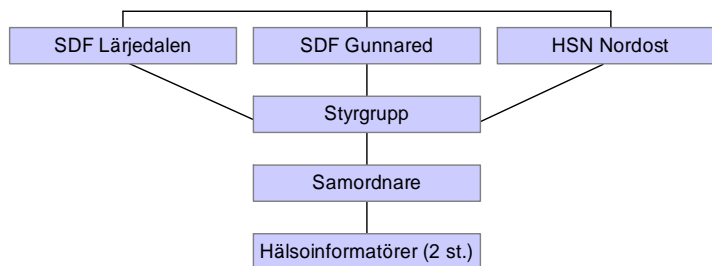
2.5.2 Målsättning

I tjänsteutlåtandet (Göteborgs stad, 2006) går att läsa föreslagna målsättningar för Hälsoteket som är:

- att stärka och förbättra hälsan och välbefinnandet hos invånarna i Lärjedalen och Gunnared.
- att skapa möjligheter för människor att ta ett större eget ansvar för sina liv och sin hälsa och göra hälsosamma val.
- att göra hälsoinformation lättillgänglig och förstådd i ett mångkulturellt samhälle.
- att öka och underlätta kommunikation och förståelse mellan invånare, organisationer, föreningar och olika myndigheter.
- att genom uppsökande verksamhet sprida hälsoinformation till befolkningsgrupper som är svåra att nå.

2.5.3 Organisation

Verksamheten finansieras till 50 procent av Göteborgs Hälsa- och sjukvårdsnämnd 12 och till 25 procent av stadsdelsnämnderna i Gunnared och Lärjedalen vardera (Hälsoteket i Angered, 2005b).



Figur 1 Styrning av Hälsoteket i Angered. Ur Hälsoteket i Angered, 2005a, s.1

2.5.4 Verksamhet

Hälsoteket i Angered har många olika aktiviteter (Hälsoteket i Angered, 2006b; Hälsoteket i Angered, 2005b). Föreläsningar hålls för allmänhet och intresserade grupper av hälsoinformatörerna eller inbjudna personer. Ämnena har varit åtskilliga, här följer de största ämnesområdena: motion, kost, stress, hälsa, egenvård, tandhälsa, brand, trygghet, mammografi, benskörhet, rädda liv, och psykisk ohälsa.

Verksamheten har fyra filialer i stadsdelarna som bemannas en eftermiddag i veckan vardera (Hälsoteket i Angered, 2006b; Hälsoteket i Angered, 2005b). Filialerna finns på medborgarkontoret i Hammarkullen, apoteket Atomen i Hjällbo, kulturrum på Blå stället i Angered och Gårdstenshuset i Gårdsten. Till dessa platser kan medborgarna komma för att träffa hälsoinformatörerna.

Hälsoteket ordnar även promenadgrupper en gång i veckan, lättgympa två pass i veckan och en kurs i medicinsk Qigong (Hälsoteket i Angered, 2005a; Hälsoteket i Angered, 2006b; Hälsoteket i Angered, 2005b). Alla aktiviteter är kostnadsfria för medborgarna, undantaget är medicinsk Qigong som är kostnadsbelagd, dock subventionerar Hälsoteket aktiviteten.

Den 24 mars 2006 anordnade Hälsoteket Angereds första folkhälsomässa i samarbete med Angereds företagsförening (Hälsoteket i Angered, 2006b). Deltagare i mässan var olika hälsorelaterade verksamheter så som folk tandvården, friluftsförbundet och skolhälso. Sammanlagt deltog 32 olika verksamheter. Under hösten 2006 anordnas vid två tillfällen ”tema kvinnohälsa” som sammanför flera olika aktörer så som apoteket, rehabilitering i Angered och mödravårdscentralen så att allmänheten kan träffa dem och ställa frågor.

Under hösten 2006 har en del nya verksamheter startat (Hälsoteket i Angered, 2006a; Hälsoteket i Angered, 2006b). Bland annat Må-Bra-skolan som vänder sig till personer som känner sig stressade och har sömnproblem. Även Värkstaden som vänder sig till personer med långvarig smärta och värk har startat under hösten. För personer med frågor om kost har en dietist ”mottagning” under ett antal dagar i höst.

Antalet besökare har ökat under 2006, men fortfarande är kvinnor överrepresenterade (Hälsoteket i Angered, 2006b). Antalet besökare till de olika filialerna skiftar stort mellan filialerna (Hälsoteket i Angered, 2005b). Apoteket i Hjällbo är ett populärt ställe, dit kommer över hälften av alla besökare. I de övriga filialerna i Hammarkullen, Gårdsten och Blå stället i Angered har man svårigheter med lokalerna som av besökarna uppfattas som för öppna, man känner inte för att dryfta sina problem så att andra kan höra.

2.6 Uppfattningar om och beteenden kring fysisk aktivitet, kost och stress

Vad är det som påverkar våra beteenden? Vissa människor lever hälsosamt medan andra inte gör det, hur kommer det sig?

2.6.1 Fysisk aktivitet

När det gäller fysisk aktivitet på fritiden finns det två problem enligt Dishman (2004), dels att få folk att börja och sedan att få dem att fortsätta vara fysiskt aktiva. Det är nämligen 50 procent som slutar sex till tolv månader efter att de börjat. Dishman tar upp orsaker till att man är fysiskt aktiv eller fysiskt *inaktiv*. Han delar in dessa orsaker i kategorierna upplevda för- eller nackdelar, miljömässiga orsaker och beteendemässiga orsaker. Nedan kan man se dessa orsaker och ännu lite längre ner vilken inverkan dessa har på nivån av fysisk aktivitet:

Upplevda fördelar:

1. Hålla formen
2. Må generellt bättre
3. Bibehålla god hälsa
4. Hålla rätt kroppsvikt
5. Förbättra utseendet
6. Förbättra självbild, och öka självförtroende
7. Slappna av och minska stress
8. Ha roligt/trevligt
9. Uppnå positiv psykologisk effekt
10. Hjälper till att hantera livets svårigheter
11. Gå ner i vikt
12. Sällskap

Upplevda hinder:

1. Brist på motivation
2. För lat
3. För mycket att göra
4. Har inte tid
5. Det stör skolgången
6. För trött
7. Det stör arbetet
8. För omständligt
9. Dåligt väder
10. Bristande faciliteter
11. Uttråkad av att träna
12. Utmattad efter träning

(Dishman, 2004, s.399)

De miljömässiga orsakerna delar Dishman (2004) in i dels den fysiska miljön men även den sociala. De faktorer i den fysiska miljön som har negativ inverkan är klimat/säsong och upplevd tidsbrist, en positiv faktor är bra tillgänglighet till träningsfaciliteter. I den sociala miljön finns det många faktorer som har positiv inverkan på nivån av fysisk aktivitet, nämligen läkares inflytande, familjens inflytande och känslan av god samhörighet i grupp. Vidare är socialt stöd från vänner, familj och instruktörer viktigt.

Beteendemässiga orsaker som påverkar nivån av fysisk aktivitet är tidigare aktivitet som vuxen (Dishman, 2004). Man vet dock inte riktigt hur den fysiska aktivitetsnivån man hade som barn påverkar aktivitetsnivån som vuxen. Dishman skriver att en del studier visat att det inte påverkar män men att kvinnor som är aktiva i skolan även förblir aktiva som vuxna, dessa resultat är dock osäkra. TV-tittande har en negativ effekt på aktivitetsnivån, hur kost och rökning påverkar vet man dock inte. Vidare ser man att ju ”jobbigare” aktiviteten är desto sämre inverkan på aktivitetsnivån, det tycks ta emot mer om aktiviteten upplevs som jobbig.

2.6.2 Kost

Vad och hur man äter har förändrats genom historien. Idag har vi tillgång till råvaror från hela världen. Att nya ingredienser och matvanor importeras är något som skett i århundraden, men de senaste decennierna har utvecklingen gått mycket fort (Lindén & Nyberg, 2005). När isoleringen efter andra världskriget bröts följde en tid med en enorm nyfikenhet på världen vilket visade sig bland annat i snabba förändringar av kostvanorna (Salomonsson, 1990). Våra matvanor kan beskrivas som trendkänsliga och föränderliga men samtidigt traditionsbundna, husmanskosten används ofta som referensram för ”den riktiga maten” (Lindén & Nyberg, 2005). Samtidigt påpekar Masoomi (2002) att begreppet husmanskost inte skulle säga särskilt mycket om man inte hade någonting att jämföra med. Och det vi i dag kallar husmanskost består ofta av ganska ”nya” livsmedel. Det var de första arbetskraftsinvandarna som på 50-talet introducerade spagetti med köttfärsås och pizza (Koçtürk, 2003). På 60-talet kom yoghurt, fetaost och cous-cous till Sverige med invandrare från Balkanhalvön. Från Mellanöstern har bulgur, basmatiris och falafel invandrat och funnit sin väg in i det svenska köket.

Oavsett land och kultur är våra måltider sammansatta på liknande sätt, det är blott ingredienserna som skiljer sig åt (Koçtürk, 2003; Svederberg, 1997). Det som utgör grunden kallas för baslivsmedel, det är oftast kolhydratiska livsmedel så som bröd, potatis eller pasta. Till detta kommer tillägg så som kött, grönsaker, baljväxter eller mjölkprodukter. Tillsammans med baslivsmedlen bildar tilläggen en måltid. Sedan finns det en tredje grupp livsmedel, de så kallade tillbehören, de finns till för att tillföra måltiderna smak. Dessa kan utgöras av matfett, kryddor, efterrätter och sötsaker, nötter, drycker eller såser. Vad händer då med matvanorna när man kommer till ett nytt land? Det första som förändras är tillbehören, de har inte så stort traditionellt eller nutritionellt värde (Koçtürk, 2003; Svederberg, 2001; Masoomi, 2002). Näst efter tillbehören är det tilläggen som förändras och sist, om någonsin, baslivsmedlen. Måltidsmönstret i sig genomgår också viss förändring vid migration. Först förändras frukost och mellanmål, och sist middagsmålet då den är mest traditionsbunden. Någonting som också ändras sent eller aldrig är högtidsmaten, den man äter sällan så som vid jul eller bröllop. Det faktum att tillbehören och mellanmål och snacksätande är det som förändras först leder det till att man äter mer socker och fett (Daryani, 2002; Masoomi, 2002). Daryani (2002) menar att det är viktigt att dels få reda på vad som är ”lämpliga” kolhydratkällor men även hur de kombineras i bra vardagsmat.

Svederberg (1997) har undersökt vad som ligger bakom förändringar av matvanor i hälsofrämjande riktning. Arton metallarbetarfamiljer med sex familjer vardera från Sverige, Finland och Kroatien deltog i studien. Hon kom fram till att erfarenheter relaterade till familjens hälsosituation eller erfarenheter relaterade till den kulturella bakgrunden låg bakom val och användning av fett- och fiberrika livsmedel. För de familjer som ändrat vanor har hälsosituationen legat i centrum och man har gjort förändringar för att påverka hälsan i bättre riktning, för hela familjen. Trots hälsoproblem har inte alla familjer ändrat sina kostvanor, kulturella erfarenheter har då varit starkare. Svederberg (2002; 2001) menar att maten har en viktig position i personers kulturella identitet. Detta medför att förändringar sker långsamt, särskilt när det kommer till livsmedel med högt symboliskt värde. Har man i hemlandet till exempel inte haft råd att köpa smör blir det en viktig symbol nu när man i Sverige kan köpa det. Att byta till olja som man förut använde för att man inte hade råd med smör blir svårare. Svederberg har dessutom kommit fram till att man måste ha en tro på att de förändringar man ämnar göra i kostvalet faktiskt leder till bättre hälsa. De personer som inte lyckats med förändringarna var tveksamma till om förändringarna skulle ha någon verkan på hälsan.

Hälsosamt ätande värderas högt av den europeiska befolkningen, det visar en EU-täckande studie, publicerad 1997, i vilken man undersökte och jämförde attityder till mat, näring och hälsa i 15 EU länder (Zunft et al, 1997). Studien visar också att det är skillnad på vad man anser att man själv har att vinna på att äta hälsosamt och på vad man anser att andra kan vinna på det. Medan två tredjedelar av de tillfrågade anser att *andra* kan "bevara hälsan" genom att äta hälsosamt anser bara en tredjedel att det är en viktig vinst de kan göra för egen del. Över hälften av de intervjuade tror att andra skulle kunna kontrollera sin vikt med en hälsosam diet, men bara en av tio anser att det är något som är viktigt för egen del.

2.6.3 Stress

Stress är kroppens sätt att reagera på situationer som vi uppfattar som hotfulla (Sapolsky, 2003). Kroppen reagerar på stress med ökad puls, blodtryck och andningsfrekvens, ökad muskelspänning och ökad insöndring av blodfetter och socker, dessutom hämmas immunförsvaret. Stressreaktionen är outhärlig i situationer där vi måste prestera intensivt under en kort period. Om stressreaktionen pågår under en begränsad tid så fyller den sitt syfte, men om stressreaktionen blir långvarig påverkas kropp och psyke negativt. Långvarig stress påverkar bland annat immunförsvaret och ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

Stress kan definieras som en skillnad mellan krav och resurser: om man själv eller omgivningen ställer så höga krav att man känner att man inte kan leva upp till dem är det vanligt att man upplever stress, ångslan och oro (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). Faktorer som kan ses som stressorer är social oordning, fattigdom, sysslolöshet, flyttning, livskriser eller att känna sig onyttig (Rydqvist & Winroth, 2004). Vidare kan buller, tidspress, relationer och oavslutade saker påverka stressnivån. Vi människor kan reagera olika även om vi utsätts för samma stressor, detta beror på att individfaktorer så som sätt att tänka, värdera och tolka och genetiska förutsättningar spelar in.

Rydqvist och Winroth (2004) tar upp olika stresshanteringsåtgärder som kan vidtas, för det första att ändra de stressframkallande orsakerna, för det andra att ändra sig själv och sin egen reaktion och tolkning av en händelse, för det tredje att ta hjälp av läkemedel och slutligen som fjärde åtgärd förbättra sin motståndskraft genom goda kost-, motions- och sömnvanor. Vill man påverka sin förmåga att hantera stress nämner de särskilt avslappningsträning, motion, personlig planering och att lära känna sig själv.

2.6.4 Sammanfattning

Dishman (2004) nämner tre kategorier som påverkar om en person är fysiskt aktiv eller inaktiv. Dessa är upplevda för- och nackdelar och miljö- och beteendemässiga orsaker. Precis som Dishman poängterar Svederberg (2002) betydelsen av att man upplever att man faktiskt har någonting att vinna på att förändra sitt beteende, fast i samband med kost.

2.7 Teorier om beteenden

Vad förklarar våra beteenden? Och hur ser förändringsprocessen ut när vi vill förändra dem? Nedan beskrivs en teori och en modell som relaterar till hälsobeteenden.

2.7.1 Social Cognitive Theory (SCT)

Huvudbegreppet i denna teori är "self-efficacy", som innebär situationsspecifikt självförtroende alternativt självförmåga (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Dishman, 2004). Tanken är att ju högre "self-efficacy" en person har desto större chans att ett beteende utförs. Det finns ett flertal sätt på vilka nivån av "self-efficacy" kan öka, nämligen faktisk framgång, att se andra som en själv lyckas, att övertalas av någon och känslomässiga eller upplevda tecken på förbättrad förmåga.

Utöver begreppet "self-efficacy" används begreppet "outcome expectancies" som är förväntningarna av det aktuella beteendet (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Conner & Armitage, 2003). Man brukar tala om "situation-outcome expectancies" och "action-outcome expectancies". Den förstnämnda bygger på uppfattningen att vissa konsekvenser är beroende av miljön, och därmed är skilda från personlig kontroll. Den andra bygger på upplevelsen av att ens beteenden är avgörande för ett visst utfall. Sammanfattningsvis kan man säga att en person utför ett visst beteende om denne känner att den har kontroll över utfallet, det finns få externa hinder och om personen har förtroende för sin egen förmåga att utföra beteendet.

Dishman (2004) skriver att "self-efficacy" är det av begreppen som haft bäst överensstämmelse med nivån av fysisk aktivitet hos såväl vuxna som ungdomar. Även inom kostområdet är det self-efficacybegreppet som är mest beprövat (Conner & Armitage, 2003). Man har undersökt detta begrepp och "outcome expectancies" i förhållande till hälsosamma matval och kom fram till att båda dessa begrepp förutsåg intentioner att äta hälsosamt.

2.7.2 Transtheoretical Model of Stages of Change (TTM)

Den ovan beskrivna modellen bygger på hypoteser av vad som påverkar människors beteenden i motsats till transtheoretical model of stages of change (TTM) som bygger på psykoterapeutiska sessioner (Conner & Armitage, 2003). Modellens skapare Prochaska och DiClemente observerade att oberoende av vilket beteende det var frågan om gick människor igenom likadana steg när ett beteende skulle förändras. Prochaska och DiClemente identifierade fem steg, följande exempel är hämtat från Conner och Armitage (2003, s62) visar hur de kan se ut i relation till mat:

Steg 1 (Precontemplation): En person äter inte hälsosam kost och tänker heller inte ändra sitt ätande.

Steg 2 (Contemplation): En person äter inte hälsosam kost men funderar på att börja med det.

Steg 3 (Preparation): En person äter en hälsosam kost men inte regelbundet.

Steg 4 (Action): En person äter hälsosam kost men har gjort så endast de senaste sex månaderna.

Steg 5 (Maintenance): En person äter hälsosam kost och har gjort så de senaste sex månaderna och tänker fortsätta med det.

Utöver de fem stegen använder Prochaska och DiClemente sig av begreppet "self-efficacy" som är taget från Social Cognitive Model och de har vidare identifierat två grupper av variabler som är av betydelse, nämligen "decisional balance" och "processes of change" (Conner & Armitage, 2003; Dishman, 2004). Den förstnämnda är en bedömning som personen gör av för och nackdelar med ett visst beteende. Den andra är tio strategier som människor använder för att förflytta sig mellan stegen. Dessa faktorer är i sin tur uppdelade i "experiential processes" och "behavioural processes".

Dishman (2004) tar upp att modellen använts med blandade resultat för interventioner till att öka nivån av fysisk aktivitet. Problemet är att det bygger på att stärka områden med utgångspunkt av jämförelsen mellan olika steg. Det vill säga att om en grupp högre upp på stegen visar ett visst "beteende" som en lägre grupp saknar, så försöker man stärka detta beteende hos den lägre gruppen.

2.7.3 Sammanfattning

Nivån av self-efficacy, tron på att man kan klara av en specifik situation, är viktigt för att kunna påverka sina beteenden, för att kunna trotsa dåligt väder eller kanske lathet (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Dishman, 2004). Personer kan vidare befinna sig på olika steg i beteendeförändringsprocessen (Conner & Armitage, 2003). Från att aldrig tänkt tanken att ändra beteende till att med lyckat resultat förändrat sitt beteende.

2.8 Problemformulering

Hälsan är inte jämt fördelad i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2002; Socialstyrelsen, 2005; Wagstaff & Doorslaer 2000; Sundquist & Johansson, 1997). Grupper så som invandrare, lågutbildade, arbetslösa eller arbetare har sämre hälsa än genomsnittet. Dessa grupper lider oftare av bland annat hjärtkärlsjukdom, diabetes och cancer, ett faktum som till stor del kan förklaras av livsstilsfaktorer. Dessa livsstilsfaktorer, exempelvis kost och fysisk aktivitet, skiljer sig från genomsnittssvenskens (Socialstyrelsen, 2005; Koctürk, 1992; Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Dishman, 2004). Skillnaderna som finns är i sin tur beroende av hur livsstilsfaktorerna uppfattas (Dishman, 2004; Svederberg, 2002; Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). Är det till exempel viktigt för mig att motionera? Spelar det någon roll hur jag äter? Är jag ofta stressad? Det är helt enkelt en fråga om ifall man upplever att man kan påverka sin hälsa? Magnusson, Hulthen och Kjellgren (2005) har utfört en studie på barn från de berörda stadsdelarna och endast hälften av dem upplevde att livsstilen var någonting som kunde påverka deras hälsa. Och när Svederberg (2002) poängterar vikten av att man måste se sambandet mellan ett nytt beteende och förbättrad hälsa för att förändra ett häsobeteende blir jag nyfiken, hur ser det ut bland den vuxna befolkningen i Gunnared och Lärjedalen? Upplever de att de kan påverka sin hälsa?

Hälsoteket i Angered har startats med målet att förbättra hälsoläget för de boende i Lärjedalen och Gunnared. Olika aktiviteter som syftar till att öka de boendes hälsa har inletts men deltagandet har inte alltid varit så stort, trots att aktiviteterna är kostnadsfria. Vad beror det på att inte fler deltar? Rydqvist och Winroth (2004) tar upp att det är viktigt att undersöka målgruppens inställning till en insats, vad finns det för värderingar, attityder eller motivation? Och vidare är det viktigt att ta reda på om det finns stöd och acceptans för de insatser man vill implementera. Dessa frågor är centrala för att kunna förbättra folkhälsan i stadsdelarna.

3 Syfte

Att ta reda på i om personer bosatta i Gunnared och Lärjedalen upplever att de kan påverka sin hälsa, och i hur stor grad de försökt att göra det.

3.1 Frågeställningar

- Uppfattas hälsa som någonting man själv kan påverka?
- Hur uppfattas man kunna påverka sin hälsa?
- Vilka uppfattningar har man om kost, motion och stress?
- Hur ser uppfattningar om varför/varför inte personer deltar i Hälsotekets aktiviteter ut?
- På vilka sätt skulle Hälsoteket i Angered och deras utbud kunna förbättras?

4 Metod

Nedan kommer jag att redogöra för den valda metoden. Först tänkte jag dock klargöra mitt angreppssätt i metoden såväl som i hela arbetet.

4.1 Förhållningssätt och förförståelse

Som kost- och friskvårdspedagog ligger naturligtvis kost, fysisk aktivitet och stress mig varmt om hjärtat. Det och att dessa områden är de som Hälsoteket främst arbetar med är anledningen till att fokus ligger på dessa livsstilsfaktorer, och inte i lika stor grad på exempelvis drogmisbruk eller social ojämlikhet som naturligtvis också har betydelse för skillnader i hälsa.

4.1.1 Hermeneutik

Jag har låtit mig inspireras av det hermeneutiska tankesättet under arbetets gång vilket påverkar såväl upplägg, datainsamling som analys (Johansson & Liedman, 1997). Det jag särskilt tagit fasta på är begreppen *förståelse*, *tolkning*, *det subjektiva* och *helheten*. Det är förståelsen av det subjektiva som är ett mål för hermeneutikern. Allas upplevelser, berättelser och tankar är lika betydelsefulla (Patel & Davidson, 2003). Man vill se helheten, som är mer än summan av delarna. Vidare är allting möjligt att tolka. Genom att tolka en berättelse kan man förstå dess innebörd.

4.1.2 Fenomenografi

Grunden i undersökningen bygger på fenomenografi som i sig inte är en forskningsmetod utan snarare en samlig antaganden om människor, vetenskap och hur vi kan få kunskap om hur andra människor uppfattar världen (Marton & Booth, 2000; Uljens, 1989).

Uppfattningar står således i centrum, men vad är en uppfattning? Följande citat (Marton & Svensson (1978) i Larsson, 1986, s.21) förklarar:

Uppfattningen står ofta för det som är underförstått, det som inte behöver sägas eller som inte kan sägas, eftersom det aldrig varit föremål för reflektion. De utgör den referensram inom vilken vi samlat våra kunskaper eller den grund, på vilken vi bygger våra resonemang.

Grundläggande i den fenomenografiska ansatsen är att man skiljer på hur någonting *är* och hur någonting *uppfattas vara* (Marton & Booth, 2000; Larsson, 1986). Denna distinktion visar på två olika perspektiv, där det förstnämnda, och traditionella, synsättet kallas första gradens

perspektiv. Det andra, och för fenomenografin typiska, synsättet kallas andra gradens perspektiv. Dessa perspektiv är komplementära och kan båda vara "sanna" oberoende av varandra (Marton, 1981).

Ser man till den praktiska arbetsgången har Uljens (1989) summerat den på följande vis:

- 1 Företeelse i omvärlden
- 2 En eller flera aspekter av företeelsen väjs ut
- 3 Intervjuer om individens uppfattningar av företeelsen eller det aktuella problemet
- 4 De bandade intervjuerna transkriberas
- 5 Analys
- 6 Analysen resulterar i beskrivningskategorier

I fenomenografisk forskning använder man sig av beskrivningskategorier (Uljens, 1989; Marton & Booth, 2000). Dessa ger uttryck för kvalitativt skilda sätta att erfara ett fenomen. Forskaren skiljer på olika uppfattningar utifrån deras innebörd, distinkta grupperingar av aspekter samt förhållandet dem emellan. Genom analysen av skillnader och likheter i uppfattningar kommer man fram till beskrivningskategorierna. De olika uttryckta uppfattningarna skiljs därmed från individerna. Marton och Booth (2000) har satt upp en del kriterier för vilka egenskaper beskrivningskategorier bör ha. För det första bör alla enskilda kategorier ha en koppling till det undersökta fenomenet. För det andra bör kategorierna ha ett logiskt förhållande till varandra, och slutligen bör man sträva efter att ha så få kategorier som möjligt, detta för att ringa in den kritiska variationen i materialet.

Uppfattningar ses som ganska stabila i en viss population och i ett visst sammanhang (Marton & Booth, 2000; Uljens, 1989). Detta är möjligt då fenomenografin fokuserar på variationen av uppfattningar. En beskrivning av upplevelser kan alltså tillämpas på en grupp eller på någon aspekt av individen. Variationen av uppfattningar i en population är så pass bred att även om en person ändrar uppfattning lär denna inte hamna utanför de beskrivningskategorier som redan finns.

4.2 Metodval

Olika tankesätt ligger till grund för kvalitativa och kvantitativa metoder och det går inte att säga att en är bättre än den andra, syftet avgör vilken metod man ska använda. Syftet med föreliggande arbete är att undersöka uppfattningar om hälsorelaterade beteenden. Trost (2005) skriver att om man är intresserad av att försöka förstå människors sätt att resonera eller reagera, eller av att särskilja eller urskilja varierande handlingsmönster, så passar en kvalitativ studie bäst. Backman (1998) skriver att kvalitativa metoder utmärks av att de inte använder siffror eller tal. De inbegriper eller resulterar i verbala formuleringar, skrivna eller talade. Istället för att fråga hur en objektiv verklighet ser ut ställer man frågan om hur individen tolkar och formar sin verklighet. Patel och Davidson (2003) menar vidare att en kvalitativ intervju kan ge mycket mer information då man har möjlighet att ställa följdfrågor och få svar förtydligade. Av dessa anledningar valde jag en kvalitativ metod. Det är dessutom praxis inom det fenomenografiska forskningsområdet att använda intervjuer som insamlingsmetod (Dall'Alba & Hasselgren, 1996). Wibeck (2000) nämner en negativ aspekt med metoden som jag måste ta i beaktande, nämligen att, liksom i alla muntliga metoder, ställs deltagarnas verbala förmåga på prov. Jag undviker dock gruppdynamiska aspekter, så som rädsla att tala inför andra och uttrycka sina åsikter för främmande människor, genom att inte använda fokusgrupper (Wibeck, 2000; Angelöw & Jonsson, 2000).

4.3 Urval

I grunden använde jag mig av ett bekvämlighetsurval med tanke på arbetets tidsbegränsning. Genom Hälsoverket kom jag i kontakt med olika grupper som jag kontaktade och frågade om de kunde delta. Detta innebar att några av dessa grupper på något vis haft kontakt med Hälsoverket innan och att de fått föreläsningar om hälsa, kost eller motion. Jag fick även kontakt med ett rehabiliteringscenter, där jag hade möjlighet att fråga personer som befann sig i väntrummet om de var villiga att delta i min studie.

Det viktiga för mig när det gäller urval var att maximera chansen att finna så många *olika* uppfattningar som möjligt. Detta är av intresse i fenomenografisk forskning eftersom man vill hitta så många som möjligt av beskrivningskategorierna (Larsson, 1986).

När det kommer till antalet intervjupersoner ställs viljan att göra en djup analys mot ambitionen att ge så många uppfattningar som möjligt chansen att komma med (Larsson, 1986). Det slutliga deltagarantalet blev tio, varav 7 var kvinnor och 3 män. åldersmässigt såg fördelningen ut på följande sätt: 35, 41, 47, 47, 48, 50, 58 och 71. I tabell 4:1 finns mer information om respondenterna.

Tabell 2 Respondenternas födelse land, tid i Sverige och sysselsättning.

Födelse land	Tid i Sverige (År)	Sysselsättning
Sverige	-	arbetssökande/sjukskriven barnmorska/läkemedels-försäljare
Sverige	-	arbetssökande inom församling är även översättare
Sverige	-	pensionerad men tidigare bland annat sjöman/egen företagare/berg brytare
Iran	24	inom äldreomsorgen
Iran	17	taxichaufför
Irak	14	studerande men arbetande med TV i hemlandet
Uzbekistan	2	studerar och praktiserar inom äldre vården var skraddare/sömmerska i hemlandet
Etiopien	14	sjukskriven sekreterare
Bolivia	26	verkstadsmekaniker
Turkiet	26	Kokerska/städerska

4.4 Tillvägagångssätt

Varje intervju inleddes med en förklaring av studien. Ur etisk synvinkel var det vidare viktigt att påpeka att intervjuerna var konfidentiella, och att respondenterna aldrig skulle kunna identifieras av läsaren. Innan jag började ställa mina frågor bad jag om respondenternas tillåtelse att banta samtalen, jag poängterade att det enbart var ämnat för mina öron för att förenkla intervjuprocessen. Jag informerade även respondenterna om att deltagandet var helt frivilligt, och att de hade rätten att när som helst avbryta intervjun.

4.4.1 Intervjuguiden

Jag började varje intervju med att ställa enkla frågor om bakgrundsvariabler, så som yrke, ålder och födelse land. Detta gav respondenterna möjlighet att komma in i intervjun på ett behagligt sätt innan jag började med första frågan i intervjuguiden, bilaga A. Dessutom fick jag en uppfattning om respondenternas språkkunskaper.

I fenomenografisk forskning är det viktigt att formulera frågorna likadant vid varje intervju för att inte frågan ska kunna uppfattas på skilda sätt (Larsson, 1986). På grund av språksvårigheter hos respondenterna var jag dock emellanåt tvungen att formulera om frågan, det viktiga var att jag ansåg att de uppfattat frågan så som jag avsett den. Denna omformulering av frågan menar Larsson (1986) ofta är nödvändig då det är först när vi fått svaret på en fråga som vi kan avgöra om frågan uppfattades som vi avsett.

Dall'Allba och Hasselgren (1996) menar att öppna frågor är bra för att det kan ge många olika svar och även oväntade sådana. Vidare kan öppna frågor låta respondenterna avgöra vad som är viktigast för dem att ta upp. I min intervjuguide har jag även några frågor som ställs som "givna scenarion", på dessa får respondenterna reagera. Detta sätt är brukligt inom fenomenografin.

Jag avslutade intervjuerna med en öppen fråga, ifall respondenten ville tillägga någonting. Detta menar Patel och Davidson (2003) ger möjlighet för respondenten att komma med tillägg som anses betydelsefulla.

Den första intervjun var tänkt som ett test för att se om intervjuguiden fungerade tillfredsställande. Det gjorde den och därför räknades denna testintervju med i undersökningen och inga förändringar gjordes i intervjuguiden.

4.4.2 Stimulusmaterial

Halvvägs in i intervjun frågade jag om respondenterna kände till Hälsoverket i Angered samtidigt som jag visade upp Hälsoverkets aktivitetsprogram, bilaga B. Respondenterna gavs tid att se igenom materialet och jag förklarade samtidigt Hälsoverkets aktiviteter. Eftersom språkkunskaperna inte alltid var de bästa försäkrade jag mig om att respondenterna förstätt aktivitetsprogrammet genom återkopplande frågor. Jag förutsatte att alla inte skulle känna till alla aktiviteter varför uppvisandet av programmet underlättade det fortsatta frågeställandet.

4.4.3 Lokalen

Intervjuerna genomfördes i Hälsoverkets lokaler. Vi satt i en lugn miljö där vi inte blev störda. En intervju genomfördes på primärvårdsrehab i Angered, denna person väntade på sin partner och ville inte lämna lokalen för att gå till Hälsoverket som ligger cirka 50 meter längre bort. Vi satt istället på ett rum på primärvårdsrehab som var lugnt.

4.4.4 Dokumentation

Vid varje tillfälle spelades samtalen in på mp3-spelare. Spelaren sattes igång först efter att deltagarna upplysts om att det de sa skulle spelas in. Detta för att ta hänsyn till den etiska aspekten.

4.5 Analys

Varje intervju transkriberades ordagrant och lästas igenom ett flertal gånger. Relevanta delar ströks under. Meningen med analysen är att beskriva variationen i uppfattningar. Larson (1986) menar att analysen är ett ständigt sökande efter likheter och skillnader, och att det är i jämförelsen som uppfattningarna får sin gestalt. Detta förfarande resulterade i ett urval av citat som var relevanta för problematiken. De utvalda citaten kan sägas utgöra en *pool of meanings* där de har skilts från individen i syfte att analysera dem oberoende av personen som uttalat dem (Uljen, 1989).

Framtagandet av kategorier bygger på forskarens tolkningar, och för att begränsa tolkningsmöjligheterna bör man enligt Uljens (1989):

- 1 göra tolkningen i ett visst syfte
- 2 tolkningen ha sin utgångspunkt i bestämda frågeställningar
- 3 tolkningen göras i en bestämd kontext
- 4 tolkningen göras kommunicerbar

5 Resultat

Resultatet kommer nedan att presenteras med utgångspunkt från syftet: Att ta reda på om personer bosatta i Gunnared och Lärjedalen upplever att de kan påverka sin hälsa. Och i hur stor grad de försökt att göra det. De kursiverade delarna är citat från respondenterna. En del av citaten är ganska korta. Detta beror på att språkkunskaperna var begränsade hos flera respondenter och jag har istället förklarat i löpande text vad som kom fram i intervjuerna.

5.1 Att påverka sin hälsa

Alla anser att man kan påverka sin hälsa men det kan ske på olika sätt, dels nämns det fysiologiska men även det psykiska tas upp. Det kan vara att man nämner antingen det ena eller det andra eller att det är en kombination. Ofta nämns kost, motion och sömn som viktiga för hur man mår. För vissa är det sociala, självkänsla och stress det självklara sättet att påverka hälsan och för några är läsandet av religiös litteratur viktigt. Det framgår dock tydligt att man i olika hög grad försöker påverka sin hälsa. Tre beskrivningskategorier går att urskilja, den första representerar en person som har problem med hälsan men som inte riktigt upplever att hon kan göra någonting åt sin situation. I den andra kategorin finner man personer som har eller har haft problem med hälsan och som aktivt försökt påverka sin hälsa och lyckats. Slutligen framträder en personkategori som inte har några hälsoproblem eller som tar det för självklart att om man får problem så vet man vad man ska göra för att bli bättre.

5.1.1 Har hälsoproblem, men vad kan man göra?

Visst kan man påverka sin hälsa anser personer från denna kategori. Men det är svårt och man har ofta misslyckats om man försökt. Personer ur denna kategori påpekar särskilt vikten av det sociala. Man kanske inte orkar tänka på kost och träning men att umgås med andra är oerhört viktigt.

Det finns så mycket annat att göra än att vara fysiskt aktiv

Det som ses som negativt är att man kan få mer ont än man hade innan av att träna, då låter man hellre bli. Allmänt sett får det inte bli för mycket, man får inte träna för hårt, då kan man bli skadad. Ett annat bekymmer är att hinna träna, i ett vanligt arbetsliv. Och mår man inte bra eller om det är dåligt väder kan man också stanna hemma. Ibland anser respondenterna att det är berättigat att stanna hemma, ibland kan det vara bra att bara slappna av och kanske titta på TV. En kvinna berättar:

Om när jag vill vara hemma så kanske jag inte mår så bra, nej, när jag sitter tänker jag typ å nej, inne är det bästa och så här. Då man håller sig inne mera. Eller om det är någon serie på TV eller nåt sånt.

Många berättar dock att kroppen vill ut och röra på sig, men det kan man göra först efter att man gjort allt man ska där hemma. Så här säger en respondent:

Så min kropp vill liksom komma ut, jag har gjort vad jag skulle göra, jag är färdig med det jag skulle hemma, jag vill komma ut nu. Och det är kanske jag vill bara ut på en promenad eller

gå till affären eller någonting, bara ut. Det saknar kroppen, jag vill vara ute.

Man går ut när man har tid över och man är medveten om att *mycket annat får gå före, jag ska göra det här först sen går jag ut*. För vissa upptar städning mycket tid, man kan absolut inte tänka sig att gå ut innan lägenheten är städad och fin. Man säger att det nog är så särskilt för många invandrarkvinnor, att man vill att hemmet ska vara städat innan man kan göra någonting annat.

Men har man tid går man *hellre, ut och petar i trädgården än sitter inne*. Det kan även handla om att gå ut på en promenad eller gå till affären och köpa lite frukt, bara man kommer ut, man känner sig instängd och rastlös om man är hemma för mycket. Det är även viktigt att man kommer ut och träffar folk, *när man kommer hem det känns bra*. Att ha någon att gå ut med är också viktigt för flera av respondenterna. En kvinna anser att det är mycket lättare att komma ut om hennes man är hemma och de kan gå ut tillsammans. En annan respondent utbrister: *Jag måste gå ut för jag har hund!* Det skulle enligt henne kanske inte bli av annars. Träning kan även vara någonting man måste göra, en respondent säger att *jag har en arbetsskada så jag måste träna*. Om inte skadan fanns skulle inte träningen vara så viktig.

Maten är viktig, men...

Det upplevs som viktigt att äta nyttigt men återigen finns det hinder för att göra det. Barnen spelar en stor roll i matvalet, man lagar mat som barnen tycker om. Man uttrycker en vilja att äta nyttigare men *jag har barnen med mig också och den yngsta älskar till exempel revbensspjäll och fläskkotlett, och då blir det ju att det finns på bordet också*. Vidare är det särskilt viktigt att försöka se till att barnen får fräscha råvaror, *inte från burk*, och att man i viss mån försöker tänka på fettets också.

Över lag är det viktigt med nyttig mat men ett problem finns, det är inte alltid det smakar. En respondent framhåller att: *jag känner inte smak på maten, inte smak*. Att man trots detta försöker äta nyttigt är för hälsans skull och för att försöka hålla eller gå ner i vikt. Generellt sett är vikten en av de största orsakerna att äta nyttigt för denna grupp. En respondent berättar följande när jag frågar om matens betydelse för hälsan:

Över huvud taget det här med att försöka hålla vikten, och jag har väl över huvud taget flera gånger försökt tänka på det här med ätandet...men...jag tror att det är lite det här med tiden. Man kanske skulle önska att man orkade tänka på det lite mer, om man hade tiden.

För några av respondenterna har maten blivit viktigare på senare år, *nu, i min ålder så tänker man lite alvarligare på livet*. Vidare nämner man sin partner, *jag har tur att hon lagar bra mat, hon vet vad vi ska äta och frugan är mån om att vi äter sallad varje dag, och sen frukt också*. En man berättar att han nog inte hade ätit så mycket grönsaker om inte frun varit med i bilden, detta trots att han själv anser att det är viktigt.

Man har inte tänkt nämnvärt över hur andra människor äter, men åter ser man hur vikt och hälsosamt ätande kopplas ihop, ett exempel är:

Jag tänker inte vad andra äter, nej. Bara jag tänker när man är smal jag ser det fint vara smal, jag tänker inte vad den personen äter, därför jag blir samma.

Alltid stressad, svårt att bli kvitt stressen

Det finns många stressmoment för personer ur denna grupp. Att ha tonåriga söner är stressande, särskilt att oro sig för dem, hur det går i skolan, vart de går någonstans och när de kommer tillbaka. Vidare kan ekonomin vara ett orosmoment, eller att man känner att man inte har tid att göra allt som borde göras. Ibland kan det vara sånt man uppskattar att göra, som att träffa vänner, som blir ett ytterligare stressmoment utöver att hinna laga mat, handla och så vidare. Ett återkommande problem är städningen, man vill att det ska vara rent och fint hemma. Man kan inte tänka sig att gå ut innan man städat hela huset. Man inser att städningen upptar för mycket tid och gör att man får än mer ont i kroppen men man vet helt enkelt inte hur man ska sluta. En respondent beskriver:

*Om jag tänker jag är hemmet en dag jag går inte ut, jag städar.
Jag vill städa hela lägenhet, hela, jag vill inte nån är smutsig.
Om jag sitter hemma, jag tänker om jag kan inte bara städa köket
och sitta, nej för mig. Jag måste städa sovrum för barnen,
vardagsrum, alla tillsammans. Också jag tvätta, tvättstuga, alla på
en gång... För mig jag känner, därför jag blir mycket trött. Om jag
tycker inte städa hela lägenhet jag blir nervös, jag blir arg, jag
känner när jag slutar jag blir (Visar ut med armarna och sjunker ihop.)
- Trött?
Trött! Kan inte ligga mig också. Jag har ont i hela kroppen, jag har fel
i handen, den inte bra jag vet inte vad jag ska göra.
- Det är svårt, man vill ju ha det rent också,
Ja, jag, om ibland mina kompisar säger vi städar en gång i
veckan vardagsrummet, men jag nej! Jag e så, jag vet inte hur jag
kan, jag vill lära mig jag slutar. Slipper och städa alla.*

Slutligen kan nyheter från hemlandet vara svårt, *jag blir stressad när telefonen ringer* eftersom det kan ha hänt släktingar som är kvar i hemlandet något. Över huvud taget är det svårt när man har familj långt bort.

De stresshanteringsmetoder man tillgriper hjälper inte alltid. Det kan vara att komma hemifrån lite, kanske gå ut och köpa lite frukt eller bara ta en promenad och få frisk luft. Eller så är arbetet det största stressmomentet och det har varit bättre ett tag när man varit arbetsskadad men snart ska man tillbaka till arbetet igen.

5.1.2 Har ändrat hälsobeteende

Personer ur denna kategori har fått någon sorts hälsoproblem, det kan vara att läkaren varnat för risken att få diabetes om man inte gör någonting eller kanske har man gått i väggen på grund av stress. Det kan även vara att man på lite äldre dar insett vilket värde hälsan har och hur begränsad man varit när man varit sjuk eller skadad. Olika förändringar i motions-, kost- och stressvanorna har inlemmats i vardagen där det nu har blivit en viktig del i hur man mår. Man poängterar känslan av att må bra, och känslan man får av att på olika sätt påverka sin hälsa. Personerna har allmänt sett reflekterat en hel del över sina hälsobeteenden.

Känslan man får av fysisk aktivitet är viktig

En betydelsefull del av att motion är känslan, dels när man rör på sig men framförallt efteråt, att man använt kroppen. En respondent förklarar:

*Man mår bra av träningen, och för att hålla sig frisk, och
man känner sig piggare, å man har mera tålamod med
andra människor, man kan säga att man bräddar sig, kan ta emot*

mera vad man klarar.

Motion är alltså även någonting som hjälper en att sänka stressnivån och komma ifrån all stress ett tag. En annan viktig del med motion är gemenskap. Man tycker att det är lättare om man inte är själv. För dem som går på något pass eller dansar är musiken ett glädjemedel som gör att det blir roligare.

Många tar upp att man inte får gå till överdrift, *jag är ingen sån där idiot, som nästan kör så man blir död*. Det är en distinktion man gör, det behöver inte vara *de där fina ställena* eller på gym som träningen äger rum. Nästan alla beskriver att promenader är det de gör mest. En kvinna berättar:

När jag äter mig mätt, när jag promenerar, sen när jag kommer hem jag lätt. Men om jag tränar inte och äter jag kan inte sova bra på natten. Jag kan inte lägga mig jag känner mig tung, svårt och andas. Men när jag promenerar, efter jag känner mig som glad.

Det kan dock finnas negativa aspekter med träning. En av kvinnorna berättar att hon för flera år sedan försökte sluta röka och samtidigt gå ner i vikt, hon lyckades genom att ofta gå till gymmet, men det hade sitt pris. Hon blev jättesjuk, på grund av stressen, ja hon blev beroende av att träna. Det var stressande att efter jobbet hinna till sitt träningspass, om man blev sen måste man ju vänta en timme till nästa pass. Hon ville vara hemma med barnen men träningen var viktig, men väldigt stressande, *man måste hinna* och sedan *hur man ska hinna?* All denna träning ledde till muskelspänningar som hon än i dag får dras med, även om hon i dagsläget har lärt sig att träna med måtta. En annan respondent menar att det är särskilt viktigt för henne att komma ut när hon inte mår så bra eller är trött, *man släpper av sin ilska om man psykiskt mår dåligt, eller om man har ont i ryggen och man vet att promenad är bra så man gör det*.

Man mår bra av att äta nyttigt

Personer ur denna beskrivningskategori talar ofta om känslan av att äta nyttigt. Grönsaker och frukt är det första på respondenternas tungor i fråga om nyttig mat. Utöver det är variation viktig, men även vilka tider man äter, att det är färsk råvaror, hur man tillagar dem och i vilka mängder ses som betydelsefullt. Över lag uppfattas det som är hemlagat som bättre. Att äta ekologiska livsmedel och att undvika att dricka alkohol och att röka upplevs hälsosamt. En respondent beskriver att det är viktigt att laga maten med omsorg och att man äter den i lugn och ro vilket påverkar hur man känner i kroppen, att man blir glad av det, det är dock mer tidskrävande. Slutligen berättar en respondent att hon tycker det är viktigt att inte äta för att man tycker att det är gott, då kan man överdriva. Man ska äta för att man är hungrig, det är på det sättet hon lyckats hålla vikten.

När det kommer till kött kunde två motsatta uppfattningar urskiljas. Dels att det är viktigt att äta kött varje dag, *så att man får i sig alla vitaminer och mineraler*. Men även uppfattningen att det är nyttigare att inte äta kött uttrycktes. Till exempel menade en kvinna att hennes man åt nyttigare eftersom *han inte äter kött över huvud taget*, en annan kvinna berättar att *vad vi gjort de sista månaderna är ju att vi inte har ätit kött, ja det tror jag, det vet jag, att det påverkar väldigt mycket*.

Balans är ett av nyckelorden när det kommer till att äta hälsosamt, det är inte bra att äta för mycket men heller inte att äta för lite. Sedan är det viktigt att det inte blir McDonald's varje vecka. Man ska dock undvika fanatism påpekar respondenterna. Man önskar att man hade mer

tid att sätta sig in på området, i brist på tid *försöker man att ändå hålla en vettig balans, även om man äter vanlig mat.* En kvinna berättar glatt att det är hennes man som har hand om maten. Det gör att hon har mycket tid över för annat.

Ibland tänker man på hur andra äter. Man upplever att det tycks finnas de som är jätteduktiga och exemplariska när det kommer till kost men även de som är katastrof. Det är särskilt den unga generationen som hör till den sistnämnda skaran. *Ahh, låter det ungefär, pizza och allt det där och hit och dit.* Orsakerna till att den yngre generationen äter "sämre" är att de är bekväma, har inte tid, sätter inte värde på måltiden och att ungdomar slarvar med maten.

Försöker sänka stressnivån och har blivit bättre

För några år sen kunde jag ha många bollar i luften samtidigt, men sen gick jag i väggen.

Så berättar en respondent, men hon har varit tvungen att lära sig att hantera stressen. En annan respondent berättar vad hon stressar sig för:

Stressande för mig kan vara mycket, det kan vara ekonomi, att man blir stressad av den, att man mår dåligt av den, hur man kommer att få i slutet av månaden och hur kommer det räcka? Och om man har barn hur det går för dem ekonomiskt också. Och sen kan vara att man är duktig på jobbet, om man hinner göra den, och är jag duktig på jobbet? Och ja, sen är det mycket annat som jag tänker på mig om jag ser bra ut, och jag kanske ska lägga mer tid på mig själv.

En stor stressor är dessutom att behöva hålla huset rent, man upplever att det är ett stort problem särskilt för kvinnor från andra kulturer.

Respondenterna berättar att de är duktiga på att leva antingen framåt eller bakåt, men inte i nuet eller att göra en sak i taget. Det blir att man skjuter upp saker och till slut har man mycket att göra och ju mer saker som ligger och väntar desto mer stressad blir man förstås. Men de försöker att lära sig att göra en sak i taget, och att inte skjuta upp saker. De försöker även ge sig själva mer tid, att tänka på sig själv lite mer.

Man berättar hur viktigt det är att träffa familj och vänner men även att få tid för sig själv. På något sätt måste man återhämta sig från en stressig vardag, det kan vara genom att läsa en bok, påta i trädgården eller kanske läsa religiös litteratur.

Flera av dessa personer har varit stressade till bristningsgränsen förut och märker att toleranströskeln är mycket lägre nu, så här berättar en respondent:

Det är svårare att klara av att laga mat, hjälpa barnen med läxor, svara i telefon och prata med den andra samtidigt, förut liksom fungerade det mer eller mindre men nu vill jag göra en sak i taget eller möjligtvis två, men inte tre eller fyra.

Denna grupp har aktivt arbetat för att minska sin stress, *men det är inte lätt.* Det kan vara att man säger nej till uppgifter på arbetet för att minska kraven på sig själv. Även på fritiden försöker man få bort stressorer, som att inte bjuda på middagar där man tvingas laga maten utan att man i stället har knytkalet. Städningen som är ett problem har man lärt sig hantera, *jag kom ifrån det, nu städar jag bara en gång i veckan eller jag har sagt att i mitt näst liv ska jag städa hemma.* Generellt sett har man insett att man måste tänka mer på sig själv. Man

kanske lägger sig på sängen och läser en timme eller går ut och går, man har insett att den återhämtningspausen gör att man fungerar bättre sen. Man har helt enkelt blivit mer medveten om stressen och hur den kan hanteras.

5.1.3 Har inte hälsoproblem

Denna tredje kategori representeras av personer som antingen inte har hälsoproblem eller som haft det för ganska länge sedan. Nu lever personerna hälsosamt och mår bra. För vissa är det intressant att lära sig det senaste inom hälsoområdet, medan några anser att de har bra koll på det här med hälsan och därmed inte behöver mer kunskap. Denna grupp är aktiva och äter hälsosamt, stress är inget problem. Det är en självklarhet att påverka sin hälsa genom kost och motion, det är ingenting man behöver reflektera över. Den sociala aspekten när det gäller hälsa är dock även viktig för denna grupp.

Självklart med fysisk aktivitet

Flera respondenter nämner att det är livsviktigt för deras del att få röra på sig:

Jag tror inte jag mår bra annars, bara ligga på soffan skulle jag absolut inte må bra av.

Framför allt är det att komma ut, man upplever naturen, hör fåglar, och ser blommor och blad. En anledning till att träna är att om man inte tränar så kommer man att förr eller senare bli sjuk. En respondent upplever även att det är viktigt att vara i god form om man skulle behöva rädda sig ur en nödsituation om det skulle hända någonting. Generellt sett är det viktigt att röra sig för att må bra, och förläng livet. Motion och utomhusvistelse är självklara delar i vardagen som man inte skulle kunna leva utan. Och på min fråga om det finns några negativa aspekter på träning får jag till svar: *någonting negativt? Neej, vad skulle det vara?* De ser bara fördelar med att motionera och röra på sig.

Om man äter bra slipper man bli sjuk

Även när det gäller kosten är det en självklarhet att äta nyttigt. Det är ingenting man reflekterar över dagligen, det är en naturlig del i livet. Det måste vara mycket frukt och grönsaker och en varierad kost. En respondent säger att *den dagen jag inte äter frukt och grönsaker finns inte* det har hon gjort sedan barnsben.

Emellanåt har personerna ur denna kategori reflekterat över hur andra människor äter och de förstår sig inte riktigt på dem. Det är alldeles för mycket färdigmat och skräpmat. Den yngre generationen upplevs vara särskilt slarvig med maten. En annan kvinna konstaterar helt enkelt att man *ska* tänka på vad man äter på min fråga om hur andra äter.

Är inte stressad

Denna person kan till exempel vara en pensionär som inte längre är stressad av jobb och inte har så många tider att passa. Dock kan ekonomi vara ett stressmoment. Om man fortfarande arbetar kan det vara lite stressigt att hinna till arbetsplatsen på morgonen men inte så att det är ett bekymmer. En kommentar ur denna grupp kan vara att:

Det beror på en själv... och vidare... Om man tar bra tid till allt. Man kan planera, man måste ha plan, skriva upp på pappret vad man ska göra, vilken tid jag ska vara i skolan, till jobbet och så.

En person ur denna grupp kan även vara lite stressad för att man är i klimakteriet, man känner att det påverkar stressnivån men att man ändå inte är stressad så ofta. I detta fall kan det hjälpa att ta medicin eller att helt enkelt gråta en skvätt, så blir det bättre.

5.2 Hälsoteket i Angered

När vi talar om Hälsoteket i Angered går det att urskilja tre beskrivningskategorier även här. Först är det personer som känner till Hälsoteket och deltar i aktiviteterna. Den andra kategorin är personer som hört talas om Hälsoteket men av olika anledningar inte deltar. Sist finns kategorin som helt enkelt inte känner till Hälsoteket. Detta avsnitt avslutas med ett stycke om varför respondenterna upplever att fler personer inte deltar.

5.2.1 Känner till Hälsoteket och deltar i aktiviteter

Respondenter som känner till Hälsoteket har fått reda på att aktiviteterna fanns på olika sätt. Det har varit genom pensionärsföreningar, på bibliotek, genom sina lärare, i Göteborgsstads utskick "Sätt nordost i rörelse" som kommer hem i brevlådan, på apoteket och dessutom är det många som nämner hälsomässan, så här sa en respondent:

Jag var där nästan tre timmar och gick runt och kollade, vad har de nu? Det fanns sån där qi-gong träning och jag anmälde mig där också och jag började att komma till måbra-skolan.

Vad får man då ut av aktiviteterna? Somliga har ett allmänt intresse för hälsofrågor och gillar att komma och lyssna på föreläsningar, man vill hålla sig informerad. För andra är den största vinsten att få komma ut och träffa andra, även svenskar, och man ser att man inte är ensam om sina problem. Dessutom ser man det som en möjlighet att träna språket och tala med svenska personer. Genom att ha deltagit berättar kvinnorna att de fått bättre självförtroende och man orkar med det onda och värken på ett bättre sätt. Sverige ses som ett ganska isolerat land där alla är för sig själva, även om det blivit bättre. Det är viktigt att få umgås med andra och en kvinna berättar följande om Hälsoteket: *Jag känner mig perfekt när jag kommit hit faktiskt.*

5.2.2 Har hört talas om Hälsoteket men deltar inte

Utöver de sätt som nämnts ovan har en del respondenter sett information på primärvårdsrehab, inte så konstigt kanske då det är därifrån många kom med i undersökningen. Flera har alltså sett Hälsotekets material men i den här kategorin är man ändå osäker på vad verksamheten är för någonting. Vidare är många förvånade över att det är gratis. När jag berättade detta för en av kvinnorna utbrast hon: *Det viste jag inte! Verkligen bra, jag ska gå på alla.*

Respondenterna talar om att det är intresset som styr ifall man kommer eller inte. Men även om man är intresserad och vill komma finns det många hinder som gör att man ändå inte kommer. Några vill inte gå på sådana här aktiviteter för att man känner att man inte kan språket tillräckligt bra. Vidare är tiden för aktiviteterna avgörande och nämns av i stort sett av alla, flera har till exempel varit intresserade av aktiviteter men lagt ifrån sig broschyren när de sett att inga tider passade dem. De tider som föreläsningarna är på eftermiddagarna mellan ett och halv fyra är svåra att vara med på om man arbetar, studerar eller hämtar barn från skolan. En respondent berättar att trots att man är arbetslös kan man ha familj som gör att det är svårt att delta. Några nämner att den bästa tiden är efter att barnen lämnats på skola/dagis och tills de kommer hem igen. Att till exempel en promenadgrupp borde ligga före lunch är något som flera tar upp. För andra är det svårt just då för att man har fullt upp med att laga mat till familjen, och den bästa tiden är för dessa efter lunch men före middagstid. Det är relativt få som skulle kunna tänka sig att komma på kvällstid, det är oftast något äldre personer som inte har småbarn hemma längre. För en del handlar det om att när ens partner kommer hem är man fri att gå ut, en kvinna säger:

Om man är motiverad man lämnar barnen och säger nu jag ska gå till den föreläsningen, ta hand om barnen.

Även platsen för aktiviteterna är av stor betydelse. Det är naturligtvis bäst anser respondenterna om det finns nära. För en del blir det en anledning att inte gå om man måste ta bilen, *då kan man lika gärna ta en promenad i stället*. Medan det för andra inte spelar så stor roll, om man ändå sätter sig i bilen spelar det ingen roll om man åker i fem eller tio minuter. Om det inte finns aktiviteter i området man bor tycks Angereds centrum vara den bästa platsen om man bor i Lövgärdet, Rannebergen, Gårdssten eller Hammarkullen. För dem som bor i Lärjedalen är Hjällbo en bra plats, det skulle dock kunna finnas aktiviteter i till exempel Linnarhult, Eriksbo eller Olofstorp.

En kvinna berättar om det nya gymmet som byggts i området och att det är svårt för många att ta sig dit, särskilt för kvinnor, för att man inte känner sig trygg på kvällarna. Vägen är oländig och utan bil är det svårt att ta sig dit. En annan kvinna tycker att avståndet inte spelar så stor roll men vid närmare eftertanke har hon lite problem att bära väskor, så det får inte vara för långt att gå.

5.2.3 Känner inte till Hälsoteket

I denna kategori har man aldrig hört talas om Hälsoteket. Man är dock väldigt positiv till konceptet när man får veta vad det är. Återigen tas tidsbrist upp som orsak till att man kanske inte kan komma på olika aktiviteter. Man uppskattar dock att aktiviteterna är gratis. På slutet av intervjuerna ber dessa personer ivrigt om att få ta med sig broschyren hem. Detta visar på att intresse finns.

5.2.4 Varför deltar inte fler?

Flera deltagare berättar att de inte hade varit intresserade av sådana här aktiviteter tidigare men sedan de fått problem med hälsan har de blivit mer observanta. Man tar hand om sin kropp för att man har märkt hur det är när den inte vill fungera. En kvinna berättar att det här med mat och hälsa det kan hon redan men att hon förra veckan var på en föreläsning om utbrändhet och stress, eftersom det berör hennes situation. En respondent påpekar också att Hälsotekets information *hittar* man och det är de som redan är intresserade eller aktiva som först tar informationen till sig. Det krävs mycket mer reklam nämner många, och även på andra språk eftersom det *finns många när de får pappret de förstår inte och kastar bort*. Dessutom är det särskilt viktigt att man förklarar och visar vart man ska gå, en respondent säger att många av hennes kompisar skulle vilja komma och att hon ibland tar dem med sig, de vågar inte komma själv. Vidare beskriver hon:

Och när jag berättar för andra kompisar jag träffa på gatan, dom säger var om vi också komma, var stans, vilken tid.

En av männen ger en förklaring till varför männen är så få på aktiviteterna, han pekar i broschyren där det står tema kvinnohälsa, en sådan sak kan få män att tro att det inte är för dem tror han.

De personer som är arbetslösa eller sjukskrivna upplever att det är svårt att planera framåt vilket gör att man inte kommer. Det finns även en känsla av att man inte vill binda upp sig, här verkar det som om många tror att man måste anmäla sig och att man binder sig till att komma. Språket är någonting som också gör att man möjligen tvekar, men en kvinna säger att det är bra att gå ändå, även om det kan vara tråkigt när man inte förstår men att man vänjer sig efter ett tag och det blir bättre. Någon nämner att det är ekonomin som gör att man inte vill

delta, när jag berättar att aktiviteterna är kostnadsfria blir de överraskade. Men generellt sett verkar det som om andra saker får gå före. En man berättar att han upplever att många tänker att det är bättre att gå till kyrkan istället för att exempelvis gå på en föreläsning om stress. När man väl kommer till aktiviteterna är det viktigt hur ledarna/föreläsarna är. En kvinna berättar att hon började gå på några pass (dock inte hälsotekets) och att hon slutade för att hon upplevde att instruktören inte var bra. Såväl humör som vilken musik en ledare väljer ses som viktiga.

Vad saknar då respondenterna för aktiviteter? Många tycker att utbudet är jättebra om man bara hade tiden. Önskemålen som kommer fram handlar om till exempel barnen, man vill inte att allt ska fokuseras enbart på en själv. Hur ska man ta hand om barnen och deras hälsa, och hur ska man själv orka med barnen. Man vill även ha mer information om psykologi, träning och vitaminer och mineraler. Ett förslag är att Hälsoteket ska komma till arbetsplatser eftersom det är svårt att hinna annars. Det sociala upplevs ju som jag tidigare nämnt som viktigt och en marknad där man kunde hyra ett bord någon helg är en ide som kommer fram, en man berättar att han saknar hemlandets marknader som var en mötesplats där man hade sitt nätverk. Det sociala var viktigt för personer ur alla beskrivningskategorier och möjligen är det bland det viktigaste att ha någonstans att gå och träffa andra, även svenska personer. Avslutningsvis en kommentar som sammanfattar ganska bra vad många tänker om Hälsoteket när de väl fått reda på de olika aktiviteterna: *Det är ju egentligen för bra för att inte besöka.* Tabell 3 nedan sammanfattar varför inte fler deltar i den här typen av aktiviteter.

Tabell 3 Varför personer inte deltar i hälsofrämjande aktiviteter.

Orsak	Förklaring
Tid	Man har inte tid att delta. Det finns de som vill delta men inte kan just den tid aktiviteterna ligger. Det är således viktigt att aktiviteterna ligger på rätt tid för den målgrupp man vill nå.
Plats	En enstaka föreläsning kan man åka lite längre sträcka för att besöka. Men när det kommer till aktiviteter som motion ska det helst ligga nära.
Intresse	Alla är helt enkelt inte intresserade. Möjligen är detta orsak till att inte fler män deltar.
Man är frisk	Varför ändra på ett vinnande koncept? Så tycks man resonera så länge man är frisk.
Förstår inte informationen	Språkkunskaperna påverkar och det är därför bra om informationsmaterial kan tas fram på flera språk.
Ekonomi	Alla har inte råd att delta om det kostar vilket gör det viktigt att betona att aktiviteterna är kostnadsfria när de är det.
Planering och att binda upp sig	För många är det svårt att veta hur ens liv kommer att se ut om någon vecka eller månad. Då vill man inte binda upp sig. Var alltså tydlig med att betona att man kan komma när det passar en och att ingen bindande anmälan krävs.

6 Diskussion

Här följer en diskussion först om metoden och sedan om resultatet.

6.1 Metoddiskussion

Detta avsnitt kommer att diskutera urvalet och användandet av kvalitativ metod men även den fenomenografiska utgångspunkten.

6.1.1 Urvalet

De intervjuade är ett ganska representativt urval för de grupper i samhället som generellt sett har sämre hälsa. Bland de intervjuade finns invandrare, arbetslösa och arbetare. Flera av respondenterna tog även upp att ekonomin kunde vara ett problem. En hel del av personerna har också haft eller har fortfarande problem med hälsan. Det som nämnts flera gånger är problem med rygg, nacke och axlar. Något som man även såg i undersökningen "liv och hälsa 2003" (Hälso- och sjukvårdskansliet, 2003a). I samma undersökning upplevde 20 procent av befolkningen i stadsdelarna ganska eller väldigt mycket stress. I föreliggande studie tog flera av respondenterna upp att de var stressade.

Jag är medveten om att fler intervjupersoner kunde ha renderat fler kategorier, men av tidsskäl valde jag att begränsa mig så att en djup analys skulle vara möjlig att genomföra. De personer som förfrågades men inte kunde delta var ofta yngre, flera uppgav att de var tvungna att ta hand om barnen och därför inte hade tid att ställa upp. Trots ett litet deltagarantal anser jag att jag fått god spridning, både män och kvinnor har deltagit, respondenterna kommer från sju olika länder och flera olika världsdelar.

Språkkunskaperna varierade, men det var oftast inget problem. Undantaget var kvinnan som endast varit i Sverige i två år, hon hade svårt att svara på de givna scenariona, och generellt om Hälso- och sjukvårdens aktiviteter. I övrigt gick intervjuerna mycket bra.

6.1.2 Kvalitativ intervju

Bryman (2004) tar upp att kvalitén på ett kvalitativt arbete i större utsträckning är någonting som rör hela arbetet än i kvantitativa arbeten, där det oftast är en fråga om metoden i sig. Följande kriterier strävar jag mot att uppfylla i detta arbete. Bryman tar upp tillförlitlighet (trustworthiness) som centralt när det kommer till kvalitet. Detta begrepp består av fyra olika faktorer, det första är *trovärdighet*. Eftersom resultatet är en fråga om tolkning och förståelse ska man sträva efter att resultatet ska vara trovärdigt för läsaren. Citat i texten är ett sätt att ge läsaren möjlighet att själv skapa sig en bild. Den andra faktorn är *överförbarhet*, det vill säga om resultaten och slutsatserna är överförbara i något annat sammanhang eller i samma kontext fast vid en annan tidpunkt. Den tredje faktorn *pålitlighet*, som Bryman nämner vanligtvis inte används, syftar till att andra forskare ska ha möjlighet att se igenom allt material och se om samma slutsatser kan dras som av forskaren i fråga. Anledningen till att detta inte är så populärt är den ofta ganska omfattande datamängden i kvalitativ forskning. Slutligen den fjärde faktorn *bekräftelse* som är viktig för att se om arbetet är objektivt. Visserligen är det lite svårt med objektivitet i kvalitativ forskning men man vill ändå att personliga värderingar inte blir för uttalade.

6.1.3 Fenomenografi

Den fenomenografiska utgångspunkten passade detta arbete utmärkt, särskilt bra fungerade de givna scenarion jag lade fram. De ledde till en god diskussion och de gav mycket information

som hade varit svårt att frambringa med vanliga frågor allena. Utmaningen med ansatsen var att få fram beskrivningskategorier, möjligen beroende på att det var få deltagare.

6.2 Att påverka sin hälsa

De olika områden som i denna studie identifierats kunna påverka hälsa sammanfaller i viss mån med vad Rydqvist och Winroth (2004) lägger fram. Utöver arv tar de upp den omgivande miljön eller livsvillkoren och levnadsvanor/livsstilsfaktorer. Livsvillkoren är familjeförhållanden, boendemiljö, arbete, samhälle och kultur vilka alla även i föreliggande studie nämnts av respondenterna. Kulturens påverkan på hälsa menar Rydqvist och Winroth ligga i till hur stor del människor anser sig vara aktiva och kunna påverka sin egen hälsosituation. Som jag sett är respondenterna på flera sätt insatta i hur de kan påverka sin hälsa, problemet är att det inte alltid är möjligt på grund av till exempel tidsbrist, arbetssituation eller övriga familjemedlemmar.

Rydqvist och Winroth (2004, s.21) gör följande uppdelning av levnadsvanor och livsstilsfaktorer:

Fysiska	Psykiska	Sociala	Existentiella
- Fysisk aktivitet	- Självbild	- Trygghet	- Meningsfullhet
- Kost/Mat	- Vilja	- Trivsel	- Livsfilosofi
- Sömn/Vila/Hygien	- Tålamod	- Interaktion	
- Bruk/Missbruk	- Lagom spänningsnivå		
	- Kunskap		

Figur 2 Levnadsvanor/livsstilsfaktorer med inverkan på hälsa.

Många av dessa faktorer har kommit fram i denna studie, de fysiska har tätt sig som de mest självklara för de flesta. Endast några respondenter tog enbart upp självbild, lagom spänningsnivå eller interaktion. Detta kan bero på att de fysiska ofta är de mest påtagliga, särskilt om man blivit sjuk eller skadad.

Livsfilosofi är någonting som enligt Rydqvist och Winroth (2004) formas av egna erfarenheter, samspel med andra människor och olika former av kunskaper man tillägnat sig. Vidare är meningsfullhet och en lagom spänningsnivå viktigt för hälsan. I denna studie talade respondenterna om tid för sig själv, återhämtning och läsande av religiös litteratur som viktig. Detta är saker som kan sänka spänningsnivån och ge meningsfullhet. Ser man till meningsfullhet i Antonovskys (2004) definition är det en motivationskomponent, det är hur motiverad man är för att göra någonting, hur motiverad man är att påverka sin situation. Respondenterna är motiverade i olika grad, en del ser det som livsviktigt att till exempel äta hälsosam mat medan andra visserligen medger matens betydelse men som själva inte har kraften att ändra sina vanor. Som en av kvinnorna uttryckte det: *man kanske önskar att man orkade tänka på det lite mer.*

Promenader och att komma ut i naturen är av central betydelse för respondenterna, man känner att man vill komma ut. Maller, Townsend, Pryor, Brown och Leger (2006) och Leger (2003) menar att naturen är av betydelse såväl för att skapa som att bibehålla hälsa. Vi har dock som samhälle byggt bort stora delar av denna hälsobringare (Axelrod & Suedfeld, 1995). Då kan det vara positivt att någonting så till synes enkelt som att se på bilder av naturen har visat sig främja hälsa och att det kan minska ilska och oro och förbättra koncentrationsförmågan och öka välbehagskänslor (Leger, 2003). Att de facto vistas i naturen är även det bra för hälsan vilket respondenterna i föreliggande studie intygar. Leger skriver

bland annat att naturvistelse kan underlätta migration till ett nytt land genom att det ökar empowerment⁵⁾, känslan av integration och viljan att delta. Flera av respondenterna i min studie berättade hur de blev pigga av att gå ut, och att de kände mindre ilska och att de kunde klara av vardagen bättre efter att de varit ute. Detta överensstämmer med vad Herzog, Black, Fountaine och Knotts (1997) kommit fram till. Han såg att när en grupp människor från en urban miljö fick visas i naturen minskade deras mentala trötthet och irritabilitet och ökade förmågan att lösa problem och höjde koncentrationsförmågan. Även inomhus har man sett att närvaron av växter har förbättrat arbetsplatser så att man känt mindre stress av arbetet, högre nöjsamhet med arbetet och färre sjukdagar (Leger, 2003).

6.3 Beskrivningskategorierna

Man kan se att personerna ur de olika kategorierna befinner sig på olika steg i transtheoretical model of stages of change (TTM). I första kategorin befinner de sig på steg ett och två. Det vill säga de har inte reflekterat över att ändra vanor eller så har de funderat på att ändra sina vanor man har inte gjort det än. Anledningen till att inte ha ändrat sina vanor kan vara att de vägt för och nackdelar med det nya beteendet och funnit att nackdelarna är fler. Variabeln "decisional balance" ur TTM har alltså spelat in. Ser man till fysisk aktivitet finner personer ur denna beskrivningskategori många negativa aspekter. Man får mer ont i kroppen, att träna för hårt/mycket och tidspressen, att över huvud taget hinna träna. Dessa aspekter angavs även av Dishman (2004)(se s. 18).

I både TTM och social cognitive theory (SCT) används begreppet "self-efficacy", situationsspecifikt självförtroende (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Dishman, 2004; Conner & Armitage, 2003). Personerna i den första beskrivningskategorin tycks ha ganska låg nivå av "self-efficacy". De har bland annat försökt vara mer fysiskt aktiva men när de inte klarar av att fortsätta, på grund av till exempel värk i kroppen ses det som ett misslyckande som gör att de inte vågar försöka på nytt. Respondenterna ur denna första kategori ser även faktorer i miljön som hinder för att ändra beteende. Deras "situation-outcome expectancies" påverkas till exempel av barnen som har en stor betydelse för matvalet. Man vill att barnen ska få den mat de tycker om även om man vet att den inte är så nyttig. Ett liknande resultat såg Brembeck et al. (2005-06) där kvinnorna från Bosnien-Hercegovina, Serbien-Montenegro, Irak och Afghanistan ansåg att en trevlig måltid var viktigare än att det nödvändigtvis skulle vara nyttig mat. Vidare såg kvinnorna fräsch mat som betydelsefullt precis som respondenterna i denna studie.

Respondenterna ur den andra beskrivningskategorin befinner sig på steg tre och fyra i TTM. Det innebär att de redan har ändrat beteende men inte regelbundet håller sig till det nya beteendet alternativt att det ändrade beteendet inte har funnits så länge. Dessa personer fann många fördelar med fysisk aktivitet, alla de tolv punkter Dishman (2004)(se s.18) angivit som fördelar nämns av respondenterna. Att må bra, sänka stressnivån, släppa ut ilska, klara av mer och gemenskapen är fördelar som är viktiga för respondenterna. Hassmén, Hassmén och Plate (2003) skriver om hur fysisk aktivitet påverkar stressnivån genom att minska mängden stresshormoner. Detta påverkar naturligtvis humöret och man blir gladare. Några aspekter som anses särskilt viktiga för att sänka stressnivån är att aktiviteterna är säkra och predicerbara, vilket promenader ju är. Vidare nämns att musik kan vara betydelsefullt, någonting även respondenterna nämnt. Ofta används musik i olika gruppaktiviteter och

⁵⁾ Empowerment: Processen och möjligheterna för människor att tillskansa sig inflytande över den egna livssituationen. (Pellmer & Wramner, 2005, s.29)

Rydqvist och Winroth (2004) skriver om de sociala och psykiska effekter som gruppaktiviteter kan rendera. De nämner att sådana aktiviteter ofta leder till bättre resultat då gruppmedlemmarna kan stötta och stimulera varandra. Det finns många fördelar med fysisk aktivitet och Hassmén, Hassmén och Plate (2003) nämner bland annat att det leder till minskad fientlighet och ilska, men även mindre nedstämdhet, ängslan och oro. Orsaken till detta tros vara, utöver att stresshormonnivåerna minskar, att serotoninhalterna ökar vilket i sin tur påverkar humöret positivt.

Trots att man funnit ett otal positiva sidor med det nya beteendet finns fortfarande negativa aspekter i åtanke. Respondenterna är noga med att det inte får gå till överdrift, man får inte träna för mycket. Hassmén, Hassmén och Plate (2003) tar upp att överträning är brist på återhämtning mellan träningspass, och att framför allt elitträningsmänniskor drabbas. Så även om respondenterna sällan ligger i riskzonen för att bli övertränade är det viktigt för dem att betona att det kan bli för mycket. Stenson (2005) har i sin undersökning använt begreppet hälsostressad, av kvinnorna i studien uppgav 70 procent att de har dåligt samvete för sin hälsa och nästan alla i undersökningen säger att de inte lever som de borde. Stenson menar att hälsoidealen har blivit så många att de börjar uppfattas som orealistiska och stressande. von Bothmer och Fridlund (2005) visade i sin studie att de kvinnor som i högre grad deltog i hälsofrämjande aktiviteter också i högre grad uppgav att de hade huvudvärk, magont och var stressade. von Bothmer och Fridlund föreslår som hypotes att ett stort engagemang i hälsofrämjande aktiviteter utgör en extra stressor för de här kvinnorna. Detta är någonting som tycks stämma in särskilt väl på respondenter ur denna andra beskrivningskategori, man blir stressad av att man *borde* träna, men inte alltid hinner.

Som Hassmén, Hassmén och Plate (2003) skriver är stress att inte leva upp till förväntningar. För respondenterna stämmer detta in väl, både egna och andras förväntningar gör att man blir stressad. Det kan exempelvis vara att man borde träna eller att man borde ha ett rent och välstädat hem. Städningen är ett särskilt stort stressmoment för många. De som ändå försökt påverka sin stressnivå hade använt sig av samma metoder som Rydqvist och Winroth (2004) nämnt, nämligen avslappning, motion, planering och att lära känna sig själv bättre. För de respondenter som var stressade och inte kunde göra någonting åt stressen, de ur den första beskrivningskategorin, kan man se att deras "outcome expectancies" inte är så goda. De ser inte att de själva skulle kunna påverka stressorerna eller den egna förmåga att hantera stressen. Vidare kan man se att många ser sig som *en stressad person*, att det är en personlighetsegenskap, vilket kan göra det än svårare att påverka.

I SCT används även begreppet "action-outcome expectancies" som innebär tron på att ens handlande är avgörande för ett visst resultat (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003; Conner & Armitage, 2003). Denna tro är högre hos personer från den andra beskrivningskategorin. Kanske för att de har högre "self-efficacy" och har haft framgång med de nya beteendena. Även Svederberg (1997) tar upp hur viktigt det är att man tror att en förändring i till exempel kosthållningen ska ha en positiv inverkan på hälsan.

För personer ur de första två beskrivningskategorierna ansågs balans i mathållningen som betydelsefull precis som i Östbergs (2003) studie där deltagarna ofta uttalat sig i holistiska termer gällande mat. Men även när det kommer till mat är bristen på tid ett bekymmer, i brist på tid *försöker man att ändå hålla en vettig balans, även om man äter vanlig mat*. Det som är slående i detta citat är att vanlig mat ses i negativt sken, är det så att den som äter sunt och nyttigt inte äter vanlig mat? Uppfattningen att det nyttiga är någonting som inte är "vanligt"

visar även citaten om att sån mat smakar inte så mycket. Vad maten smakar verkar ha stor betydelse för respondenterna precis som i en studien utförd av HFI (Lindblå, 2005) där en majoritet av de tillfrågade aldrig skulle ge avkall på smak eller bekvämlighet för bättre hälsa. Så även om man vet att grönsaker och frukt är nyttigt och att det handlar om balans finns det ändå någonting som gör att det är svårt med nyttig mat för många av respondenterna. Citatet: *jag har väl flera gånger försökt tänka på det här med ätandet*, visar att det inte är en naturlig del i vardagen för alla. Man är ändå medveten om att man kanske borde göra någonting åt sin kost.

Andra människor ses som *exemplariska* eller som *katastrof* när det kommer till att äta hälsosamt. Själv äter man hyfsat bra. Det är viktigt att äta hälsosamt för respondenterna precis som i studien utförd av Zunft et al. (1997). Men samtidigt såg man att de tillfrågade ansåg att andra hade mer att vinna på att äta hälsosamt än man själv, detta verkar stämma även i min studie. Jämfört med en själv, som ändå äter ganska bra, äter många mycket ohälsosammare tycks respondenterna resonera. Och om man ändå äter ganska bra finns det ju inte så mycket mer att göra eller någon idé att gå på en föreläsning om kost. Som en kvinna sa: *jag har nog ganska bra koll på det här med mat*.

I den tredje kategorin befinner sig personerna oftast på det femte steget i TTM. Det är en naturlig del i vardagen att påverka sin hälsa på olika sätt. En kvinna sa till exempel att *den dagen jag inte äter frukt och grönsaker finns inte* och att det var en vana från hemlandet att äta på det sätt hon gjorde. Vanor är beteenden som vi inte längre reflekterar över varje gång vi utför dem (Conner & Armitage, 2002). Det märktes att personer från den tredje kategorin tog det för självklart att påverka sin hälsa. Intervjuerna blev ofta lite kortare, någonstans mellan 10 och 30 minuter. Man svarade kort och koncist på mina frågor och berättade inte lika mycket om händelser i samband med sin hälsa. Kanske var detta för att de helt enkelt ansåg sig vara friska och mådde bra. Däremot tog intervjuerna med personer från de första två beskrivningskategorierna lite längre tid, mellan 20 och 50 minuter. Det var särskilt personer från kategori två som hade många berättelser om hur de försökt påverka sin hälsa. Det hade inte blivit en vana att utföra olika hälsobeteenden och orsakerna att ändra beteende låg fortfarande färskt i minnet.

Det faktum att respondenterna från den tredje kategorin inte fann negativa aspekter med fysisk aktivitet är glädjande. Det kan också visa på att fysisk aktivitet är olika stora delar av respondenternas liv. Den som har som vana att träna kanske inte längre ser negativa aspekter, medan någon som är ovan lätt ser det som tar en ur det bekväma och invanda mönstren. Det tycks inte vara en självklarhet med motion för alla, en man sa till exempel att han *har en arbetsskada så jag måste träna*. Detta uttalande tyder på att det således inte är någonting man måste göra annars, när man är frisk. Samtidigt som respondenterna från den tredje kategorin säger att man måste motionera för att inte bli sjuk, de ser det som en förebyggande åtgärd.

Personer ur de två sista kategorierna nämnde att det är med åldern eller att det är efter att man fått problem med hälsan som man blivit intresserad av kost. Detta överensstämmer med vad Svederberg (1997) har funnit, nämligen att hälsoproblem är *en* orsak till att förändra sina kostbeteenden. Dishman (2004) tar upp att läkare kan ha inverkan på motionsbeteenden, möjligen kan läkare ha liknande inflytande på kostvanor. En respondent berättade att hennes läkare sagt åt henne hur hon skulle äta, och att hon nu åt mer frukt och grönsaker.

Svederberg (1997) fann också att kunskap om hälsosamt ätande fanns men att kulturella erfarenheter hos vissa var styrande. Hon nämner även andra studier kring kunskap som funnit

att faktakunskap inte behöver leda till förståelse och inte heller i förlängningen till handlande. Så även om respondenterna i denna studie verkar ha goda kunskaper om vad som är hälsosamt är frågan om de kan översätta det till handling. Som såväl Daryani (2002) och Buttris (1997) menar krävs det att man får ut budskap om hur livsmedel kan kombineras i vardagsmat och inte enbart budskap i stil med ”ät mer fiber” eller ”ät mindre mättat fett”.

6.4 Hälsoteket i Angered

Hur får man fler personer att komma till Hälsoteket? Det var en av de inledande frågorna som ligger till grund för detta arbete. Resultatet visar på att det är en fråga främst om tid och intresse. Det gäller att placera aktiviteter på tider som passar för dem som är intresserade av just de aktiviteterna. Problemet är att alla personer inte prioriterar sin hälsa, man vet att man kan påverka men man väljer att prioritera andra saker. Då gäller det att nå dem som skulle vilja göra någonting åt sin situation, det är ofta människor som vid något tillfälle hamnar hos sjukvården. En kvinna berättade att hon varit hos flera olika läkare men att de inte hade hjälpt henne lika mycket som det gjorde att varje vecka komma till Hälsoteket. Då kan det vara bra om läkare kan slussa vidare personer, särskilt med tanke på att läkare är personer som har inflytande på personers hälsobeteenden (Dishman, 2004). Det är trist att behöva vänta tills man blir sjuk innan man når personer men det är ett sätt, ofta uppsöker man i dagens läge sjukvården för att man inte vet att sådant som Hälsotek finns.

De som kommer på aktiviteterna är oerhört positiva och det de främst fått ut av aktiviteterna har varit en ökad självkänsla. En viktig komponent är den sociala samvaron. Det är någonting Hälsoteket skulle kunna ta fasta på. Det behöver inte alltid vara föreläsningar, det kan räcka att träffas och samtala. Även den tredje beskrivningskategorin som inte har problem med hälsan ansåg att det sociala var viktigt. Dessa personer kanske inte främst vill komma för att lära sig om hälsa utan även de för att umgås med andra.

Flera respondenter tog upp att ekonomin kan vara ett hinder. Till exempel kan det vara för dyrt att besöka en sjukgymnast ibland, även om det bara kostar 80 kronor. Detta visar att den neo-materiella tolkningen som Lynch et al. (2000) tar upp av varför personer med lägre inkomster har sämre hälsa har betydelse. Med tanke på att flera av grupperna med sämre hälsa i samhället också har dålig ekonomi är det viktigt att folk får veta att aktiviteterna är kostnadsfria. Och att man inte behöver binda upp sig och gå på alla om man inte vill det. Av särskilt stor betydelse är att få information på sitt eget språk och att man får reda på vart aktiviteterna finns. Hälsomässan nämndes av flera respondenter och liknande evenemang kan få folk att få upp ögonen för Hälsoteket.

Barnen engagerar många och om man höll i aktiviteter och föreläsningar som rör barnens hälsa skulle nog fler personer komma. Som en av kvinnorna sa så vill hon inte att det ska handla om henne själv hela tiden. Att lägga aktiviteter samtidigt för barn och vuxna skulle kunna vara ett sätt som gjorde att fler hade möjlighet att komma, man kan ju inte lämna barnen ensamma hemma vilket gör att många inte kommer. En annan arena är arbetsplatser, det skulle kunna vara ett sätt att nå dem som inte annars har tid eller möjlighet.

Hälsa var inte främsta anledningen att ändra hälsobeteende eller vilja ändra beteende för alla. Att gå ner i vikt sågs av många som den främsta anledningen att äta hälsosammare och till att bli mer fysiskt aktiv. Ett faktum som Hälsoteket bör ha i åtanke. Möjligen kan viktminskningskurser eller liknande startas.

Städning tycks vara ett stort bekymmer för respondenterna. Man lägger ner mycket tid och möda på att huset ska vara rent. Det blir dock ett hinder till att göra andra saker och att komma ut. Dessutom är det en stressor. Många vill bli kvitt känslan av att man måste städa hela tiden. De är medvetna om att det inte är bra för deras hälsa men de vet inte hur de ska gå till väga för att sluta. Hälsoteket skulle kunna ta upp detta problem, kanske som en egen föreläsning.

Hälsoteket har ökat de deltagandes självkänsla och förmodligen även deras "self-efficacy". Detta är någonting man även i fortsättningen bör sträva efter. En viktig komponent för att öka nivån av "self-efficacy" är faktisk framgång (Hassmén, Hassmén & Plate, 2003). Man måste testa nya beteenden, så varför inte besöka olika aktiviteter i grupp, det är ju lättare att komma ut om man är fler. Detta skulle till exempel kunna göras med de olika föreningarna och grupperna man håller föreläsningar för.

7 Sammanfattande diskussion och slutsatser

Respondenterna upplever att de kan påverka sin hälsa men det får inte alltid högsta prioritet. Många andra saker får komma före, exempelvis städning, matlagning och TV-tittande. En kvinna berättade att hon tittade på TV för att hon var för trött för att gå ut. En annan kvinna menade att när kroppen är trött kan den inte ta emot motion. Med tanke på att nästan 20 procent av Svenskarna uppgav att de var trötta och håglösa efter arbetet (Socialstyrelsen, 2005) är det inte konstigt att inte fler rör på sig. De som har förändrat sina vanor eller påverkar sin hälsa har oftast börjat med det efter att de fått problem med hälsan.

Tidsbrist var ett återkommande problem som många angav som orsak till att inte delta i Hälsotekets aktiviteter eller förändra sina levnadsvanor. Respondenterna är inte ensamma om detta, i Sverige uppgav närmare 60 procent i statistiska centralbyråns tidsanvändningsundersökning att de ibland eller ofta upplevde tidsbrist (Statistiska Centralbyrån, 2001). Särskilt lite tid upplevs man ha om man har barn.

För att nå de personer som är intresserade av att delta i Hälsotekets aktiviteter krävs en bättre förståelse för målgrupperna och deras behov. Det kan innebära information på sitt eget språk, eller att aktiviteterna läggs nära särskilt när det handlar om fysisk aktivitet. Det är särskilt viktigt att tiderna för aktiviteterna passar, man bör alltså se till målgruppen. Vem är hemma dagtid? Dessutom är aktiviteter i Lärjedalen efterfrågade. Det viktigaste är helt enkelt att fortsätta sprida information om verksamheten och att ha en fortlöpande dialog med de boende i områdena om vad de är intresserade av.

I åtanke kan man ha att olika personer ligger på olika stadium när det kommer till att ta till sig information om hälsa. Dock är det positivt att alla grupper ser den sociala samvaron som viktig. Detta skapar ett behov av mötesplatser. Man får inte glömma att denna sociala samvaro kan vara nog så viktig för hälsan som en föreläsning om till exempel stress. Trots att alla inte hittar till aktiviteter som Hälsoteket i Angered kan man se ett klart behov av satsningar som denna. De är befogade med tanke på hälsoläget i befolkningen i allmänhet och med tanke på befolkningen i Lärjedalen och Gunnared i synnerhet. Det är glädjande att alla respondenter är positivt inställda till Hälsotekets satsningar. De värderar sin hälsa högt även om man ibland prioriterar annat eller om man inte alltid vet hur den kan förbättras trots att man vill. Det finns med andra ord förfrågan efter friskvårdssatsningar som denna hos respondenterna.

Detta arbete har skrapat på ytan till ett relativt oforskat område och det tycks som om det dykt upp fler nya frågor än man hinner besvara. Jag avslutar med några av dem. Hur ser till exempel hälsan och de olika livsstilsfaktorerna ut för 2:a och 3:e generationens invandrare? Och skiljer sig uppfattningar om hälsa mellan länder och kulturer? Varför tycks inte män vilja delta i Hälsotekets aktiviteter? Och slutligen, vad är det som föranleder förändringar i livsstilen, är det enbart hälsoproblem?

Referenslista

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Acshan-Åberg, K., Becker, W., Göranson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Jonsson, L. & Nilsson, G. (2003). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2004). *Hälsans mysterium*. Finland: Natur och kultur.
- Axelrod, L. J. & Suedfeld, P. (1995). Technology, capitalism, and christianity: are they really the three horsemen of the eco-collapse? *Journal of Environmental Psychology*, 15. s.183-195.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bangeas, J. R., RLópez-García, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P. och Rodríguez-Artalejo, F. (2003). A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition* 57, s.201-208.
- Buttriss, J. (1997). Food and nutrition: attitudes, beliefs and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, s. 1985-95.
- Borg, V. & Kristensen, T. S. (2000). Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine*, 51. s.1019-1030.
- Borrel, C., Domingues-Berjón, F., Pasarin, M. I., Ferrando, J., Rohlf, I. & Nebot, M. (2000). Social inequalities in health related behaviours in Barcelona. *J Epidemiol Community Health*. 54. s.24-30.
- Boström, G. & Nykvist, K. (2004). *Levnadsvanor och hälsa– de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. (Rapport 2004:48). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- von Bothmer, M. & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing & Health Sciences*, 7 (2), s. 107.
- Bravo, M., Martin, U. & Gonzalez, G. (2006). [Evaluation of dietary habits of a population of university students with their nutritional knowledge]. [Text på spanska]. *Nutr. Hosp.*21(4).s. 466-473.
- Brembeck, H., Karlsson, M-A., Ossiansson, E., Shanahan, H., Jonsson, L., Bergström, K. & Engelbrektsson, P. (2005). *CFK-Rapport 2005:06*. Göteborgs universitet, Centrum för konsumentvetenskap.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Great Britain: Oxford University Press.

- Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Geurts, J. J. M., Crialesi, R., Grötvedt, L., Helmert, U., Lahelma, E., Lundberg, O., Matheson, J., Mielck, A., Mizragi, A., Mizragi, A., Rasmussen, N. Kr., Reigor, E., do Rosário-Giraldes, M., Spuhler, Th. & Mackenbach, J. P. (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 Western European countries. *J Epidemiol Community Health*. 52. s.219-227.
- Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Geurts, J. J. M., Crialesi, R., Grötvedt, L., Helmert, U., Lahelma, E., Lundberg, O., Matheson, J., Mielck, A., Rasmussen, N. Kr., Reigor, E., do Rosário-Giraldes, M., Spuhler, Th. & Mackenbach, J. P. (2000). Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ*. 320. s.1102-1107.
- Conner, M. & Armitage, C. J. (2002). *The social psychology of food*. Great Britain: Open University Press.
- Dall'Alba, G. & Hasselgren, B. (1996). *Reflections on phenography*. Göteborg: Kompendiet.
- Daryani, A. (2002). Nytt land, nya kostvanor. *Invandrare & Minoriteter*, 3. s.34-36.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A. & Heath, G. W. (2004). *Physical activity epidemiology*. United States of America: Human Kinetics.
- Didrichsen, F., Östlin, P., Dahlgren, G. & Hogstedt, C. (red.). (1991). *Klass och hälsa- en antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*. Eskilstuna: Tidens förlag.
- Ecob, R. & Smith, G. D. (1999). Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science & Medicine*. 48 (5). S. 693-705.
- Fritzell, J., Nermo, M. & Lundberg, O. (2004). The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scand. J. Public Health*. 32. s. 6-16.
- Geyer, S. & Peter, R. (2000). Income, occupational position, qualification and health inequalities-competing risks? *J Epidemiol Community Health* 54. s.299-305.
- Göteborgs stad. (2006). *Tjänsteutlåtande*, 20 april. Göteborgs stad, Gunnared.
- Hassmén, P., Hassmén, N. & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R., Aro, A. R. & Uutela, A. (2003). *Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys kevät 2003*. [Health Behaviour and Health among Finnish Adult Population, Spring 2003]. Helsingfors: Kansanterveyslaitos. [KTL-National Public Health Institute].
- Helmerson, M., & Tuomi, M. (2006). *Hälsosam mat?* Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för hushållsvetenskap.
- Herzog, T. R., Black, A. M., Fountaine, K. A. & Knotts, D. J. (1997). Reflection and attentional recovery as distinctive benefits of restorative environments. *Journal of Environmental Psychology*, 17. s.165-170.

- Hälso- och sjukvårdskansliet. (2003a). *Liv och hälsa 2003. del 1*. Göteborg: Hälso- och sjukvårdskansliet.
- Hälso- och sjukvårdskansliet. (2003b). *Liv och hälsa 2003. del 2*. Göteborg: Hälso- och sjukvårdskansliet.
- Hälsoteket i Angered. (2005a). Handlingsplan 2005 för Hälsoteket i Angered.
- Hälsoteket i Angered. (2005b). Halvårsrapport 2005.
- Hälsoteket i Angered. (2006a). Handlingsplan 2006 för Hälsoteket i Angered.
- Hälsoteket i Angered. (2006b). Halvårsrapport 2005.
- Jansson, M. (2004). *Du blir var du äter*. Sollentuna: Livsmedelsverket.
- Johansson, I. & Liedman, S-E. (1997). *Positivism och marxism*. Göteborg: Didalos.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I, Glass, R. & Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self related health in the United States: multilevel analysis. *Bri. Med. J.* 317. s. 917-921.
- Koçtürk, T. (1992). *Del 2. Ett bakgrundsdokument om emigration, kost och hälsa*.
- Koçtürk, T. (2003). Matkulturens vandringar och förändringar. *Perspektiv, 1*. s.6-9.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys - exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Leger, L. (2003). Health and nature – new challenges for health promotion. *Health promotion international, 18, (3)*. s.173-175.
- Lindén, A-L. & Nyberg M. (2005). *Mat – Generationer, genus och etnicitet*. I: A-L. Lindén, M. Lagnevik, K. Sjöberg, E. Svederberg, H. Jönsson & M. Nyberg. Mat, hälsa och oregelbundna arbetstider (p. 101-127). Sociologiska institutionen Lunds universitet Rapport 1:2005. Lund: Lunds Universitet.
- Lindström, M. & Sundquist, J. (2001). Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethnicity & Health, 6 (2)*. s.77-85.
- Lindström, M., Sundquist, J. & Östergren, P-O. (2001). Ethnic differences in self-reported health in Malmö in Southern Sweden. *J Epidemiol Community Health, 55*. s.97-103.
- Lundberg, O. (1990). *Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader I sjuklighet*. Stockholm: Almquist & Wiksell.
- Lundh, C. (2005). *Invandringen till Sverige*. Avesta, SNS Förlag.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A. & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *Bri. Med. J.* 320. s.1200-1204.

- Magnusson, MB., Hultgren, L. & Kjellgren, KI. (2005). Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Diet.* 18 (3). s.187-94.
- Maller, C., Townsend, M., Pryor, A., Brown, P. & Leger, L. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promot Int.* 20 (1). s.45-54.
- Martikainen, P., T., & Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet.* 348. s.909-912.
- Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* (10). s.177-200.
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Masoomi, M. (2002). Mat - ett medel mot hemlängtan. *Invandrare & Minoriteter*, 3. s.5-8.
- Medin, J., Alexanderson, K. (2004). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande*. Lund: Studentlitteratur.
- Migrationsverket, 2006
- Nationalencyklopedin, 2006
- Nilsson PM, Johansson SE, Sundquist J. (1998). Low educational status is a risk factor for mortality among diabetic people. *Diabet Med.* 15(3). s.213–219.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2005). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Slovenien: Liber.
- Rydqvist, L.-G., Winroth, J. (2003). *Idrott, friskvård, hälsa och hälsopromotion*. Stockholm: SISU idrottsböcker.
- Salomonsson, A. (1990). Food for Thought - Themes in Recent Swedish Ethnological Food Research. *Ethnologia Scandinavica*, 20. s.111-133.
- Sapolsky, R. M. (2003). *Varför zebror inte får magsår*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Socialstyrelsen. (1995). *Invandrades hälsa och sociala förhållanden. Underlag till folkhälsorapport 1994 och social rapport 1994*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2002). *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Sjukdomsördan i Sverige och dess riskfaktorer*. Rapport nr A 2006:4. Statens folkhälsoinstitut, Karolinska institutet.

- Statistiska centralbyrån. (1983). *Socioekonomisk indelning (SEI), meddelande i samordningsfrågor (MIS)*: 1982;4. SCB
- Statistiska centralbyrån. (2001) *Upplevd tidsbrist efter familjecykel 2000/01*. Hämtad 2006-12-28 på: http://www.scb.se/templates/tableOrChart____27535.asp
- Statistiska centralbyrån. (2002). *Inkomstfördelningsundersökning 2001*, HE 21 SM 0201. SCB.
- Statistiska centralbyrån. (2006a). *Arbetskraftundersökningen, Almedalen2006*. SCB.
- Statistiska centralbyrån. (2006b). *Inkomstfördelningsundersökning 2004*, HE 21 SM 0601. SCB.
- Stenson, I. (2005). Hälsa – ytterligare ett tidskrävande projekt. *Mjölkspegeln*,(3),s.4-5.
- Svederberg, E. (1997). *Tänkande bakom val och användning av livsmedel*. Lund: Studentlitteratur.
- Svederberg, E. (2001). Lyhördhet för tidigare erfarenheter. I: Svederberg, E., Svensson, L. & Kindeberg, T. (Red.) *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (s.207-231). Lund: Studentlitteratur.
- Svederberg, E. (2002). Matvanor – en fråga om identitet. *Invandrare & Minoriteter*, 3. s.18-21
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur: Lund.
- Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Vrijkotte, T. G. M., van Dornen, L. J. & de Geus, E. J. C. (1999). Work stress and Metabolic and Hemostatic Risk Factors. *Psychosomatic Medicine*, 61. s.796-806.
- Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (2000). Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us? *Annu. Rev. Public Health*. 21. s. 543-567.
- Wamala, S. P., Wolk, A., Schenck-Gustafsson, K. & Orth-Gomer, K. (1997). Lipid profile and socioeconomic status in healthy middle aged women in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 51. s.400-407.
- WHO. (1948). *Constitution*. New York: WHO. www.who.int/en/
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. : WHO. www.who.int/en/
- Wiking, E., Johansson, S-E. & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 58. s.574-582.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Great Britain, Routledge.

Zunft, HJF., Friebe, D., Seppelt, B., de Graaf, C., Margetts, B., Schmitt & A., Gibney, MJ. (1997). Perceived benefits of healthy eating among a nationally-representative sample of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51 Supple 2, s. 41-46.

Östberg, J. (2003). *What's eating the eater?* Lund: Lund Business Press.

Inledning

Jag heter Minna Tuomi och går på Göteborgs universitet och skriver min magisteruppsats. Den handlar om olika människors uppfattningar om hälsa. Det kommer att ta ungefär 45 minuter, och om det är okej för dig så kommer jag att bända samtalet. Du kommer att förbli anonym, jag kommer aldrig att använda ditt namn när jag skriver. Och deltagandet är helt frivilligt och du har rätten att när som helst avbryta intervjun.

Intervjuguide

(Namn/nr):

Kvinna:

Ålder:

Födelseland:

Man:

Yrke/sysselsättning:

(ev.) Tid i Sverige:

- Upplever du att du kan påverka din egen hälsa?

Om ja: Hur? Finns det fler sätt?

Om nej: Varför inte?

(Följdfrågor genom hela intervjun) **Kan du förklara mer? Vad menar du med det? Finns det någonting mer du kommer att tänka på?**

- Vad har du för uppfattningar om motion, att träna?
- Finns det någonting du upplever som positivt med att motionera?
- Finns det någonting du upplever som negativt med att motionera?
- Tänk dig att du sitter hemma. Vad är det som gör att du antingen går ut och motionerar eller inte gör det?
- Spelar det någon roll vad man äter, med tanke på hälsan?
- Upplever du att det är viktigt att äta nyttigt?
- Upplever du att *andra* bryr sig om vad de äter?
- Upplever du att du ofta är stressad?
- Vad innebär stress för dig?
- Upplever du att du kan påverka hur stressad du är?
Om ja: Hur? På vilka sätt? Finns det andra sätt?
Om nej: Varför inte?
- Känner du till Hälsoteket i Angered? (Jag visar Hälsotekets broschyr med aktiviteter.)
Om ja: På vilket sätt? Var har du sett, fått reda på...

Om nej: (Om de inte känner till hälsoteket beskriver jag kort deras verksamhet)

- Har du någonsin deltagit i någon av hälsotekets aktiviteter?

Om ja: På vilken aktivitet? Vad tyckte du om den? Skulle man kunna förbättra den på något sätt? Hur fick du reda på att aktiviteten fanns?

Om nej: Varför inte?

(Följdfrågor) **Kan du förklara mer? Vad menar du med det? Finns det någonting mer du kommer att tänka på?**

- Skulle du vara intresserad av att delta i någon aktivitet?

Om ja: Vilken? Har det någon betydelse vilken tid aktiviteten är? Spelar veckodagen roll?

Om nej: Hur kommer det sig?

- Finns det några aktiviteter som inte finns med som du skulle vilja fanns?

- När på dygnet skulle det passa dig bäst att delta?

- Var någonstans är bästa platsen för dig?

- Tänk dig att det är en föreläsning om mat och hälsa i morgon klockan sex, skulle du gå och lyssna?

Om ja: Berätta mer om varför.

Om nej: Varför inte?

- Det är inte alltid så många som deltar i aktiviteterna. Varför tror du att det är så?

- Finns det någonting mer du skulle vilja tillägga? Finns det någonting mer du kommer att tänka på?

Råd och tips.

Hälsoteket i Angered har öppettider på fyra platser under vissa tider. Du är välkommen att besöka oss för råd och tips om egenvård och annat på följande dagar och tider.

Måndagar 13.00-16.00

Medborgarkontoret i Hammarkullen

Tisdagar 13.00-16.00

Apoteket Atomen i Hjällbo

Gårdsten huset, Muskotgatan 10

Onsdagar 13.00-15.00

Medborgarkontoret i Angered centrum, Blå Stället

Du kan också ringa på tfn 365 11 28 eller 365 11 44 eller maila, hälsoteket@gunnarered.goteborg.se

Råd och tips finns även på vår hemsida www.gunnarered.goteborg.se/halsoteket

Ta chansen och låt dig inspireras av våra aktiviteter

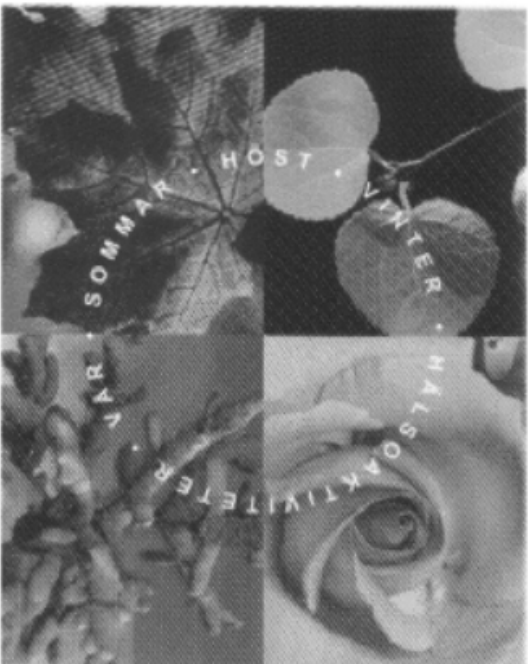
Välkommen!



Regionens trafikmyndighet i Göteborgsregionen



Hälsoteket i Angered Höstaktiviteter 2006



Vårt mål är att visa Dig olika vägar till en bättre hälsa.

Må-bra skolan.

18 september, 13.00-15.30

Vad är stress? Hur påverkas kroppen av stress och vilka signaler skall man ge akt på?

2 oktober, 13.00-15.30

Kan man vaccinera sig mot stress?

Var finns hjälp?

16 oktober, 13.00-15.30

Att hitta vardagsglädjen

30 oktober, 13.00-15.30

Om sömn. Hur ser sömnen ut, varför har man sömnsvårighet. När och var skall man söka hjälp?

13 november, 13.00-15.30

Tips och råd om hur du förbättrar din nattsömn

27 november, 13.00-15.30

Hitta avslappningsmetod som passar Dig.

Vi avslutar varje kursstillfällan med 15 min avslappningsövningar.

Lokal: Kultivatorgatan 4, Angered

Aktiviteten är gratis.



Värkstaden

Värkstaden är till för dig med långvarig värk och smärta. Kontakta oss när du vill delta i Värkstaden Uti: 365 11 44.

7 september, 13.00-15.00

Information & presentation av Värkstaden,

14 september, 13.00-15.30

Hur har jag det?

21 september, 13.00-15.30

Varför är jag som jag är?

28 september, 13.00-15.30

Hur ska jag orka?

5 oktober, 13.00-15.30

Vad kan jag göra?

12 oktober, 13.00-15.30

Hur är jag att leva med?

19 oktober, 13.00-15.30

”Ålta”

26 oktober, 13.00-15.30

Kvinnligt och manligt

2 november, 13.00-15.30

Roller och ansvar

9 november, 13.00-15.30

Skuld och skam

16 november, 13.00-15.30

Hindrar jag mig själv?

23 november, 13.00-15.30

Mänskliga behov

30 november, 13.00-15.30

Väga leva och terminsavslutning

Lokal, Kultivatorgatan 4, Angered

Aktiviteten är gratis.

Medicinsk Qigong

Man arbetar med långsamma harmoniska rörelser samt med andning och koncentration för att skapa bättre fysisk och psykisk balans.

12,19 och 26 september

3, 10, 17, 24 och 31 oktober

7, 14, 21 och 28 november

Tid: 17.30-19.00

Lokal, Kultivatorgatan 4, Angered

Kursledare: Viveka Orre

Kursen kostar 300 kr per termin.

Det finns plats för 12 deltagare.

Anmälan krävs. För anmälan ring

365 11 28 eller 365 11 44

Lättgympa

Tisdagar 17.00-18.00

Gunnaredsskola (Gymnasalen)

Torsdagar 17.00-18.00

Eklövet i Lövgärdet

Adress Eklövet, Papprikagatan 30

Aktiviteten är gratis.

Promenader

Tisdagar 13.00-14.00

Vi träffas framför apoteket i Hjällbo.

Aktiviteten är gratis.

Mötesplats

Under mötesplats erbjuder vi Dig ett rikt utbud av information om kvinnohälsa. Du frågar direkt kunliga personal om mammografi, benskörhet, inkontinens, PMS besvär, celprovy, klimakteriet, tobak... mm

När och var?

25 september 18.00-20.00

Rannebergens föreningsrådet,

Fjällveronikan 9

18 oktober 13.00-15.00

Eklövet i Lövgärdet. Papprikagatan 30

Aktiviteten är gratis.

