



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Kost + motion = prevention?

Uppfattningar av hur sjukdomsrisk kan påverkas

**Anders Johansson
Kajsa Klashed**

Rapportnummer:	VT12-03
Uppsats:	15 hp
Program/kurs:	Hälsopromotionsprogrammet/IKG243
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2012
Handledare:	Christina Berg
Examinator:	Christel Larsson



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer: VT12-03
Titel: Kost + motion = prevention?
Författare: Anders Johansson, Kajsa Klashed
Uppsats: 15 hp
Program/kurs: Hälsopromotionsprogrammet/IKG243
Nivå: Grundnivå
Handledare: Christina Berg
Examinator: Christel Larsson
Antal sidor: 38 (exklusive bilagor)
Termin/år: Vt/2012
Nyckelord: ”kost”, ”motion”, ”optimistic bias”, ”risk”, ”uppfattningar”

Sammanfattning

Hälsosamma kostvanor och regelbunden fysisk aktivitet har visat sig vara viktiga beståndsdelar i förebyggandet och behandlingen av flertalet sjukdomar. Människors uppfattningar har visat sig vara av vikt i förändringen mot en mer hälsosam livsstil. Syftet med studien är att kartlägga uppfattningar bland vuxna invånare i Göteborgs kommun, med avseende på kost- respektive motionsvanornas betydelse för såväl den personliga risken, som allmänhetens risk att drabbas av sju livsstilsrelaterade sjukdomstillstånd. Enkäter valdes som forskningsmetod i syfte att samla in kvantitativa data från 180 individer i tre av Göteborgs kommuns tio stadsdelar. Resultaten visade att tron på livsstilens inverkan på sjukdomsriskerna, generellt sett, var stor men varierade beroende på sjukdomstillstånd. Risken för ohälsosam viktuppgång ansågs kunna påverkas mest och risken för cancer minst. Det var inte någon skillnad på hur man uppfattade kostvanornas betydelse jämfört med hur man uppfattade motionsvanornas betydelse ($p=0,795$). Däremot ansågs andra människor kunna påverka sin risk – genom sin livsstil – något mer än vad man själv kan ($p=0,004$). Slutligen visade det sig finnas ett starkt samband mellan uppfattningen av kostens betydelse för den personliga sjukdomsrisken och uppfattningen av motionens dito ($r=0,8^{**}$); samma deltagare som angav kostens betydelse som exempelvis liten, angav även motionens betydelse som liten. Resultaten indikerar att det verkar finnas ett behov av mer information om sambandet mellan kost/motion och vissa sjukdomstillstånd, framförallt cancer. Möjligtvis kan fenomenet optimistic bias förklara varför deltagarna gjort skillnad på sin egen och andras möjlighet att påverka sjukdomsriskerna. Slutligen förefaller det finnas en ”riskgrupp” som ser varken kost- eller motionsvanorna som speciellt betydelsefulla.

Förord

1. Introduktion.....	4
1.1. Syfte	5
1.2. Frågeställningar	5
2. Bakgrund.....	6
2.1. Kostens betydelse för hälsan	6
2.2. Motionens betydelse för hälsan.....	7
2.3. Varför studera uppfattningar?	7
3. Metod.....	12
3.1. Design.....	12
3.2. Urval och datainsamling.....	12
3.3. Instrument.....	15
3.4. Dataanalys	16
3.5. Etiska överväganden	18
3.6. Metodologiska överväganden	18
4. Resultat.....	20
4.1. Bortfall	20
4.2. Stickprovet; deltagarna.....	20
4.3. Resultat av enkäterna.....	22
5. Diskussion	26
5.1. Metoddiskussion.....	26
5.2. Resultatdiskussion.....	31
5.3. Konklusion	33
5.4. Implikation	34
6. Referenser	36

Förord

Att skriva denna uppsats har varit väldigt roligt. Vi har fördjupat oss i ämnet ”hälsa och livsstil” vilket ligger oss varmt om hjärtat och vi har under arbetsprocessen kommit i kontakt med fantastiska människor. Samtidigt har vi i perioder känt oss väldigt stressade, framförallt på grund av det omfattande arbetet med statistik, vilket är relativt nytt för oss båda. Känslan av att vara ute på ”djupt vatten” har infunnit sig fler än en gång. Till syvende och sist är vi dock nöjda med utfallet och vill gärna inleda denna uppsats med att tacka alla som hjälpt oss i vårt arbete. Framför allt vill vi tacka vår handledare, Christina Berg, som varit mycket tålmodig och flexibel samt kommit med uppmuntran och relevant feedback när vi känt oss vilsna. Vi vill även tacka alla människor som varit vänliga nog att ställa upp som deltagare, utan Er hade uppsatsen ej varit möjlig!

Jag, Anders, vill uttryckligen tacka Kajsa för det stöd och det tålamod hon uppvisat i den ömsom frustrerande, ömsom till synes hopplösa inställning jag stundtals drabbats av under arbetes gång – utan henne hade arbetet *med all säkerhet* aldrig nått upp till nuvarande nivå (om det ens blivit klart). Tack.

Och jag, Kajsa, vill likaså tacka Anders. Uppskattar såväl hans noggrannhet, sinne för detaljer och språkbegåvning som hans personliga egenskaper som gjort att vi genomgående har haft en bra och öppen kommunikation med varandra, vilket – enligt mig – är en förutsättning för ett bra samarbete. Grymt jobbat!

1. Introduktion

Hälsa definieras ibland som *frånvaro av sjukdom*. I andra sammanhang breddas definitionen till att omfatta något mer, något större, exempelvis livskvalitet och välbefinnande – som dock *kan* påverkas av sjukdom (Hanson, 2004). Med anledning av sjukdomars potentiellt kraftiga inverkan på hälsa fokuserar föreliggande rapport på just detta.

Främjande av ”hälsa” kan ske på flera olika sätt – bland annat genom att fokusera på att *förbättra* hälsan (promotion) eller genom att fokusera på att *förhindra en försämring* av densamma (prevention) (Hanson, 2004). De båda begreppen – och praktiker kopplade till dessa – är dock mycket nära sammanlänkade då båda syftar till insatser som gynnar hälsan i ett tidigt skede, innan sjukdom och/eller ohälsa inträder. Effekten av hälsorelaterade beteenden är dessutom ofta dubbel. Exempelvis kan fysisk aktivitet ha både promotiv och/eller preventiv effekt. Rapporten (och därmed även den genomförda studien) har en utpräglad karaktär av det sistnämnda: prevention.

För 250 år sedan levde genomsnittssvensken knappt hälften så länge som i dag. Infektionssjukdomar och tätt återkommande epidemier utgjorde tillsammans med den höga spädbarns-och barnadödligheten ett ständigt hot. Från tidigt 1800-tal till tidigt 1900-tal inleddes en ny fas där infektionssjukdomarnas dominans började avta. Den nästkommande fasen, som pågår än idag, karakteriseras av låga dödlighetsnivåer, där infektionssjukdomar spelar en relativt obetydlig roll som dödsorsak. Nu kan de flesta av oss räkna med en livslängd kring 80 år eller ännu mer. Materiell välfärd har avlöst fattigdom och nöd (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

I dagens välfärdssamhälle är det istället de icke-smittsamma, eller livsstilsrelaterade, sjukdomarna som kommit att dominera. Dessa är exempelvis hjärt-och kärlsjukdom, cancer och diabetes (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken bland Sveriges befolkning och var år 2010 underliggande dödsorsak vid 41 procent av dödsfallen bland kvinnor och 39 procent bland män. Cancer utgör den näst vanligaste dödsorsaken och svarar för 22 procent av dödsfallen bland kvinnor och 26 procent bland män (Socialstyrelsen, 2011). Enbart i Sverige beräknas ohälsan, till följd av tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor, fysisk inaktivitet samt skadlig konsumtion av alkohol (de fyra största gemensamma riskfaktorerna för icke-smittsamma sjukdomar) kosta det svenska samhället minst 55 miljarder kronor per år. Ohälsan kan till stor del förebyggas genom effektiva åtgärder som riktar in sig på dessa fyra riskfaktorer (Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Kosten har stor betydelse för vår hälsa och prestationsförmåga både på kort och på lång sikt. Ohälsosamma kostvanor och ett stillasittande liv bidrar till att vi blir sjuka och dör för tidigt, i Sverige liksom i övriga värden. Hälsoutvecklingen i Sverige visar på både positiva och negativa trender där ökningen av fetma är den mest oroande (Livsmedelsverket, 2012). Även fysisk aktivitet och inaktivitet har många effekter på människors hälsa och på folkhälsan i stort. Med fysisk aktivitet avses all kroppsrörelse som är en följd av skelettmuskulaturens

sammandragning och som resulterar i ökad energiförbrukning. Hälsöfrämjande fysisk aktivitet förbättrar hälsan utan att åsamka skada. Bibehållen fysisk aktivitet genom livet bidrar till att människor kan leva ett oberoende liv långt upp i åren (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Trots insatser som syftar till att sprida kunskap till befolkningen, gällande betydelsen av hälsosamma kost- och motionsvanor, kvarstår det faktum att många människor äter ohälsosamt och lever stillasittande liv. Ett viktigt mål för hälsopsykologin är att identifiera faktorer som belyser varför vissa individer är mer hälsoinriktade i sitt beteende än andra. Forskningen har gjort många försök att identifiera sådana faktorer (Andersson, 2002). En av dessa faktorer handlar om människors subjektiva uppfattningar vilket är en komponent ingående i flertalet teorier, modeller och begrepp. Det har visat sig att subjektiva uppfattningar, snarare än exempelvis faktisk kunskap, spelar en betydande roll i prediktionen av människors hälsorelaterade beteende (Näslund & Fredrikson, 1993).

1.1. Syfte

Syftet med studien är att kartlägga uppfattningar bland vuxna invånare i Göteborgs kommun, med avseende på kostens respektive motionens betydelse för såväl den egna/personliga risken som allmänhetens risk att drabbas av ett antal livsstilsrelaterade sjukdomstillstånd. Dessa sjukdomstillstånd är: ohälsosam viktuppgång, diabetes typ 2, hjärtinfarkt, stroke/slaganfall, högt blodtryck, cancer samt benskörhet.

1.2. Frågeställningar

1. Hur stor – eller liten – betydelse uppfattas kosten respektive motionen ha för risken att drabbas av de olika sjukdomstillstånden? Med andra ord: Anses kost- respektive motionsvanorna generellt sett som betydelsefulla för att påverka den egna hälsan/framtida hälsan eller anses dessa vanor tvärtom vara av liten betydelse.
2. Skiljer sig uppfattningen av kostens respektive motionens betydelse för att drabbas av angivna sjukdomstillstånd? Med andra ord: Bedöms kostvanorna eller motionsvanorna vara av *störst betydelse* för risken?
3. Finns det någon *samvariation* – något *samband* – mellan den enskilda individens uppfattning av kostens betydelse och dennes uppfattning av motionens betydelse? Med andra ord: Bedöms kostens betydelse som liten av samma individer som även bedömer motionens betydelse som liten och vice versa?
4. Skiljer sig uppfattningen av kostens och motionens betydelse för den *personliga risken* att drabbas av angivna sjukdomstillstånd, jämfört med uppfattningen gällande kostens och motionens betydelse för *allmänhetens risk* att drabbas av dessa? Med andra ord: Anser man det vara mest möjligt att påverka *sin egen* risk, eller anser man att *andra*

har större möjlighet att påverka sin risk att drabbas av de angivna sjukdomstillstånden?

2. Bakgrund

2.1. Kostens betydelse för hälsan

I dag är nästan hälften av alla vuxna svenskar överviktiga eller feta (Livsmedelsverket, 2012). Mycket starka bevis finns för att kost inverkar på uppkomsten av övervikt/fetma där intag av energitäta livsmedel är den främsta orsaken. Fetma ökar i sin tur risken för andra sjukdomar, så som diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdom. Hälsosammare kostvanor skulle således bidra till att minska risken för bland annat övervikt/fetma. Vidare har man funnit starka bevis för kopplingen mellan kost och hjärt- och kärlsjukdom där intag av frukt, grönsaker, bra fetter med mera har visat sig motverka risken att drabbas (World health organization, 2003). När det gäller cancer finns det starka belägg för kostens inverkan på risken att drabbas. Kostfaktorer som påverkar cancerrisken är bland annat konsumtion av alkohol och intag av aflatoxiner, en form av mögelgifter. Starkast är dock sambandet mellan cancer och övervikt/fetma som i sin tur till stor del påverkas av kosten. Cirka 30 procent av alla cancerfall i I-länderna beräknas kunna härledas till ohälsosamma kostvanor. Detta innebär att kost hamnar näst högst upp på listan, strax efter rökning, över de teoretiskt sett påverkbara faktorerna i preventionen av cancer (World health organization, 2003; World cancer research fund/American institute for cancer research, 2007). Uppkomsten av diabetes typ 2 ses som ett resultat av såväl genetiska som miljömässiga faktorer. Den kraftiga ökningen i incidens, visar dock att den viktigaste av de två är de miljömässiga faktorerna. Den största ökningen av diabetes typ 2 har skett i grupper och samhällen som genomgått dramatiska förändringar avseende vilken typ av kost som konsumeras och/eller där prevalensen av övervikt och fetma ökat. Kostens karaktär – och särskilt dess innehåll av, och balans mellan, mättade respektive omättade fettsyror – har visat sig stå i stark relation till risken för diabetes typ 2. Återigen kan dock en stor del av sambandet även mellan kost och diabetes tillskrivas övervikt/fetma. Hypertoni/högt blodtryck räknas till den viktigaste, påverkbara riskfaktorn för sjukdomar i hjärta och blodkärl (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Det finns starka bevis för att kost har ett nära samband med högt blodtryck där saltintag är en riskfaktor medan bland annat frukt och grönsaker verkar skyddande (World health organization, 2003). Relationen mellan kost och osteoporos/benskörhet är moderat. Intaget av kalcium och vitamin D har dock visat sig mycket betydelsefullt, speciellt för den äldre populationen. Man har även funnit samband mellan hög alkoholkonsumtion och benskörhet samt mellan låg kroppsvikt och benskörhet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2003; World health organization, 2003).

2.2. Motionens betydelse för hälsan

Även om det är enklare att, via kosten, minska på energiintaget än vad det är att, genom fysisk aktivitet, öka utgifterna av energi så finns det mycket starka bevis för att fysisk aktivitet motverkar uppkomsten av övervikt och fetma (World health organization, 2003; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Det är den långsiktiga energibalansen som är avgörande för viktuppgång vilken till stor del handlar om att välja aktivitet framför inaktivitet. Fysisk inaktivitet har även visat sig vara en betydande riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom, även om andra faktorer också har betydelse, såsom hög ålder, rökning, blodfettsubstanser, övervikt med mera. Gällande cancer beräknas cirka 25 procent av alla nya fall i världen kunna härledas till fysisk inaktivitet och övervikt. Fysisk aktivitet påverkar en mängd biologiska mekanismer i kroppen som motverkar uppkomsten av cancer, exempelvis energiomsättning, nivåer av könshormon samt DNA-reparation. Speciellt stark är kopplingen mellan fysisk inaktivitet och tjocktarmscancer (World health organization, 2003; World cancer research fund/American institute for cancer research, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Sambandet mellan fysisk aktivitet och diabetes typ 2 beror till stor del på den fysiska aktivitetens inverkan på insulinkänsligheten. Fysisk inaktivitet sänker insulinkänsligheten och det har i flera undersökningar visat sig att uppkomsten av diabetes typ 2 kan förhindras genom fysisk aktivitet i kombination med kostråd. Gällande hypertoni/högt blodtryck anses livsstilsfaktorer vara av avgörande betydelse. Fysisk inaktivitet, som enskild riskfaktor, uppskattas stå för 5-13 procent av hypertoniutvecklingen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Fysisk inaktivitet är även en av de påverkbara riskfaktorerna för osteoporos/benskörhet då det krävs fysisk aktivitet för uppbyggnad och bevarande av benvävnad. Förutom effekterna på skelettet har fysisk aktivitet positiva effekter på kondition, muskelstyrka och koordination som i sin tur minskar risken för frakturer (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2003; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, YFA, har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut tagit fram rekommendationer för fysisk aktivitet som lyder:

Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten. Fysiskt aktiva individer löper hälften så stor risk att dö av hjärt-kärlsjukdom som sina stillasittande jämnåriga. Fysisk aktivitet minskar också risken för att få högt blodtryck, åldersdiabetes och tjocktarmscancer. Också livskvaliteten förbättras av fysisk aktivitet på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa. Det föreligger även starka belägg för att fysiskt aktiva individer löper lägre risk att drabbas av benskörhet, benbrott framkallade genom fall, blodpropp, fetma och psykisk ohälsa. (Statens folkhälsoinstitut, 2008, s. 40)

2.3. Varför studera uppfattningar?

Begreppet ”uppfattningar” förekommer inom hälsopsykologin i ett flertal sammanhang och utgör en viktig beståndsdel i olika modeller, begrepp och teorier som utvecklats med förhoppningen att bättre kunna förstå och förklara människors hälsorelaterade beteenden

(Andersson, 2002). I följande avsnitt ges en djupare inblick i varför det är av relevans ur forskningssynpunkt att kartlägga människors uppfattningar med avseende på kostens och motionens betydelse för hälsan.

2.3.1. Attityd som prediktor för beteende

Inom socialpsykologin betraktades länge attityder som individuella mentala processer, som på ett mycket tillförlitligt sätt ansågs förklara en persons faktiska eller potentiella handlande. Attityd har tidigare definierats som ”affekten för eller emot ett psykologiskt objekt” (Andersson, 2002, s. 42). Begreppsdefinitionen av attityd kom efterhand att vidgas till att förutom affektiva komponenter även omfatta kognitiva komponenter och beteende (Andersson, 2002). Den kognitiva komponenten handlar om *uppfattningar* gentemot attitydobjektet, det vill säga vad man tror eller vet om något, till exempel att alkoholförtäring är ett bra sätt att koppla av; alkoholkonsumtion orsakar leverskador etcetera. Den affektiva komponenten handlar om *känslor* gentemot attitydobjektet; hur positivt eller negativt man bedömer de olika effekterna av alkoholförtäring (Morrison & Bennett, 2009). Den stora anledningen till varför det finns intresse av att studera attityder är just antagandet att attityder orsakar beteende. Å ena sidan verkar detta antagande vara korrekt: Vi köper kläder vi tycker ser bra ut; vi undviker musikstilar vi ogillar; vi röstar på det politiska parti vars strävan vi finner mest tilltalande och så vidare. Å andra sidan verkar attityd och beteende ofta vara i konflikt: Vi flyger gärna på utlandssemester trots att vi ogillar luftföroreningar, vi äter jumboräkor trots att produktionen av dem orsakar miljöförstöring, eller är otrogna mot våra partners trots att vi älskar dem. Det har med andra ord visat sig att attityder ibland kan vara mycket bra prediktorer för beteende medan det ibland är svårt att överhuvudtaget se något samband mellan de två. En förklaring till det ibland svaga sambandet mellan attityd och beteende kan vara att människor ofta har ambivalenta attityder, speciellt gentemot hälsorelaterade beteenden. Den kognitiva komponenten av attityden pekar åt ett håll medan den affektiva, känslomässiga, komponenten pekar åt ett annat. Utfallet – beteendet – blir således svårt att predicera. Å ena sidan är det bra för dig att motionera (kognitiv), å andra sidan är det väldigt jobbigt (affektiv); alkohol kan orsaka leverskador och annat elände (kognitiv) men du tycker ändå det är njutbart (affektiv) (Bohner & Wänke, 2002).

En studie som talar *för* sambandet mellan attityd och beteende genomfördes av Näslund och Fredrikson (1993). De genomförde en enkätstudie där 345 studenter på Stockholms universitet inkluderades. Syftet med studien var att jämföra studenternas uppfattningar, kunskaper respektive beteende gällande ett antal utvalda hälsorelaterade områden. Man fann att *uppfattningar* gällande vikten av olika hälsorelaterade faktorer hade ett starkt samband med studenternas *faktiska beteende* samtidigt som sambandet mellan *hälsokunskap* och *beteende* var svagt. Författarna menar att hälsokunskap kan vara första steget till hälsosammare vanor men anser samtidigt att hälsopromotiva insatser även måste sträva efter att förändra människors attityder gentemot hälsosamma beteenden. Detta eftersom individers attityder, eller mer specifikt deras uppfattningar (den kognitiva komponenten av attityd), snarare än deras kunskap, verkar vara av stor betydelse för det faktiska beteendet.

Jarlbro (1997) beskriver i sitt kapitel ”Rädsla för mat – svenskars bedömning av hälsorisker” resultat som ytterligare styrker sambandet mellan människors attityder och deras beteende. Resultaten visade bland annat att de individer som bedömde övervikt som en stor risk för svenska folkets liv och hälsa, i större utsträckning än övriga angav att de engagerade sig i friluftsliv, motionerade samt att de drack sprit, vin eller öl mer sällan.

Att förklara människors hälsorelaterade beteende genom endast en faktor, exempelvis attityd, ses ofta som otillräckligt då hälsobeteende snarare är ett resultat av flera olika faktorer än en enda. Även i de mer komplexa modellerna ingår dock attityd ofta som en viktig komponent. En av dessa modeller, som till stor del fokuserar på den kognitiva komponenten av attityder, det vill säga vad man tror eller vet om attitydobjektet, är Health belief model/Modellen om hälsouppfattningar (HBM). HBM utgår från att de subjektiva bedömningarna/uppfattningarna om hälsa är avgörande för hur man handlar i hälsofrågor (Andersson, 2002). Människors subjektiva bedömningar/uppfattningar överensstämmer dock inte nödvändigtvis med sanningen vilket kan innebära viss problematik. Problematiken tydliggörs i en rapport av en studie, utförd av Institute of European food studies (1998). Studien inkluderade 15 000 vuxna individer (över 15 års ålder) från 15 EU-länder. Deltagarna tillfrågades om deras grad av enighet med påståendet ”Om inte fysisk aktivitet leder till viktnedgång, gynnas man egentligen inte av det”. Det visade sig att en fjärdedel av deltagarna kryssade i rutan ”Instämmer mycket” (”strongly agree”) alternativt ”Instämmer något” (”tend to agree”). Med utgångspunkt från HBM är det mindre troligt att individer som inte anser att fysisk aktivitet har några gynnsamma effekter – utöver viktnedgång – engagerar sig i fysisk aktivitet i hälsofrämjande syfte.

2.3.2. ”Upplevda fördelar” och ”upplevda hinder”.

HBM utgår vidare från att människor är tänkande, rationellt beslutsfattande varelser som aktivt resonerar sig fram till sina val (Morrison & Bennett, 2009). Sannolikheten för handling är, enligt HBM, en funktion av de i modellen ingående delarna. Den första ingående delen är individens uppskattning av i vilken utsträckning hot mot hälsan föreligger. Huruvida hot mot hälsan föreligger bestäms i sin tur av individens bedömning av sin *mottaglighet* för sjukdomen samt sjukdomens svårighetsgrad, det vill säga hur *allvarligt* individen bedömer att ett eventuellt insjuknande skulle vara. Även demografiska, sociopsykologiska och strukturella variabler påverkar huruvida individen upplever att hot mot hälsan föreligger (Andersson, 2002). Den andra delen i HBM är den beräkning individen gör av ”upplevda fördelar” minus ”upplevda hinder” (eller nackdelar) med att handla på ett givet sätt, exempelvis att börja motionera eller äta mer frukt och grönsaker. I studien genomförd av Institute of European food studies (1998) tillfrågades deltagarna om vilka faktorer som motiverade dem i utövandet av fysisk aktivitet, det vill säga vilka fördelar de upplevde med beteendet. Deltagarna tillfrågades även om vilka upplevda hinder som försvårade deras utövande. De tre främsta motiverande faktorerna var ”upprätthålla god hälsa” (”to maintain good health”), ”släppa på spänningarna” (”to release tension”) samt ”komma i form” (”to get fit”). Gällande upplevda hinder var ”mycket på jobbet/i skolan” (”work/study commitments”) det vanligast

förekommande svaret följt av ”är inte den sportiga typen” (”not the sporty type”). Medvetenhet gällande vilka fördelar respektive hinder människor ser med olika hälsobeteenden är av stor vikt för att kunna påverka/förändra hälsobeteenden.

Näslund, Fredrikson, Helénus och de Faire (1996) genomförde en studie som belyser vikten av att människor, för att handla på ett givet sätt, upplever fördelar med det aktuella beteendet. I studien inkluderades 118 medelålders, friska män med riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom. Syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkade dessa mäns följsamhet till ett givet kost- och träningsprogram, samt hur mycket dessa faktorer påverkade följsamheten. De fann bland annat att dålig följsamhet till lågt fettintag till stor del var sammankopplat med en mindre tro på kosthållningen som ett sätt att förebygga hjärt- och kärlsjukdom. Med andra ord ansåg männen att de upplevda fördelarna var begränsade. Författarna menar därför att hälsoprofessionella med fördel bör utforska och arbeta med patienters uppfattningar av för- och nackdelar relaterade till hälsobeteenden. Morrison och Bennett (2009) menar vidare att olika delar av HBM är olika dominerande vid olika beteenden. ”Upplevda fördelar” har visat sig vara en stark indikator för träning medan ”upplevda hinder” har visat sig vara förknippade med en lägre sannolikhet att börja med nya beteenden, exempelvis förändringar i kosthållningen.

Kopplingen mellan människors subjektiva bedömningar, gällande för- och nackdelar med att handla på ett givet sätt, och deras faktiska beteende belyser intresset av att, i enlighet med Näslunds m.fl. (1996) rekommendation, utforska människors subjektiva uppfattningar gällande kostens respektive motionens effekt på hälsan. Med andra ord bör människors ”upplevda fördelar” – det vill säga *uppfattningar* av fördelar – undersökas.

2.3.3. Egen kontroll eller slump?

Den beräkning individen gör av fördelar minus nackdelar med att handla på ett givet sätt, som alltså påverkar sannolikheten för det givna beteendet (exempelvis att motionera), kan i sin tur påverkas av en individs upplevda kontroll över sin hälsa. Begreppet kontroll-lokus är relaterat till i vilken utsträckning personer uppfattar sig kunna påverka sina livsskeenden eller om de står maktlösa inför yttre omständigheter. Det är till exempel mer troligt att en person som uppfattar sig kunna motverka risken att drabbas av benskörhet genom att motionera också motionerar, jämfört med en person som inte uppfattar sig kunna påverka risken att drabbas. ”Locus” betyder ”plats” och personer som placerar sin kontroll internt engagerar sig mer sannolikt i sådant som är bra för hälsan, medan de som placerar kontrollen externt och således tror mer på ”slumpen”, lättare underkastar sig beteenden som missgynnar hälsan (Andersson, 2002).

Även om kontroll-lokus, i likhet med exempelvis attityder, inte utgör en tillräcklig grund för att på egen hand förklara eller predicera hälsobeteenden finns det studier som indikerar och styrker dess påverkan på beteenden. En sådan studie är den genomförd av Wardle och Steptoe (2003) där 2728 slumpvis utvalda individer i Storbritannien intervjuades. Man fann ett starkt

samband mellan hälsosamt beteende och stark tilltro till personlig/intern kontroll och följaktligen en svagare tilltro till slump eller yttre faktorer.

2.3.4. Bedömning av risk.

Ett fenomen som bidrar till ytterligare komplexitet gällande människors handlande i olika situationer är det som benämns optimistic bias eller orealistisk optimism (Shepherd & Raats, 2006). Optimistic bias är benämningen på en specifik form av optimistisk förväntan, vilken innebär att människor tenderar att förvänta sig positiva utfall framför negativa i olika situationer. Optimistic bias innefattar även människors tendens att överskatta risken för andra att drabbas av negativa utfall och underskatta risken att själva drabbas. Denna optimistiska tilltro kan ha såväl positiva som negativa effekter. Man har till exempel funnit att 1) en förväntan att positiva saker, snarare än negativa, ska inträffa, 2) en optimistisk syn på det framtida hälsoläget samt 3) tilltro till sin förmåga att hantera krävande situationer, har positiva effekter på det fysiska och psykiska välbefinnandet hos individer med såväl god som dålig hälsa. Dock kan en orealistisk optimism, med dess omotiverat starka känsla av att vara ”immun” mot skada, leda till riskfyllda beteenden och en mindre benägenhet att vidta försiktighetsåtgärder. Som en följd av optimistic bias kan således risken att drabbas av negativa utfall paradoxalt nog öka. Optimistic bias kan förklaras bland annat genom individens behov av kontroll. Känslan av att ha kontroll över en given situation gör att man upplever risken med densamma, mindre – en effekt som kallas ”illusionen av kontroll”. Denna ”illusion av kontroll” har visat sig vara som störst vid livsstilsrelaterade frågor; människor tror sig ha störst kontroll över situationer som till stor del innebär eget ansvar. Optimistic bias har exempelvis visat sig i form av människors benägenhet att underskatta sin risk att drabbas av ett antal olika tillstånd till följd av sin kosthållning. Exempel på dessa tillstånd är: hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, viktuppgång/fetma, diabetes och stroke. Optimistic bias, tillsammans med ambivalens, har därmed pekats ut som en faktor som i stor utsträckning försvårar och motverkar människors benägenhet att förändra sina kostvanor (Shepherd & Raats, 2006).

En studie som belyser konsekvenserna av en skev riskbedömning är den genomförd av Fagerlin, Zikmund-Fisher & Ubel (2007). Syftet med studien var att undersöka huruvida riskinformation av jämförande karaktär påverkade kvinnors riskupplevelse. De 249 ingående kvinnorna randomiserades in i två skilda grupper. Den ena gruppen informerades om att deras hypotetiska risk att drabbas av bröstcancer var över genomsnittet medan den andra gruppen informerades om att deras hypotetiska risk att drabbas av bröstcancer var under genomsnittet. Den angivna, hypotetiska procentsatsen för risken att drabbas var dock samma för båda grupperna, nämligen 6 procent. Kvinnorna som ”vilseleddes” att tro att deras risk för bröstcancer låg över genomsnittet, var i högre utsträckning villiga att inta ett piller för att minska risken att drabbas, jämfört med de kvinnor som ”vilseleddes” att tro att deras risk låg under genomsnittet, som i sin tur alltså var mindre villiga att ta pillret. Resultatet indikerar att människor är mer benägna att vidta handling gentemot en risk när de känner att risken att drabbas är över genomsnittet och mindre benägna att vidta handling när de känner att risken

är under genomsnittet. Mot bakgrund av optimistic bias och människors benägenhet att generellt sett underskatta sin risk i förhållande till andras, visar resultatet på svårigheter i arbetet med att förändra människors beteende.

För att sammanfatta: Människors uppfattningar visar sig på olika sätt och i olika former. Konsekvenserna/effekterna av människors uppfattningar varierar likaså. Uppfattningar kan inte ensamt förklara beteenden, men dess stora betydelse går ej att bortse från. Det motiverar, förklarar och ger svar på frågan ”Varför studera uppfattningar”.

3. Metod

3.1. Design

Studien är en tvärsnittsstudie, närmare bestämt en surveyundersökning (Bryman, 2011), bland vuxna invånare i Göteborgs kommun. Enkäter valdes som forskningsmetod i syfte att samla in kvantitativa data från ett urval om 180 individer. Den huvudsakliga undersökningen föranleddes av en pilotstudie vilken omfattade ett urval om 20 individer. Pilotstudien var av samma design som huvudstudien.

3.2. Urval och datainsamling

Urvalsförfarandet kom att ske i fyra steg:

- 1) Tre av Göteborgs kommuns totalt tio stadsdelar (Göteborgs stad, 2012) valdes genom slumpmässigt urval med hjälp av SPSS slumpfunktion.
- 2) Ett primärområde från respektive stadsdel valdes genom slumpmässigt urval med hjälp av SPSS slumpfunktion (alltså totalt tre primärområden av Göteborgs kommuns knappt 100 dito).
- 3) Inom respektive primärområde valdes den fysiska platsen för datainsamlingen ut på strategisk grund, på plats i primärområdet. Innebörden av begreppet ”strategisk grund” beskrivs under ”Val av plats för datainsamling” nedan.
- 4) På de fysiska platserna för datainsamling valdes studiens stickprov genom tillgänglighetsurval; 60 deltagare per primärområde valdes ut (totalt 180 individer). Proceduren för detta tillgänglighetsurval beskrivs i detalj under ”Val av deltagare; stickprovet” nedan.

De slumpmässiga urvalen resulterade i följande stadsdelar och primärområden:

1. Stadsdel: Östra Göteborg → Primärområde: Utby
2. Stadsdel: Örgryte-Härlanda → Primärområde: Björkekärr
3. Stadsdel: Norra Hisingen → Primärområde: Tuve

3.2.1. Val av plats för datainsamling

När studiens tre primärområden valts, nyttjades en kombination av förberedande kartstudier, internetkällor, personliga kontakter samt observationer på plats för att avgöra den eller de platser inom primärområdet som föreföll lämpliga för datainsamling. Denna lämplighet bedömdes utifrån ett antal kriterier:

- Att ett större antal människor rörde sig på eller omkring platsen.
- Att platsens besökare sökte sig till platsen med en jämn tidsmässig spridning.
- Att platsens besökare var av olika ålder, kön, hade olika civilstånd, utbildning etcetera.
- Att platsens besökare besökte platsen i olika ärenden/av olikartade anledningar.

En bedömning av hur väl de olika primärområdenas platser passade in på kriterierna ovan avgjorde var datainsamlingen kom att ske. Dessa platser beskrivs nedan.

Utby besöktes den 25 april 2012. Platsen för datainsamling bestod av främst en livsmedelsbutik med tillhörande mindre parkering samt postlåda; busshållplats (en i vardera riktningen); en huvudväg vilken löpte genom Utby samt en korsning av fyra mindre gator. I nära anslutning till platsen fanns bland annat en pizzeria, en frisersalong och en förskola. Bebyggelsen kring platsen utgjordes uteslutande av villor. Dagen för datainsamlingen var mulen med enstaka regnskurar, cirka 10° C.

Björkekärr besöktes den 2 maj 2012. Stabbetorget valdes som plats för datainsamling. Torget låg i omedelbar anslutning till busshållplatser, en skola och en vårdcentral. På torget fanns bland annat livsmedelsbutik, pizzeria med uteservering, frukthandel, kiosk samt ett fåtal andra affärsverksamheter. Det fanns även en mindre parkering, planteringar och bänkar. Bebyggelsen i området utgjordes främst av lägenhetshus. Dagen för datainsamlingen var varm (runt 20° C) och solig.

Tuve besöktes den 3 maj 2012. Som plats för datainsamlingen valdes ena hörnet av Tuve Torg. Hörnet bedömdes vara en lämplig plats då det föreföll ingå i ett viktigt gångstråk för torgets och kringliggande verksameters besökare. Bland dessa verksamheter fanns butiker, kyrka, skola, tandläkare, sjukvårdsmottagningar samt ytterligare andra verksamheter och rörelser, exempelvis en samlingspunkt för seniorer. Intill torget låg en större parkeringsplats och busshållplatser. Bebyggelsen i området kring torget var av blandad karaktär (lägenhetshus, radhus, villor) och bröts upp av skogsområden och ängar. Dagen för datainsamlingen var varm (runt 20° C) med sol.

3.2.2. Val av deltagare; stickprovet

Väl på plats i primärområdet nyttjades följande förfarande för att rekrytera deltagare – själva stickprovet – och att samla in data: Inledningsvis preparerades fyra skrivskivor, så kallade ”clipboards”, med varsin enkät och penna. Därefter tillfrågades *närmast* förbipasserande individ om hen ville delta i studien. Denna förfrågan uttalades konsekvent i form av:

”Hej! Jag är student på Göteborgs universitet och jag arbetar med min kandidatuppsats. Har du möjlighet att svara på en kort enkät?”

Vid nekande svar tillfrågades omedelbart *nästa, närmast passerande* individ på samma sätt tills dess att en deltagare visade sig intresserad. Vid jakande svar lämnades skrivskivan/enkäten över till deltagaren tillsammans med en kortare muntlig presentation och instruktion av enkäten samt en upplysning om att eventuella frågor gick bra att ställa. När samtliga fyra skrivskivor delats ut (och fyra deltagare följaktligen var i färd med att besvara enkäten) ignorerades de individer som passerade platsen för datainsamling tills dess att en skrivskiva blev ledig (det vill säga då den ursprungliga deltagaren blivit klar). En ny enkät fästes då på skrivskivan varpå *första, närmast passerande* individ tillfrågades enligt modellen ovan.

Ett visst subjektivt urval/undantag av de individer som passerade, gjordes på platsen för datainsamlingen. Undantagen grundades dels på sådana scenarion/omständigheter som på förhand bedömdes som särskilt problematiska och sannolika, dels på scenarion/omständigheter som uppenbarades sig först i samband med pilotstudien och därmed framtvungade ställningstaganden ”på stående fot”. Undantagen berörde:

- Personer under 18 år exkluderades. Vid tveksamheter tillfrågades individen/individerna om aktuell ålder.
- Cyklande individer exkluderades. Vid de tillfällen dessa parkerade och/eller ledde cykeln i anslutning till platsen för datainsamling inkluderades de.
- Motionerande (i form av jogging/löpning; ej gång/promenad) individer exkluderades så länge dessa joggade/sprang förbi platsen för datainsamling.
- Individer som *samtalade* i mobiltelefon exkluderades. Mobilsurfande, sms:ande, musiklyssnande etcetera individer inkluderades dock och tillfrågades.
- Personliga assistenter i tjänst och i sällskap av sin brukare exkluderades. Brukaren tillfrågades men assistenten betraktades som en ”förlängning” av brukaren och tillfrågades därför inte som en unik individ.
- Personer som saknade kunskaper i svenska språket exkluderades (då enkäten var på svenska).

Inga undantag gjordes på grundval av att det skulle kunna vara ”obekvämt” för individen att svara. Av denna anledning inkluderades/tillfrågades exempelvis även personer som bar tungt/mycket, var i tjänst/arbetade, bedömdes vara (mycket) gamla eller föreföll vara mycket stressade/upptagna.

I de fall då särskilda omständigheter omöjliggjorde för deltagaren att på egen hand skriftligen besvara enkäten (krävande barnpassning, synskada, ålder, vilja att delta i studien men ovilja att skriva) assisterades deltagaren med uppläsning och/eller ifyllnad av enkäten. I vissa fall, då deltagaren uttryckte en vilja att besvara enkäten men på grund av tidsbrist hade svårt att stanna, åtföljdes deltagaren tills dess enkäten besvarats. Därefter uppsöktes återigen den förutbestämda platsen för datainsamling varpå proceduren ovan inleddes på nytt.

Under datainsamlingen tillfrågades naturligtvis flera individer som valde att inte delta i studien. Ratio mellan icke-deltagande:deltagande var, i genomsnitt, cirka 3:1 (något varierande beroende på plats och tid för datainsamling).

3.2.3. Studiens tidsmässiga omfattning

Varje primärområde besöktes under en heldag (klockan 07.00 – 18.00). Dagen delades upp i tre tre-timmars-perioder, avgränsade med en timmas paus: A) 07.00-10.00; B) 11.00-14.00 och C) 15.00-18.00. Under varje period eftersträvades att nå en kvot om 20 besvarade enkäter (det vill säga totalt 60 enkäter per dag/primärområde och totalt 180 enkäter under hela datainsamlingen). Datainsamlingen påbörjades vid respektive periods start och bedrevs tills dess kvoten var fylld. Uppfylldes kvoten innan periodens slut avbröts datainsamlingen för att återigen påbörjas vid nästa periods start (det vill säga antingen klockan 11.00 eller 15.00). Samtliga perioder, under alla tre dagarna, inbringade 20 besvarade enkäter inom utsatt tid (i genomsnitt efter en timma och trettio minuter) utom vid ett tillfälle då deltagaren valde att avlägsna sig från platsen med enkäten. Denna återlämnades aldrig och resulterade i ett externt bortfall, se ”Bortfall” nedan.

3.3. Instrument

För datainsamlingen nyttjades en tryckt enkät med tio frågor (se bilaga 1). Enkäten konstruerades specifikt till föreliggande studie; instruktioner, riktlinjer och idéer för denna konstruktion inhämtades från Hassmén och Hassmén (2008). Enkäten bestod av tre pappersark i storlek A4 sammanfogade med en häftklammer. Varje ark var betryckt med text på både fram- och baksida, förutom sista arket vars baksida (det vill säga enkätens baksida) lämnats blank; enkäten bestod således av fem sidor. Enkäten var indelad i fyra avsnitt:

- A. Information** – enkätens första sida; försättsblad. Här avhandlades bland annat studiens syfte, dess omfattning, etiska klargöranden, studiens upphovsmän och dessas kontaktinformation samt underskrifter.
- B. Instruktion** – enkätens andra sida; första uppslaget. Här beskrevs i korta drag hur enkäten var avsedd att besvaras.
- C. Bakgrundsinformation** – enkätens andra och tredje sida; första uppslaget. Här efterfrågades deltagarens bakgrundsinformation i form av födelseår, kön, civilstånd, högsta slutförda utbildning, huvudsaklig sysselsättning samt boendekommun och

boendestadsdel. Bakgrundsinformationen bestod av totalt sex frågor (boendekommun och -stadsdel behandlades i samma fråga).

- D. Uppfattningar** – enkätens fjärde och femte sida; andra uppslaget. Här efterfrågades deltagarens uppfattningar gällande möjligheten att påverka risken att drabbas av sju olika sjukdomstillstånd genom kost- respektive motionsvanor. Uppfattningarna efterfrågades i följande ordning: 1) kostvanors betydelse för människor i allmänhet, 2) motionsvanors betydelse för människor i allmänhet, 3) kostvanors betydelse för deltagaren själv samt slutligen 4) motionsvanornas betydelse för deltagaren själv.

Avsnitt **D** – uppfattningar – (benämndes ”Del 2” i enkäten, se bilaga 1) bestod av totalt fyra frågor och utgjorde enkätens huvudsakliga del. Varje fråga var uppbyggd på samma sätt (se figur 1): En övergripande fråga, gällande samtliga sju olika sjukdomstillstånd, följdes av en sjugradig skala (”Inte alls” till ”Helt och hållet”) samt svarsalternativet ”Ingen uppfattning”. I avsnitt **B** – instruktion – framgick att deltagaren ombads svara genom att ringa in eller kryssa för det alternativ som bäst överensstämde med dennes uppfattning.

7 – Människor, kostvanor

Hur mycket tror du att människor - genom sina kostvanor - kan påverka sin risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?								
	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskrörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]

Figur 1. Exempel på fråga från enkäten, i detta fall fråga 7 (se även bilaga 1).

Innan studiens utförande genomfördes en pilotstudie i syfte att testa och validera enkäten. Enkäten kompletterades för detta tillfälle med en avslutande del vilken innehöll tre frågor av utvärderingskaraktär i syfte att nå deltagarnas intryck/upplevelse av enkäten och besvarandet av den. Efter genomförd pilotstudie avlägsnades utvärderingsfrågorna och smärre förändringar av den huvudsakliga enkäten gjordes till följd av resultaten från pilotstudien.

3.4. Dataanalys

Datamaterialet analyserades med hjälp av IBM SPSS Statistics version 20 och behandlades som om det vore framtaget genom obundet slumpmässigt urval.

Univariat analys/beskrivande statistik i form av frekvenstabeller nyttjades dels för att analysera stickprovet och dess karakteristik, dels för att analysera deltagarnas uppfattningar i de olika *enskilda* frågorna (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010). Exempelvis besvarades frågeställningen ”Hur stor – eller liten – betydelse uppfattas kosten respektive motionen ha för risken att drabbas av de olika sjukdomstillstånden?” på detta sätt. Resultatet av de univariata analyserna visualiserades i form av olika typer av diagram: histogram och så kallade ”staplade fraktionsstaplar”.

Bivariat analys/analytisk statistik nyttjades för att besvara de frågeställningar där deltagarnas uppfattningar i de olika frågorna sattes i relation till varandra, exempelvis frågeställningen ”Skiljer sig uppfattningen av kostens respektive motionens betydelse för att drabbas av angivna sjukdomstillstånd?”. Inledningsvis omräknades deltagarnas svar till summaindex av fyra olika slag. Svartalternativen kodades om till att motsvara numeriska värden, där ”Inte alls” motsvarade 1, ”Väldigt lite” motsvarade 2 och så vidare, upp till och med ”Helt och hållet” som kodades till 7. Genom att på olika vis summera deltagarnas svar erhöles således olika index:

- Index 1: summan av den enskilde deltagarens uppfattningar av *kostvanornas* inverkan på samtliga sju sjukdomstillstånd, med avseende på den personliga risken.
- Index 2: summan av den enskilde deltagarens uppfattningar av *motionsvanornas* inverkan på samtliga sju sjukdomstillstånd, med avseende på den egna risken.
- Index 3: summan av den enskilde deltagarens uppfattningar av både *kost-* och *motionsvanornas* inverkan på samtliga sju sjukdomstillstånd, med avseende på risken för *människor i allmänhet*.
- Index 4: summan av den enskilde deltagarens uppfattningar av både *kost-* och *motionsvanornas* inverkan på samtliga sju sjukdomstillstånd, med avseende på *den egna* risken.

De individer som *inte* besvarat hela eller delar av de aktuella frågorna, eller som valde svarsalternativet ”Ingen uppfattning”, exkluderades från indexberäkningen.

Indexen nyttjades sedan till fortsatt analys, bland annat i form av beräkning av Spearmans rangkorrelationskoefficient för att besvara frågeställningen ”Finns det någon *samvariation* – något *samband* – mellan den enskilda individens uppfattning av kostens betydelse och dennes uppfattning av motionens betydelse?” (Siegel & Castellan, 1988).

Wilcoxons teckenrangtest nyttjades för att testa huruvida det förelåg några signifikanta skillnader mellan de svarandes uppfattningar av kostvanornas kontra motionsvanornas betydelse. Även skillnaden mellan deltagarnas uppfattningar av möjligheten för ”människor i allmänhet” att påverka sin risk, kontra deras uppfattningar av möjligheten för dem själva att påverka sin egen risk, undersöktes med Wilcoxons teckenrangtest.

Endast de individer som erhållit indexvärden för båda de variabler som för tillfället undersöktes, inkluderades i den aktuella analysen. Analyserna åskådliggjordes grafiskt i form av låddiagram och spridningsdiagram.

3.5. Etiska överväganden

Studiens etiska hänsynstaganden formulerades och presenterades på enkätens första avsnitt/framsida; ”Information” (se bilaga 1). Dessa hänsynstaganden utgick från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets fyra etiska krav: informations-, samtycke-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet (Hassmén & Hassmén, 2008). Deltagaren delgavs informationen kring de etiska hänsynstagandena antingen genom att själv läsa informationen på enkätens första sida, alternativt genom att få densamma uppläst för sig (vid behov). Informationskravet tillgodosågs genom att studiens syfte presenterades i informationen. Den skriftliga informationen innehöll även upplysningar om att deltagandet var frivilligt, det vill säga att de hade rätt att avböja, samt möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst och utan vidare förklaring. På så vis efterföljdes även samtyckekravet. En datainsamlingsmetod som bygger på rekrytering av deltagare genom ett öppet, muntligt tillfrågande ”på gatan” kan innebära att enstaka individer upplever sig pressande att delta. För att undvika att känslor av sådant slag påverkade de tillfrågades upplevda frivillighet och eventuella samtycke till att medverka, lades stor vikt vid omedelbart efter uttalandet av ovanstående rekryteringsfras, acceptera uttryckta avböjanden utan vidare påtryckningar/förfrågningar. Då enkäterna delades ut till deltagarna ”öga mot öga” var fullständig anonymitet en omöjlighet. Dock tillgodosågs konfidentialitetskravet genom att insamlade data ej spreds vidare till obehöriga samt genom att detaljerade personuppgifter, såsom namn eller personnummer, ej efterfrågades. Även nyttjandekravet efterföljdes då insamlade data enkom användes i forskningsändamål, vilket deltagarna delgavs i den skriftliga informationen.

3.6. Metodologiska överväganden

I samband med studiens utformning och planering fattades ett antal beslut som kom att påverka såväl studiens genomförande som dess resultat. Dessa beslut, och de bakomliggande motiven, presenteras kortfattat nedan:

- Studiens design (surveyundersökning) valdes med anledning av ambitionen att nå ett stort antal individer och att undersöka dessas uppfattningar ”här och nu”, utan extern påverkan (Bryman, 2011).
- Enkätens utformning, med avseende på dess fasta svaralternativ, motiverades på grund av studiens kvantitativa karaktär, samt den snäva tidsram som tillhandahölls för arbetet med studien; enkäter med fasta svarsalternativ går relativt fort och enkelt att

administrera (Hassmén & Hassmén, 2008) – framförallt då ett stort antal enkäter ska hanteras, vilket också var ambitionen.

- Det tillgänglighetsurval som nyttjades i valet av deltagare motiverades av bristande resurser, främst i form av tid och finansiella medel.
- Genom att välja stadsdelar samt primärområden med hjälp av ett obundet slumpmässigt urval, där varje enhet (stadsdel respektive primärområde) har lika stor chans att väljas, undveks att exempelvis personliga antaganden och fördomar kom att påverka valet och därmed stickprovet (Hassmén och Hassmén, 2008).
- Valet av platser inom respektive primärområde, samt valet av tider för datainsamling, motiverades av bedömningen att dessa platser och tider i hög grad skulle underlätta processen med att samla in den önskade mängd enkäter som eftersträvades då platserna/tiderna bedömdes folkrika. Samtidigt bedömdes platserna/tiderna ge tillgång till deltagare av olika karaktär, med avseende på de i enkäten ingående bakgrundsvariablerna, och därmed generera ett heterogent stickprov.
- Exklusionskriterierna baserades främst på rådande sociala normer; att avbryta en presumtiv deltagare i dennes telefonsamtal, arbete som personlig assistent, cykel- eller löptur bedömdes på förhand vara ett fruktlöst försök att rekrytera densamma. Beslutet att exkludera minderåriga individer baserades dels på det faktum att studiens målgrupp var *vuxna* invånare i Göteborgs kommun, dels de lagstadgar som gör gällande att vårdnadshavarens samtycke krävs för deltagande, vilket hade medfört en alltför omfattande arbetsprocess (Hassmén & Hassmén, 2008). Valet att exkludera icke-svenska-talande individer motiverades av att en sådan begränsning i urvalet bedömdes bidra till en högre validitet.
- Trots att datamaterialet endast delvis samlats in via ett obundet, slumpmässigt urval (stadsdelar, primärområden) behandlades det som om det genererats ur ett fullständigt slumpmässigt urval. Ett fullständigt slumpmässigt urval hade bland annat inneburit att samtliga vuxna individer boende inom Göteborgs kommun hade haft samma sannolikhet att tillfrågas om deltagande i studien (Hassmén & Hassmén, 2008). De för studien begränsade resurserna omöjliggjorde dock ett sådant urvalsförfarande. Trots detta var den ursprungliga ambitionen att genomföra ett obundet, slumpmässigt urval varför dataanalysen trots allt genomfördes som om urvalet var slumpmässigt.
- Genom att i indexberäkningarna endast inkludera de individer som hade besvarat samtliga frågor inom aktuellt ämnesområde, undveks en eventuell snedvridning av resultatet på grund av ofullständiga och därmed missvisande låga indexvärden.

4. Resultat

4.1. Bortfall

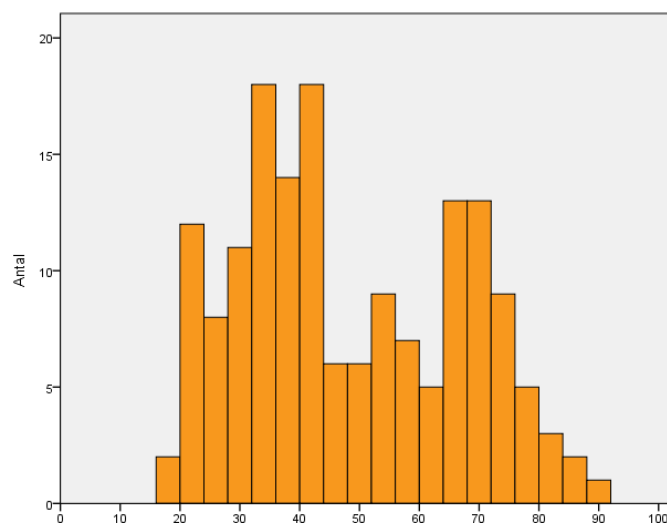
Av totalt 180 utlämnade enkäter återlämnades 179 stycken. En enkät återlämnades ej utan försvann tillsammans med aktuell deltagare av okänd anledning. Av totalt 179 återlämnade enkäter visade det sig att 163 deltagare var bosatta i Göteborgs kommun. Övriga (n=16) var bosatta utanför Göteborgs kommun. Dessa exkluderades ur materialet då studiens syfte endast omfattade "[...] vuxna invånare i Göteborgs kommun". Av de 163 boende i Göteborgs kommun exkluderades ytterligare en deltagare med anledning av att hen bedömdes ha psykiska funktionshinder och därmed inte var fullt medveten om enkätens innebörd. Allt som allt resulterade dessa omständigheter i ett externt bortfall om 10 procent (n=18) och således i ett stickprov som omfattade 162 deltagare.

Bland de inkluderade 162 enkäterna förekom ibland, och i olika stor utsträckning, avsaknad av svar gällande enstaka sjukdomstillstånd alternativt dubbla svar på ett och samma sjukdomstillstånd. Dessa företeelser behandlades som interna bortfall och exkluderades ur beräkningar/analys. Övriga, korrekt besvarade, frågor/sjukdomstillstånd inkluderades dock vilket resulterade i ett intervall om 154-162 svaranden (beroende på fråga/sjukdomstillstånd).

4.2. Stickprovet; deltagarna

Av de 162 deltagarna var 44 procent män (n=72) och 56 procent kvinnor (n=90).

Deltagarnas ålder varierade mellan 18 och 90 år. Medelåldern var 48 år. Deltagarnas åldersfördelning, fördelad i intervall om fyra år, framgår av figur 2.

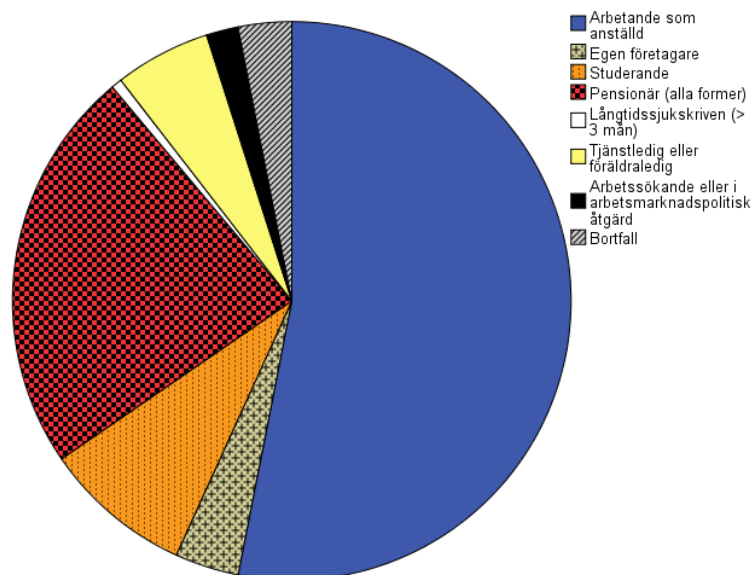


Figur 2. Stickprovets åldersfördelning (n=162).

Närmare hälften av de svarande var ogifta (n=76; 47 %) och cirka en tredjedel var gifta (n=53; 33 %). Mer än var tionde deltagare var fränskild (n=23; 14 %) medan nio deltagare var änka/änkling (6 %). En person valde att inte ange sitt civilstånd (0,6 %).

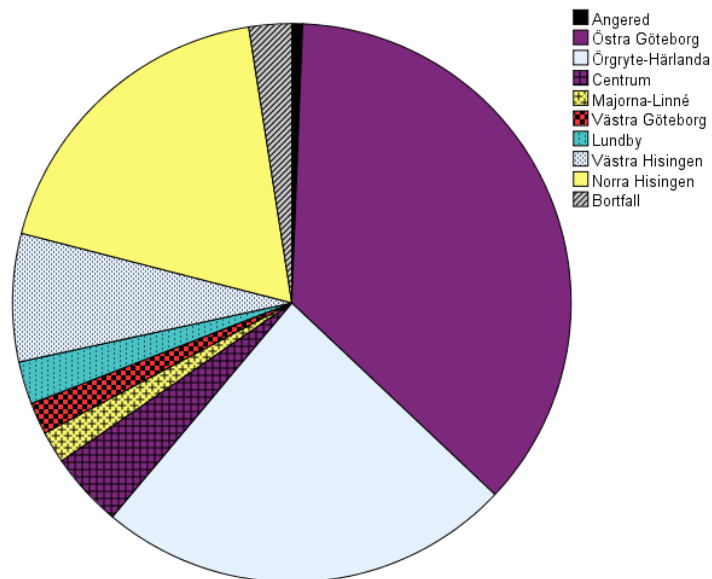
Vad gällde högsta slutförda utbildningsnivå hade nästan hälften av de svarande en akademisk utbildning från högskola eller universitet (n=79; 49 %). Cirka en tredjedel hade uppnått en utbildningsnivå motsvarande gymnasieutbildning (n=59; 36 %) medan 22 individer hade genomgått grundskola, folkskola, realskola eller liknande (14 %). Två personer valde att inte ange sin högsta slutförda utbildningsnivå (1 %).

Av de 162 inkluderade deltagarna valde fem individer (3 %) att inte ange sin huvudsakliga sysselsättning, alternativt att ange fler än en sysselsättning vilket behandlades som internt bortfall. Drygt hälften av deltagarna arbetande som anställda (n=86; 53 %). Fyra procent (n=6) var egna företagare. Förutom den stora andelen arbetande utgjorde pensionärer den näst största kategorin; nästan var fjärde deltagare var pensionär (n=38; 23 %). Sysselsättningen för övriga deltagare i studien var mer varierad: Nio procent var studerande (n=14); sex procent var tjänst- eller föräldralediga (n=9); två procent var arbetssökande eller sysselsatta i arbetsmarknadspolitisk åtgärd (n=3). En individ var långtidssjukskriven (mer än tre månader) (0,6 %). Se även figur 3.



Figur 3. Huvudsaklig sysselsättning bland stickprovets deltagare (n=162).

Deltagarnas hemvist i form av stadsdelar fördelade sig enligt figur 4. Av naturliga skäl var merparten av de svarande boende i Östra Göteborg (n=59; 36 %), Örgryte-Härlanda (n=39; 24 %) samt Norra Hisingen (n=30; 19 %) då det var i dessa stadsdelar datainsamlingen genomfördes. Knappt en femtedel av deltagarna (19 %) bodde i andra stadsdelar än de i vilka datainsamlingen bedrevs. Värt att notera är att nio av Göteborgs kommuns tio stadsdelar fanns representerade bland de svarande, om än i liten omfattning. Fyra personer valde att inte ange i vilken stadsdel de bodde (2 %).



Figur 4. Boendestadsdel för stickprovets deltagare (n=162).

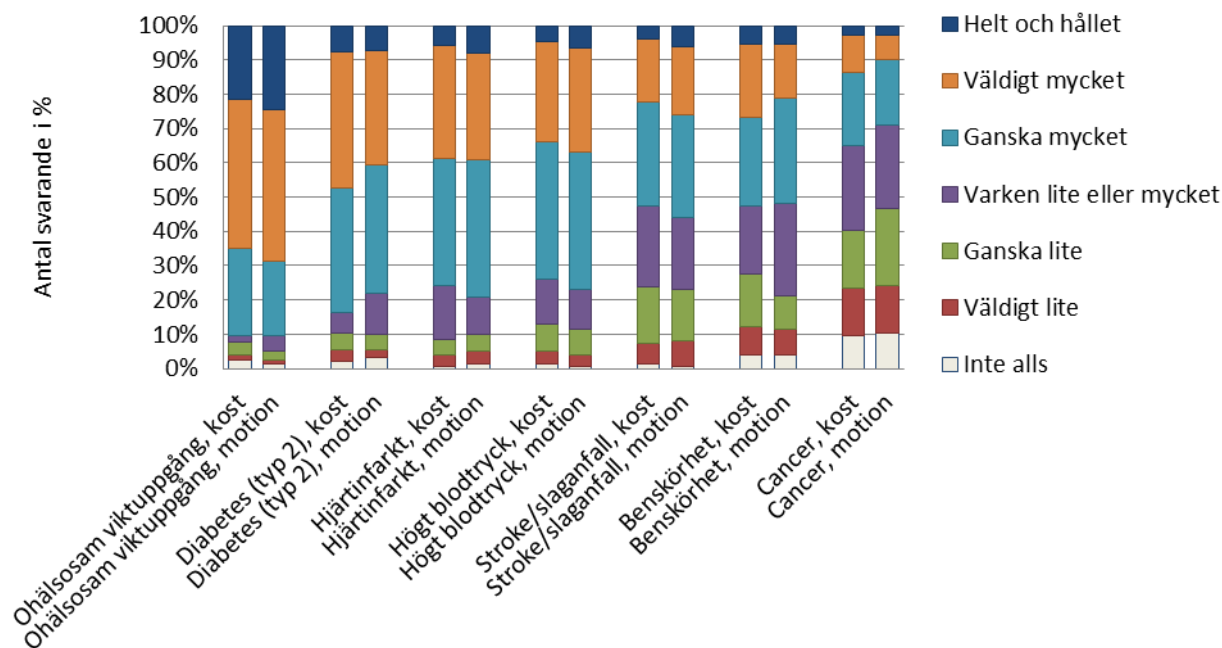
4.3. Resultat av enkäterna

4.3.1. Livsstilen anses betydelsefull. Oftast.

De svarandes uppfattningar av hur mycket **kostvanorna** kan påverka den egna, personliga risken att drabbas av olika sjukdomstillstånd framgår av figur 5, se nedan. Deltagarna hade störst tro på kostvanornas betydelse för ohälsosam viktuppgång, där 90 procent angav att de genom kostvanorna kunde påverka sin risk att drabbas ”Ganska mycket”, ”Väldigt mycket” eller ”Helt och hållet”; en dryg femtedel av de svarande – 21 procent – angav att de kunde påverka sin risk ”Helt och hållet”.

Mest skeptiska var deltagarna till kostens inverkan på risken för cancer vilket även var det enda sjukdomstillstånd där fler än 40 procent av deltagarna ansåg att de endast kunde påverka risken att drabbas ”Ganska lite”, ”Väldigt lite” eller ”Inte alls”. Var tionde person (10 %) ansåg att de överhuvudtaget inte kunde påverka sin risk för cancer genom kostvanorna (svarsalternativ ”Inte alls”).

Gällande kostens inverkan på risken att drabbas av diabetes typ 2, hjärtinfarkt, högt blodtryck, stroke/slaganfall och bensörhet, var deltagarna mest tvivlande på kostens inverkan på de två sistnämnda: stroke/slaganfall samt bensörhet. Ungefär var fjärde deltagare angav att de, via sina kostvanor, endast kan påverka risken att drabbas av bensörhet samt stroke/slaganfall ”Ganska lite” eller ”Väldigt lite”, alternativt att de ”Inte alls” kan påverka risken.



Figur 5. Stickprovets deltagares uppfattningar av i vilken utsträckning den egna sjukdomsrisk kan påverkas genom **kostvanor** (n=146-154 beroende på sjukdomstillstånd) respektive **motionsvanor** (n=144-156 beroende på sjukdomstillstånd).

Av figur 5 framgår även deltagarnas uppfattningar av hur mycket **motionsvanorna** kan påverka den egna, personliga risken att drabbas av olika sjukdomstillstånd. I likhet med bedömningen av kostvanornas betydelse ansågs motionsvanorna som mest betydelsefulla för risken att drabbas av ohälsosam viktuppgång, jämfört med de andra sjukdomstillstånden. Nio av tio (90 %) trodde att de kunde påverka sin risk att lägga på sig ohälsosam vikt ”Ganska mycket”, ”Väldigt mycket” eller ”Helt och hållet”; nästan en fjärdedel (24 %) ansåg att de kunde påverka sin risk ”Helt och hållet” genom sina motionsvanor.

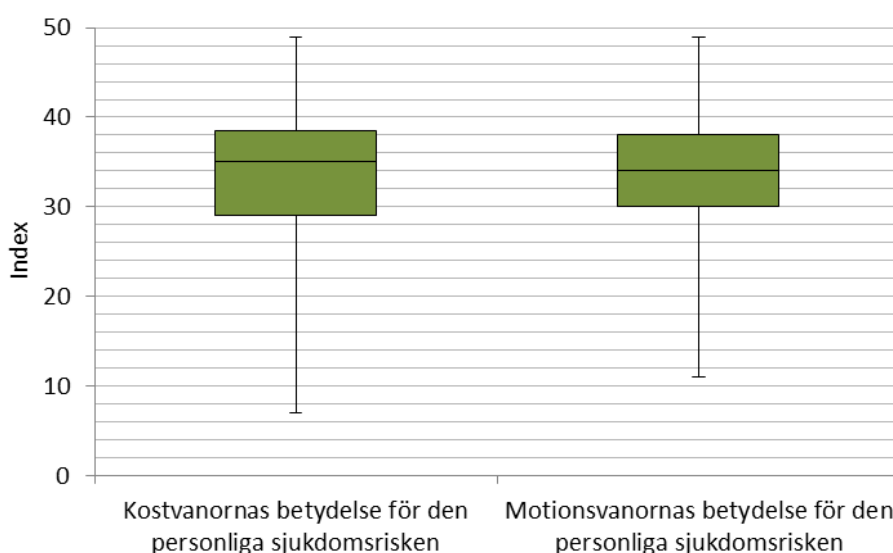
Cancer ansågs – även vid denna fråga – som minst möjlig att påverka via motionsvanorna. Nästan hälften (47 %) ansåg att möjligheten att påverka sin cancerrisk genom motion var ganska liten eller mindre (svarsalternativ ”Ganska lite”, ”Väldigt lite” eller ”Inte alls”). Totalt ansåg tio procent att de ”Inte alls” kunde påverka sin risk med hjälp av sina motionsvanor.

Motionsvanornas betydelse för diabetes typ 2, hjärtinfarkt respektive högt blodtryck bedömdes väldigt likartat: knappt åtta av tio (78; 79 respektive 77 %) ansåg att de kunde påverka sin risk för respektive sjukdomstillstånd ”Ganska mycket”, ”Väldigt mycket” eller ”Helt och hållet”. Även stroke/slaganfall och benskörhet bedömdes på ett – sinsemellan – likartat sätt gällande möjligheten att påverka den egna risken att drabbas med hjälp av motionsvanorna. Drygt fem av tio (56 respektive 52 %) ansåg att risken kunde påverkas ”Ganska mycket”, ”Väldigt mycket” eller ”Helt och hållet”. Nästan var fjärde deltagare angav att de, genom sina motionsvanor, kan påverka risken att drabbas av stroke/slaganfall respektive benskörhet ”Ganska lite”, ”Väldigt lite” eller ”Inte alls”.

I figur 5 inkluderas *inte* de deltagare som angivit svarsalternativet ”Ingen uppfattning” för de olika sjukdomstillstånden. Flest ”Ingen uppfattning” påvisades för kostens inverkan på risken för diabetes typ 2, bensörhet och cancer (samtliga: n=10; 6 %). För motionsvanorna inverkan på sjukdom påvisades flest ”Ingen uppfattning” för cancer (n=10; 6 %).

4.3.2. Kostvanorna och motionsvanorna uppfattas vara lika viktiga.

Deltagarnas uppfattningar av *kostvanornas* betydelse för egen sjukdomsrisk i relation till deras uppfattningar av *motionsvanornas* betydelse för egen sjukdomsrisk framgår av figur 6, i form av två summaindex över deltagarnas uppfattningar gällande samtliga sju sjukdomstillstånd. Statistiskt sett förelåg det *inga signifikanta skillnader* mellan hur deltagarna såg på kostens inverkan och hur de såg på motionens inverkan på den personliga risken för sjukdom ($p=0,795$). Medianen av indexvärdena för kostens betydelse var 35 vilket motsvarade exempelvis svarsalternativ ”Ganska mycket”, gällande möjligheten att via kosten påverka den egna risken, för samtliga sju sjukdomstillstånd. Medianen för indexvärdena motsvarande motionsvanornas betydelse var 34.

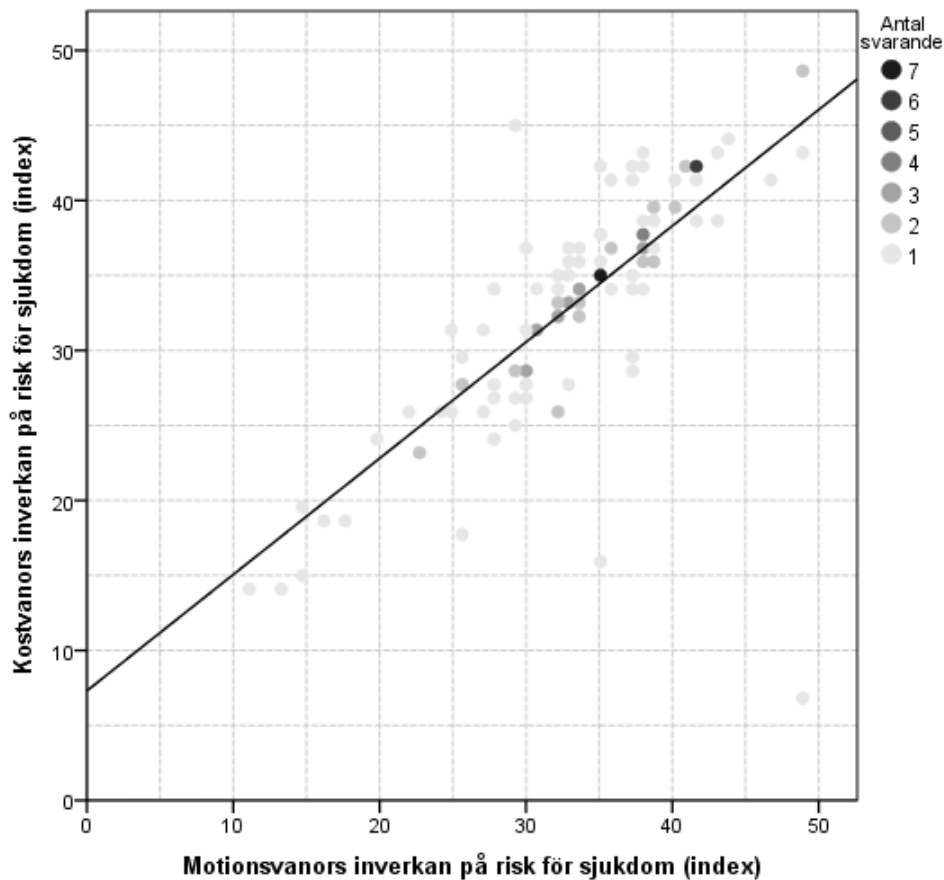


Figur 6. Summaindex av stickprovets deltagares uppfattningar av kostens respektive motionens inverkan på den personliga risken för samtliga sju sjukdomstillstånd (n=125). (Högre värde = större uppfattad betydelse. Maximalt indexvärde, 49, motsvarar svarsalternativ ”Helt och hållet” på samtliga sju sjukdomstillstånd. Minimalt indexvärde, 7, motsvarar ”Inte alls” på samtliga sju sjukdomstillstånd.)

4.3.3. Vissa uppfattar livsstilen som viktig – andra gör det inte.

Samvariationen mellan uppfattningen av kostvanornas betydelse och motionsvanornas betydelse för den personliga sjukdomsrisk, framgår av figur 7, se nedan. De individer som rankade kostvanornas betydelse som stor ansåg – generellt sett – att även motionsvanorna var

av stor betydelse. Omvänt fanns det även individer som bedömde såväl kost- som motionsvanornas betydelse som liten. Korrelationen mellan uppfattningen av kostvanornas betydelse och uppfattningen av motionsvanornas betydelse var stark: $0,8^{**}$ ($n=125$).



Figur 7. Samband mellan stickprovets deltagares uppfattningar av kostvanornas inverkan på de sju sjukdomstillstånden och deras uppfattningar av motionsvanornas dito ($n=125$). (Högre värde = större uppfattad betydelse. Maximalt indexvärde, 49, motsvarar svarsalternativ "Helt och hållet" på samtliga sju sjukdomstillstånd. Minimalt indexvärde, 7, motsvarar "Inte alls" på samtliga sju sjukdomstillstånd.)

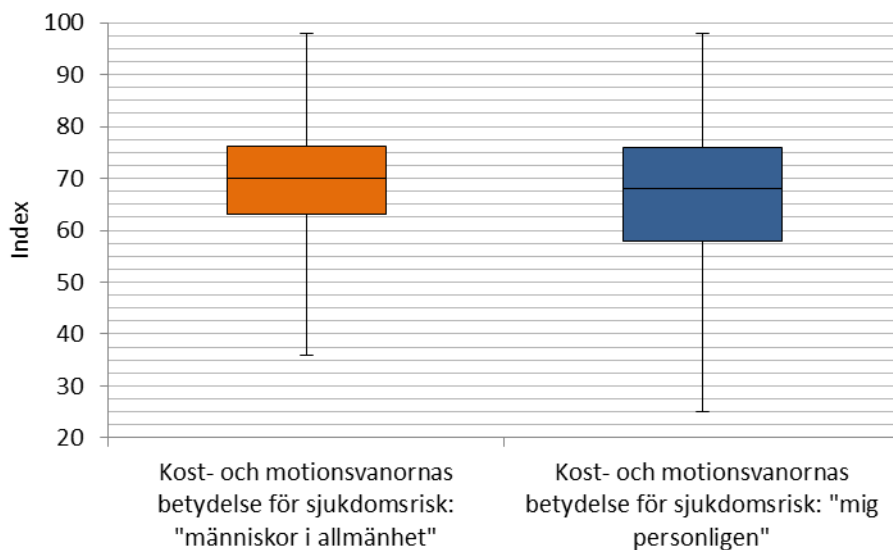
4.3.4. Livsstilen uppfattas vara viktigare för andra människor än för "mig själv".

Figur 8, nedan, visar de två summaindex som avser deltagarnas samlade uppfattningar gällande 1) den egna livsstilens betydelse för risken att personligen drabbas av studiens sju sjukdomstillstånd, samt 2) andra människors livsstils betydelse för deras risk att drabbas av studiens sju sjukdomstillstånd. Livsstil avser i följande sammanhang en kombination – en sammanslagning – av kost- och motionsvanor.

Totalt 107 deltagare (66 %) svarade på samtliga frågor gällande hur kost- och motionsvanor påverkar risken för samtliga sjukdomstillstånd, både för dem själva och för människor i allmänhet. Av dessa 107 deltagare var 80 procent ($n=86$) av uppfattningen att det – i genomsnitt – är mer betydelsefullt för *andra* människor hur de äter och motionerar, än vad det

är för dem själva. ”Människor i allmänhet” bedömdes alltså ha större möjlighet att påverka sin hälsa genom kost och motion än vad man själv har. Denna skillnad i uppfattning var signifikant ($p=0,004$).

Tjugoen deltagare (20 %) var av uppfattningen att möjligheten att påverka sjukdomsriskerna genom kost- och motionsvanor, sett till samtliga sjukdomstillstånd, var lika stor för de själva som för människor i allmänhet.



Figur 8. Summaindex av stickprovets deltagares uppfattningar av kost- och motionsvanornas inverkan på allmänhetens sjukdomsrisk respektive deras uppfattningar av samma vanors inverkan på den egna risken ($n=107$). (Högre värde = större uppfattad betydelse. Maximalt indexvärde, 98, motsvarar svarsalternativ ”Helt och hållet” vad gäller både kost- och motionsvanornas betydelse för samtliga sju sjukdomstillstånd. Minsta möjliga indexvärde, 14, motsvarar svar utslutande i form av ”Inte alls”.)

5. Diskussion

5.1. Metoddiskussion

5.1.1. Representativitet och generaliserbarhet

Urvalsförfarandet resulterade i ett totalt urval om 162 individer. I enlighet med studiens syfte var dessa deltagare vuxna invånare i Göteborgs kommun. Den 31 december 2011 bodde det i Göteborgs kommun 422 071 personer över 18 års ålder (Statistiska centralbyrån, 2012a). Att utifrån 162 personers uppfattningar uttala sig om hur knappt en halv miljon andra människor tycker och tänker är naturligtvis mycket vanskligt. Särskilt problematiskt blir det då den enda

kopplingen mellan det mycket lilla urvalet och den mycket stora populationen förefaller vara ett gemensamt geografiskt område.

Göteborgs kommun består av tio stadsdelar. Inom varje stadsdel finns ett antal primärområden. Skillnaderna mellan de olika stadsdelarnas invånare är betydande, exempelvis vad gäller etnisk härkomst, ohälsotal och medelinkomst (Göteborgs stad, 2012). Även inom respektive stadsdel (det vill säga mellan primärområdena) föreligger olikheter. Då endast tre primärområden inkluderades i studien föreligger en risk att – för resultatens generaliserbarhet – viktiga områden, och därmed viktiga grupper av människor, ofrivilligt exkluderades från urvalet. På samma tema är det rimligt att anta att det subjektiva valet av platserna för datainsamling inom respektive primärområde påverkat vilka individer som funnits till hands för datainsamling. Trots att ansträngningar vidtogs för att så långt som möjligt minimera risken för över- och/eller underrepresentation av särskilda grupper av människor i urvalet (vilket hade äventyrat resultatens generaliserbarhet) är det fullt möjligt att resultaten skulle sett annorlunda ut om andra platser, med andra ”egenskaper”, valts ut för datainsamlingen.

Sammanfattningsvis: Att låta studien omfatta 162 individer, rekryterade på tre – subjektivt utvalda – platser inom endast tre av Göteborgs tio stadsdelar, påverkar möjligheten att korrekt generalisera studiens resultat till att gälla hela Göteborgs kommuns vuxna befolkning.

Den grad av generaliserbarhet som ändå tillåts avgörs till stor del av hur väl stickprovets karakteristik stämmer överens med Göteborgs kommuns invånares dito. För studien utvald karakteristik beskrivs nedan i tabell 1 och figur 9.

Tabell 1. Göteborgs kommuns invånare i relation till stickprovet.

VARIABEL	Göteborgs kommun	Stickprovet
Kön	2011 (> 18 år)¹	Stickprovet
Man	49,3 %	44,4 %
Kvinna	50,7 %	55,6 %
Civilstånd	2011 (> 18 år)¹	Stickprovet
Gift	36,6 %	32,7 %
Ogift	45,5 %	46,9 %
Skild	13,1 %	14,2 %
Änka/änkling	4,9 %	5,6 %
Ej svar	-	0,6 %
Utbildningsnivå	2010 (16-74 år)²	Stickprovet
Grundskola	17,8 %	13,6 %
Gymnasieskola	37,4 %	36,4 %

¹ Statistiska centralbyrån, 2012a.

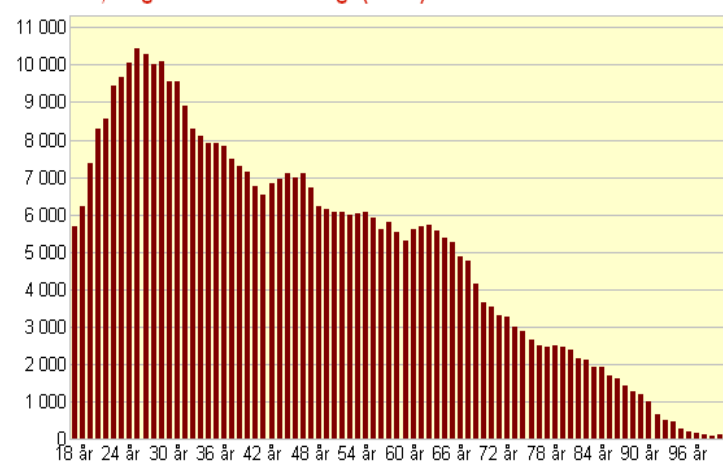
² Göteborgs stad, 2012.

Eftergymn. utb.	42,3 %	48,8 %
Ej svar	-	1,2 %

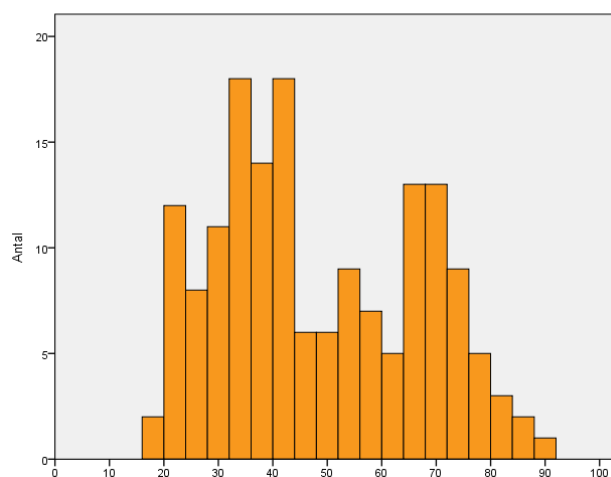
Boendestadsdel	2010 (alla åldrar) ²	Stickprovet
Majorna-Linné	12,1 %	1,9 %
Centrum	11,1 %	4,3 %
Örgryte-Härlanda	11,0 %	24,1 %
Askim-Frölunda-Högsbo	10,6 %	0,0 %
Västra Göteborg	10,0 %	1,9 %
Västra Hisingen	10,0%	7,4 %
Angered	9,4 %	0,6 %
Norra Hisingen	9,2 %	18,5 %
Östra Göteborg	8,7 %	36,4 %
Lundby	8,0 %	2,5 %
Ej svar	-	2,5 %

Åldersfördelningen för Göteborgs kommuns invånare äldre än 18 år, i relation till stickprovets åldersfördelning, framgår av figur 9. Medelåldern för Göteborgs kommuns invånare var år 2011 46 år, två år lägre än medelåldern för studiens stickprov (48 år). Typvärdet för Göteborgs kommuns invånare – det vill säga den ålder som förekom i högst frekvens år 2011 – var 26 år. Motsvarande värde för stickprovet var 40 år. Sammantaget bedöms stickprovets åldersfördelning likna Göteborgs kommuns invånares dito i sådan grad att samtliga generationer över 18 år, i någon grad, inkluderats i studien.

Folkmängd efter ålder.
Tid=2011, Region=1480 Göteborg. (antal)



© SCB



Figur 9. Göteborgs kommuns invånares åldersfördelning, till vänster (Statistiska centralbyrån, 2012b). samt stickprovets åldersfördelning, till höger.

Beskrivande statistik för huvudsaklig sysselsättning i samma eller liknande termer som de som användes i enkäten saknas. En korrekt jämförelse utförs därför svårligen.

5.1.2. Stickprovet och exklusionskriterier

Väl på platsen för datainsamling undveks urvalsfel av deltagare så långt som möjligt genom att konsekvent tillfråga den, i fysiskt avstånd, närmaste individ som fanns tillgänglig. I de fall det endast förekom enstaka personer på platsen för datainsamling förelåg ingen begränsning med nämnda urvalsteknik; samtliga individer tillfrågades. När platsen för datainsamling – tvärtom – var välbesökt av människor försvårades dock tillfrågandet av alla närvarande. Beslutet att konsekvent utgå från minsta fysiska avstånd till presumtiva deltagare i valet av desamma förhindrade att subjektiva uppfattningar, fördomar eller ”obehag” inför vissa grupper eller typer av människor påverkade valet av deltagare.

Däremot är det möjligt att en viss snedvridning av resultatet (och därmed dess generaliserbarhet till Göteborgs vuxna befolkning) uppstått till följd av beslutet att exkludera cyklande, motionerande, telefonpratande personer samt individer i tjänst som personliga assistenter. Det är inte omöjligt att exempelvis cyklande eller motionerande personer representerar grupper av människor som skiljer sig i sina uppfattningar om kostens respektive motionens inverkan på hälsan mot ”andra” människor. På liknande sätt föreligger en risk att någon form av ”gemensam nämnare”, av vikt för studiens resultat, fanns mellan de individer som valde att inte medverka i studien.

Dessutom kan studiens tidsmässiga omfattning – klockan 07.00 till 18.00 respektive dag – ha medfört att vissa grupper/människor, som normalt sett rör sig på platserna för datainsamling under kvälls- och/eller nattetid, felaktigt kom att exkluderas.

5.1.3. Enkäten

Vad gäller enkäten gjordes försök att testa densamma genom pilotstudien. De förbättringar som, till följd av erfarenheter från pilotstudien, genomfördes visade sig påverka enkätens utformning till det bättre då mycket få frågor från deltagarna erhöles under datainsamlingen. De interna bortfall som noterades i samband med bearbetningen av data berodde på antingen 1) enstaka, ej besvarade frågor/sjukdomstillstånd, 2) enstaka, dubbelt besvarade frågor/sjukdomstillstånd eller 3) hela sidor som ej besvarats. I de förstnämnda fallen görs bedömningen att detta berodde på svårigheter i att särskilja vilken svarsalternativ-rad i matrisen som hörde till vilket sjukdomstillstånd. Denna bedömning baseras bland annat på att det vid bearbetningen av enkäterna visade sig att frågor/sjukdomstillstånd som ej besvarats ofta åtföljdes av en fråga/ett sjukdomstillstånd som markerats med dubbla värden. För exempel på ett sådant förhållande, se figur 10 nedan. Rimligtvis har alltså deltagaren – i dessa fall – trots sig svara på samtliga frågor/sjukdomstillstånd men ej tillräckligt noga kontrollerat att svaren markerats på rätt plats.

7 – Människor, kostvanor

Hur mycket tror du att människor - **genom sina kostvanor** - kan påverka sin risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?

	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]

Figur 10. Exempel på fråga från enkäten där svaren på ”Högt blodtryck” respektive ”Stroke/slaganfall” behandlades som interna bortfall på grund av dubbelt respektive saknat kryss.

I fallet med de helt missade, ej besvarade sidorna görs bedömningen att dessa bortfall berodde på enkätens utformning med avseende på dess betryckta fram- och baksidor. Vore enkäterna betryckta på enbart ”framsidorna” förefaller risken att bläddra förbi en sida vara mindre än om enkäten behöver vändas fram och tillbaka upprepade gånger vid besvarandet, vilket är fallet om såväl fram- som baksidor är betryckta med text.

5.1.4. Dataanalysen

Beslutet att beräkna summaindex av de ovan beskrivna variablerna motiveras av att index av detta slag ger en koncentrerad, sammanfattande bild över hur deltagarna *generellt sett* tenderar att uppfatta kost- respektive motionsvanornas betydelse, både vad gäller betydelsen för den egna risken och betydelsen för andra. Indexen ger – om man så vill – således, kort och gott, ett mått på *livsstilens betydelse för hälsan* (där *livsstilen* definieras som kost- och motionsvanor och där *hälsan* definieras som avsaknad av ohälsosam viktuppgång, diabetes typ 2, hjärtinfarkt, högt blodtryck, stroke/slaganfall, cancer samt benskörhet; det vill säga studiens samtliga inkluderade sjukdomstillstånd).

Beslutet att analysera deltagarnas uppfattningar delvis i form av index har dock medfört att mycket av datamaterialets detaljer ”gått förlorade” i och med sammanslagningen till summaindex; variationerna mellan enskilda, specifika uppfattningar ”försviner” i och med att dessa kombinerats till en enda, allmängiltig uppfattning.

Genom beräkningen av summaindex exkluderades de enkäter som innehöll ett eller flera fall av obesvarade frågor (interna bortfall) eller svarsalternativ av typen ”Ingen uppfattning”. Det resulterade i att 77 procent (n=125) respektive 66 procent (n=107) av stickprovets 162 deltagare inkluderades i analyserna (beroende på frågeställning/analys). Denna exkludering bedöms dock inte äventyra resultatet då 77 respektive 66 procent trots allt bedöms som en tillfredsställande stor andel, samt att ingen systematik har kunnat skönjas i förekomsten av de

interna bortfall/”Ingen uppfattning” som föranledde exkluderingen; dessa bedöms därmed vara slumpmässiga.

5.2. Resultatdiskussion

5.2.1. *Livsstilens betydelse varierar beroende på sjukdomstillstånd*

Resultaten visar att majoriteten av människorna i Göteborgs kommun är av uppfattningen att såväl kost- som motionsvanor spelar stor roll för uppkomsten av angivna sjukdomstillstånd. Kopplat till Näslund & Fredriksons studie (1993), där man fann starka samband mellan människors subjektiva uppfattningar och det faktiska beteendet, indikerar resultaten att majoriteten av människorna i Göteborgs kommun också lever relativt hälsosamt. Dock behöver så inte vara fallet då det samtidigt har visat sig att sambandet mellan attityder och beteende ofta är svagt (Bohner & Wänke, 2002). Det är den kognitiva komponenten som undersökts, medan den affektiva komponenten exkluderas. Det kan mycket väl vara så att Göteborgs invånare har ambivalenta attityder där den kognitiva komponenten pekar åt ett håll (att kost- och motionsvanorna är av stor betydelse för hälsan) samtidigt som den affektiva komponenten pekar åt ett annat (att det är jobbigt/tråkigt/ängestfyllt etcetera att efterfölja hälsosamma kost- och motionsvanor) (Andersson, 2002). Resultaten indikerar därmed att den kognitiva komponenten – de subjektiva uppfattningarna – inte verkar utgöra hinder för ett hälsosamt leverne bland de deltagare som är positiva till livsstilens betydelse. Hinder för hälsosamt leverne skulle istället kunna utgöras av att den affektiva komponenten av attityden inte är i balans med den kognitiva, att de ”upplevda hindren” är för stora, alternativt att det råder brist på kunskap gällande vad ”hälsosamma” kost- och motionsvanor innebär. Dessa potentiella hinder utgörs dock endast av spekulationer. Vidare forskning krävs, dels för att fastställa hur Göteborgs kommuns invånare faktiskt lever (med avseende på kost- och motionsvanor) och dels för att fastställa vilka faktorer som avgör hur människorna i Göteborgs kommun handlar i hälsorelaterade frågor.

Viktigt att belysa är dock att en betydande andel av urvalsgruppen faktiskt angett att kostens respektive motionens betydelse för några av de angivna sjukdomstillstånden är begränsad. Det gäller framförallt sjukdomstillstånden cancer, benskörhet samt stroke/slaganfall. För att underlätta det hälsopromotiva arbetet är det viktigt att gå till botten med vad det är som gör att just dessa sjukdomstillstånd bedöms som svåra att påverka. Kost hamnar näst högst upp på listan, strax efter rökning, över de teoretiskt sett påverkbara faktorerna i preventionen mot cancer (World health organization, 2003). Vidare beräknas cirka 25 procent av alla nya cancerfall i världen kunna härledas till fysisk inaktivitet och övervikt (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Mot denna bakgrund, samt att cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen, 2011), ter det sig märkligt att cancer är det sjukdomstillstånd som deltagarna anser vara svårast att påverka med kost och motion. En stor del av sambandet mellan kost och cancer, liksom det mellan motion och cancer kan tillskrivas övervikt/fetma (World health organization, 2003; World cancer research fund/American institute for cancer research, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008). Deltagarna är tämligen

eniga om att risken att drabbas av övervikt/fetma ("ohälsosam viktuppgång") till stor del går att påverka genom sina kost- och motionsvanor. Kanske har information gällande kostens respektive motionens inverkan på uppkomsten av övervikt/fetma nått fram till befolkningen medan kopplingen mellan övervikt/fetma och cancer inte nått fram lika tydligt. Oavsett förklaring är det av stor vikt för hälsoarbetet (såväl sjukdomsprevention som ren promotion) att finna effektiva tillvägagångssätt för att nå ut med hälsobudskap till befolkningen. Vikten av detta blir särskilt påtaglig i skenet av det inte obetydliga antalet deltagare som angett att de helt enkelt inte har någon uppfattning av möjligheten att påverka risken för framförallt diabetes typ 2, benskörhet och cancer. Enligt HBM är människor tänkande, rationellt beslutsfattande varelser som aktivt resonerar sig fram till val (Morrison & Bennett, 2009). Att befolkningen har en adekvat kunskapsbas att grunda sina hälsorelaterade beslut på är således av stor relevans.

5.2.2. Är det "slumpen" som avgör?

Resultaten visar att deltagarna bedömer kostens och motionens betydelse relativt likvärdigt. Det förefaller även vara samma deltagare som angett kostens betydelse som stor, som angett motionens betydelse som stor och vice versa. Resultatet visar således att det finns individer bland de svarande som varken upplever kosten eller motionen som speciellt betydelsefull gällande risken att drabbas av angivna sjukdomstillstånd. Då det finns stark bevisning för att såväl kost- som motionsvanor påverkar risken att drabbas av samtliga angivna sjukdomstillstånd (World health organization, 2003; World cancer research fund/American institute for cancer research, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008) är resultaten oroväckande. Att så pass många anser att de inte, varken genom sina kost- eller motionsvanor, kan påverka risken i någon större omfattning tyder på bristande kunskap. De subjektiva uppfattningarna hos de deltagare som värderar livsstilens betydelse som låg, ligger inte i linje med hur det faktiskt är; att livsstilen *har* stor betydelse. Studien utförd av Institute of European food studies (1998) belyser det faktum att människors subjektiva uppfattningar inte alltid överensstämmer med "verkligheten". Att vissa individer undervärderar livsstilens betydelse (med avseende på kost- och motionsvanor) skulle kunna förklaras med begreppet kontroll-lokus, det vill säga i vilken utsträckning man tror sig kunna påverka sina livsskeenden eller om man står maktlös inför yttre omständigheter (Andersson, 2002). De individer som angett livsstilens betydelse som liten har möjligtvis en högre grad av extern kontroll-lokus, det vill säga att de tror mer på slumpen och att huruvida man drabbas av sjukdom är bortom den egna kontrollen, medan de som angett livsstilens betydelse som stor har en högre intern kontroll-lokus. Underskattning av möjligheterna att påverka risken att drabbas försvårar det hälsopromotiva arbetet. Problematiken blir tydlig i ljuset av HBM och dess fokus på att människors subjektiva bedömningar av hälsa är avgörande för hur man handlar i hälsorelaterade frågor (Andersson, 2002). Individer som uppfattar kostens respektive motionens betydelse som liten är, enligt HBM, därmed mindre benägna att motionera och äta hälsosamt jämfört med de individer som uppfattar kostens respektive motionens betydelse som stor. För framtida forskning finns det ett intresse av att närmare undersöka hur just de individer som undervärderar livsstilens betydelse tänker kring hälsofrågor och huruvida

extern kontroll-lokus utgör förklaring till den låga skattningen av kostens respektive motionens betydelse.

5.2.3. *Optimistic bias – livstilen är mindre viktig för mig än för andra.*

Resultatet visar att majoriteten av deltagarna är av uppfattningen att det föreligger viss skillnad i hur mycket de själva kan påverka sin sjukdomsrisk i jämförelse med hur mycket andra ("människor i allmänhet") kan påverka deras risk. Av de som angett att det föreligger skillnader, är majoriteten av åsikten att andra kan påverka mer än de själva. Detta fenomen skulle kunna förklaras på två sätt: 1) Antingen är deltagarna av uppfattningen att deras egen risk att drabbas av sjukdomstillstånd är *hög*, men anser inte att de själva kan påverka denna risk lika mycket som andra kan, eller 2) så är deltagarna av uppfattningen att risken att personligen drabbas av angivna sjukdomstillstånd är *låg* (och därmed blir kostens- och motionens betydelse för den egna hälsan mindre viktig), samtidigt som andras risk att drabbas är hög, varför betydelsen av deras kost- och motionsvanorna uppfattas större. Den senare förklaringen är den mest troliga, på grund av fenomenet optimistic bias som inbegriper människors tendens att överskatta sannolikheten för andra att drabbas av negativa utfall och samtidigt underskatta sannolikheten att själva drabbas (Shepherd & Raats, 2006). Resultatet av studien som genomfördes av Fagerlin, Zikmund-Fisher & Ubel (2007) visar att människor är mer benägna att vidta handling gentemot en risk när de känner att risken att personligen drabbas är över genomsnittet. Att många individer bedömer risken för andra att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar som större än den personliga risken att drabbas, (enligt förklaring "nummer två" ovan) innebär således att benägenheten att vidta handling (i detta fall motionera och äta hälsosamt) minskar för dessa individer. Om så är fallet är det av stor vikt att, i det hälsopromotiva arbetet, fokusera på att motverka optimistic bias när det gäller livsstilsrelaterade sjukdomar. Vidare forskning är dock nödvändig för att fastställa att "förklaring nummer två" stämmer, det vill säga att Göteborgs invånare verkligen bedömer risken att drabbas av angivna sjukdomstillstånd som lägre än genomsnittets och att uppfattningarna gällande den personliga betydelsen av hälsosamma kost- och motionsvanor således minskar.

5.3. Konklusion

Resultaten visar att människor i Göteborgs kommun generellt sett är av uppfattningen att såväl kost- som motionsvanor är av stor betydelse för uppkomsten av angivna sjukdomstillstånd. Dock är det en betydande andel av deltagarna som inte anser att de, genom sina kost- respektive motionsvanor, kan påverka sin risk att drabbas av cancer, benskörlhet och stroke/slaganfall i någon större utsträckning. En möjlig förklaring till att just cancer, benskörlhet och stroke/slaganfall bedöms svåra att påverka skulle kunna vara att information gällande kopplingen mellan kost/motion och dessa tillstånd inte nått fram till "allmänheten" i tillräcklig grad. Resultaten visar även att deltagarna bedömer kostens och motionens betydelse relativt likvärdigt. Det förefaller vara samma deltagare som angett kostens betydelse

som stor, som angett motionens betydelse som stor och vice versa vilket innebär att det finns individer bland de svarande som varken upplever kost eller motion som speciellt betydelsefull gällande risken att drabbas av angivna sjukdomstillstånd. En möjlig förklaring till dessa individers låga skattning av kostens respektive motionens betydelse är att de tror mer på slumpen än på den egna möjligheten att påverka, det vill säga att kontrollen placeras extern istället för internt. Vidare visar studien att en betydande andel av deltagarna anser att de själva, via sina kost- och motionsvanor, kan påverka sin risk att drabbas av angivna sjukdomstillstånd mindre än människor i allmänhet – en upptäckt som skulle kunna förklaras med fenomenet optimistic bias.

5.4. Implikation

Att människorna i Göteborgs kommun generellt sett verkar vara av uppfattningen att kost och motion har stor betydelse för hälsan ger en indikation på att andra delar, än de kognitiva/kunskapsmässiga uppfattningarna, bör prioriteras i hälsoarbetet. För de flesta deltagare verkar de ”upplevda fördelarna” vara stora vilket antyder att det hälsopromotiva arbetet istället bör fokusera på att minska de ”upplevda hindren” och arbeta med de affektiva delarna hos dessa individer. Studiens resultat belyser dock även vikten av att fokusera på de individer som överlag skattar livsstilens betydelse som låg för hälsan (med avseende på angivna sjukdomstillstånd). Dessa individer skulle kunna sägas tillhöra en så kallad ”riskgrupp” där det verkar finnas ett större behov av att arbeta med kunskapsmässiga faktorer än för de som angett livsstilens betydelse för hälsan som stor. Det finns relativt stora skillnaderna mellan sjukdomstillstånden och hur människor upplever möjligheterna att påverka sin risk att drabbas. Dessa skillnader antyder att det finns ett behov av att, i det hälsopromotiva arbetet, utforma strategier för att effektivt nå fram med hälsobudskap som fokuserar på vissa specifika sjukdomstillstånd. Hälsobudskapen bör till stor del fokusera på sambandet mellan kost/motion och de sjukdomstillstånd som av deltagarna upplevs som svåra att påverka. Framförallt handlar det om sambandet mellan kost/motion och cancer men även sambandet mellan kost/motion och benskörhet respektive stroke/slaganfall. Att majoriteten av deltagarna anser att kost och motion är av större betydelse för andras hälsa, än för deras egen medför svårigheter i det hälsopromotiva arbetet. Det är svårt att förändra människors levnadsvanor om de själva underskattar betydelsen av en sådan förändring. Det hälsopromotiva arbetet bör fokusera på att motverka den orealistiska optimism som eventuellt ligger till grund för undervärderingen av den egna livsstilens betydelse.

Vidare forskning krävs, dels för att fastställa hur Göteborgs kommuns invånare faktiskt lever (med avseende på kost- och motionsvanor) och dels för att fastställa vilka faktorer som avgör hur människorna i Göteborgs kommun handlar i hälsorelaterade frågor. För framtida forskning finns det även ett intresse av att kvalitativt undersöka *hur* de individer tänker, som angett såväl kostens som motionens betydelse som låg. Även huruvida extern kontroll-lokus är en förklaring till den låga skattningen av kostens respektive motionens betydelse bör utforskas. Slutligen är det av intresse för vidare forskning att undersöka huruvida en betydande andel av Göteborgs invånare verkligen bedömer risken att drabbas av de angivna

sjukdomstillstånden som lägre än genomsnittets, vilket alltså kan medföra att uppfattningarna gällande betydelsen av de egna kost- och motionsvanorna minskar.

6. Referenser

- Andersson, S. I. (2002). *Hälsopsykologi: En introduktion*. Lund: Sanitas.
- Bohner, G., & Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitude change*. Hove: Psychology press limited.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Göteborgs stad (2012). *Statistisk årsbok 2012: Statistisk årsbok Göteborg 2012*. Hämtad 2012-05-17 från <http://www4.goteborg.se/prod/sk/statistik/statistikR5.nsf/>
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker.
- Jarlbro, G. (1997). *Rädsla för mat – svenskars bedömning av hälsorisker*. Ingår i S. Holmberg & L. Weibull (Red.), *Ett missnöjt folk?* (SOM-rapport nr 18) (s. 235-243). Göteborg: SOM-institutet.
- Fagerlin, A., Zikmund-Fisher, B. J., & Ubel, P. A. (2007). “If I’m better than average, then I’m ok?”: comparative information influences beliefs about risk and benefits. *Patient Education and Counseling*, 69, 140-144.
- Livsmedelsverket (2012). *Maten och vår hälsa*. Hämtad 2012-05-15 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maten-och-var-halsa/>
- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson education limited.
- Näslund, G. K., & Fredrikson, M. (1993). Health behavior, knowledge and attitudes among Swedish university students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 197-211.
- Näslund, G. K., Fredrikson, M., Helénus, M., & de Faire, U. (1996). Determinants of compliance in men enrolled in a diet and exercise intervention trial: a randomized, controlled study. *Patient Education and Counseling*, 29, 247-256.
- Shepherd, R., & Raats, M. (Red.) (2006). *The psychology of food choice*. Wallingford: CABI publishing.

Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics: For the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill.

Socialstyrelsen (2011). Dödsorsaker 2010: Causes of death 2010 (2011-7-6). Hämtad 2012-05-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-7-6>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling* (165/1). Hämtad 2012-05-22 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/osteoporos_oktober/fulltext/vol1.pdf

Statens folkhälsoinstitut (2005). *Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv* (R 2005:8). Hämtad 2012-05-14 från <http://www.fhi.se/PageFiles/3497/r2005-08-svensk-folkhalsohistoria.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa* (2006:13). Hämtad 2012-05-15 från http://www.fhi.se/PageFiles/3358/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf

Statens folkhälsoinstitut (2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (2008:4). Hämtad 2012-05-15 från <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>

Statens folkhälsoinstitut (2012). *Prevention och hälsofrämjande arbete – en viktig pusselbit för ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem*. Hämtad 2012-05-14 från <http://www.fhi.se/Folkhalsostamman2012/Program/Plenarsessioner/Prevention-och-halsoframjande-arbete/>

Statistiska centralbyrån (2012a). *Hitta statistik: Befolkning*. Hämtad 2012-05-18 från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tophi&xu=90148001&huvudtabell=BefolkningNy&deltabell=K1&deltabellnamn=Folkm%20E4ngden+efter+kommun%2C+civilst%20E5nd%2C+%E5lder+och+k%20F6n%2E+%C5r&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&innehall=Folkmangd&starttid=1968&stopptid=2011&Prodid=BE0101&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1>

Statistiska centralbyrån (2012b). *Folkmängd efter ålder*. Hämtad 2012-05-21 från http://www.ssd.scb.se/databaser/igraph/MakeGraph.asp?gr_type=1&gr_width=600&gr_height=400&gr_fontsize=10&menu=y&PLanguage=1&pxfile=tmp20125201734311BE0101N1p1.px&wonload=600&honload=400&rotate=

Statistiska centralbyrån (2012c). *Hitta statistik: Allmän statistik*. Hämtad 2012-05-21 från <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tophi&xu=90148001&huvudtabell=IntGr1Kom&deltabell=K2&deltabellnamn=2%2E+Statistik+med+inriktning+mot+arbetsmarknaden%2E+F%20F6rdelning+efter+kommun+och+%E5lder%2E+%C5r&omradekod=AA&omr>

[adetext=Allm%E4n+statistik&preskat=O&innehall=Int1&starttid=1997&stopptid=2010&Prodid=AA0003&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1](#)

Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 440-443.

World health organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* (TRS 916). Hämtad 2012-05-15 från http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf

Information

Denna enkät är en del i en studie som genomförs av studenter på Hälsopromotionsprogrammet vid Göteborgs universitet. Studien syftar till att undersöka människors uppfattningar kring livsstil, risker och sjukdomar.

Studien omfattar ungefär 150 individer inom Göteborgs kommun. I och med Er närvaro på denna plats, vid denna tid, är Ni kvalificerad att delta i studien. Era svar är mycket värdefulla för studiens slutresultat och precision.

Besvarandet av enkäten sker konfidentiellt. Era svar kan inte kopplas till Er som person och kommer nyttjas endast i linje med studiens syfte. Resultatet av studien redovisas i rapportform i Göteborgs universitets regi.

Besvarandet av enkäten är frivilligt. Ni kan när som helst avbryta Ert deltagande men det är av stor vikt för studien.

Tack för Er medverkan – den är mycket betydelsefull.

Vid frågor eller synpunkter gällande studien eller enkäten, vänligen kontakta Anders Johansson via gusjohanec@student.gu.se.

.....
Anders Johansson
student Hälsopromotionsprogrammet, inriktning kostvetenskap.

.....
Kajsa Klashed
student Hälsopromotionsprogrammet, inriktning idrottsvetenskap.

Instruktion

Enkäten består av två delar. Den första delens frågor behandlar Er nuvarande livssituation. Den andra delens frågor behandlar Era uppfattningar gällande livsstil, risker och sjukdomar.

Vänligen besvara enkäten eskilt – diskutera inte med andra medan Ni svarar.

Svara genom att kryssa för eller ringa in det värde Ni anser passa Er situation eller personliga uppfattning bäst. Kryssa för/ringa in endast *ett* alternativ vid varje fråga.

Frågorna i enkätens andra del är **mycket lika varandra** – vänligen läs frågan **noggrannt** innan Ni svarar för att säkerställa att Ni svarar på "rätt" sak.

Enkät

Del 1

1

Födelseår?	År 19 ____
------------	------------

2

Kön?	Man	Kvinna
	[]	[]

3

Civilstånd?	
Gift	[]
Ogift	[]
Skild	[]
Änka/Änkling	[]

4

Högsta slutförda utbildning?	
Grundskola, folkskola, realskola eller liknande	[]
Gymnasieskola	[]
Högskola eller universitet	[]

5

Huvudsaklig sysselsättning?	
Arbetande som anställd	[]
Egen företagare	[]
Studerande	[]
Pensionär (alla former)	[]
Långtidssjukskriven (> 3 mån)	[]
Tjänstledig eller föräldraledig	[]
Arbetssökande eller i arbetsmarknadspolitisk åtgärd	[]
Hemarbetande; sköter hushållet	[]
Annan:	
.....	[]

6

Boendekommun?	Göteborg	Annan
	[]	[]
Om du svarat Göteborg , vilken stadsdel?		
Angered		[]
Östra Göteborg		[]
Örgryte-Härlanda		[]
Centrum		[]
Majorna-Linné		[]
Askim-Frölunda-Högsbo		[]
Västra Göteborg		[]
Lundby		[]
Västra Hisingen		[]
Norra Hisingen		[]

Del 2

Observera! Vid fråga **7** och **8** efterfrågas dina uppfattningar gällande **människor i allmänhet**.

7 – Människor, kostvanor

Hur mycket tror du att människor - genom sina kostvanor - kan påverka sin risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?								
	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]

8 – Människor, motionsvanor

Hur mycket tror du att människor - genom sina motionsvanor - kan påverka sin risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?								
	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]

Observera! Vid fråga **9** och **10** efterfrågas dina uppfattningar gällande **dig personligen**.

Om du i dagsläget lider av någon av nedanstående sjukdomstillstånd ber vi dig svara utifrån hur stor påverkan du tror kostvanorna respektive motionsvanorna har haft för att du drabbats.

9 – Dig personligen, kostvanor

Hur mycket tror du att du - genom dina kostvanor - kan påverka din risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?								
	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]

10 – Dig personligen, motionsvanor

Hur mycket tror du att du - genom dina motionsvanor - kan påverka din risk att drabbas av följande sjukdomstillstånd?								
	Inte alls	Väldigt lite	Ganska lite	Varken lite eller mycket	Ganska mycket	Väldigt mycket	Helt och hållet	Ingen uppfattning
Ohälsosam viktuppgång	1	2	3	4	5	6	7	[]
Diabetes (typ 2)	1	2	3	4	5	6	7	[]
Hjärtinfarkt	1	2	3	4	5	6	7	[]
Högt blodtryck	1	2	3	4	5	6	7	[]
Stroke/slaganfall	1	2	3	4	5	6	7	[]
Cancer	1	2	3	4	5	6	7	[]
Benskörhet	1	2	3	4	5	6	7	[]