



Föreställningar om hälsa och ohälsa

- en explorativ studie bland unga, medelålders och äldre boende i Stockholms län

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:27

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Pia Åsbring, Jacek Hochwälder
Institutionen för folkhälsovetenskap
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-58-6

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Foto framsidan: Solveig Edlund

Förord

Begreppen hälsa och ohälsa har definierats på många olika sätt i litteraturen. Det finns också skilda uppfattningar om vad som orsakar viss fysisk och psykisk hälsa och ohälsa. I föreliggande rapport beskrivs de föreställningar som gemene man har om (o)hälsa, vilket är ett viktigt komplement till de professionellas förklaringar, eftersom de samexisterar. Föreställningarna om hälsa är av särskilt intresse, då det finns en brist på sådan kunskap.

Rapporten bidrar bland annat med kunskap om människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården samt om hur hälsan skattas i olika åldersgrupper. Ett centralt resultat, som visas i undersökningens alla delar, är sambandet mellan den fysiska och psykiska hälsan. Det psykosomatiska perspektivet behöver således fokuseras i ökad omfattning inom såväl hälso- och sjukvården som folkhälsoarbetet. Det visas också att de unga vuxna hade fler psykosomatiska besvär, en sämre psykisk hälsa samt lägre social livskvalitet än personer i de övriga åldersgrupperna liksom att kvinnorna, i synnerhet de unga kvinnorna, hade en sämre fysisk och psykisk hälsa samt psykisk livskvalitet än de unga männen. Det finns således en ojämlikhet i hälsa mellan åldersgrupperna och könen.

Faktoranalysen visade att människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården kan beskrivas i sex dimensioner: vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, hälso-egenmakt, jämlikhet och alternativmedicin. Det är viktigt att göra fördjupade studier bland annat om vad dessa aspekter har för vidare innebörd för människor.

Människors vardagliga föreställningar om vad som har betydelse för deras hälsa är av vikt att beakta i synnerhet av vårdgivare för att underlätta relationen mellan patient och vårdgivare. Med en sådan kunskap kan det också bli lättare för vårdgivaren att exempelvis motivera individen att inta ett mer hälsomedvetet förhållningssätt eller att stärka handlingskraften i förhållande till eventuella problem. I undersökningen visas att egenmakt, hälsomedveten livsstil, livsbalans och livsinställning är centrala teman i människors föreställningar om hälsan. Som ett komplement till den traditionella inriktningen i folkhälsoarbetet mot livsstilsfrågor, skulle man kunna fokusera på samtliga dessa aspekter. Det skulle vara en hälsosatsning i en mer holistisk anda. Hälso- och sjukvårdens aktörer skulle även kunna ha en viktig roll att fylla när det gäller att lyfta fram betydelsen av dessa aspekter för hälsan, för att leva upp till devisen om en "hälsofrämjande hälso- och sjukvård".

Vår förhoppning är att denna rapport kan bidra med fördjupad kunskap om människors föreställningar om hälsa och ohälsa och särskilt om de samband som beskrivs finnas mellan den psykiska och fysiska hälsan. Att även beakta lekmäns uppfattningar om hälsa och ohälsa innebär att vi har ett nytt perspektiv att ta hänsyn till i folkhälsoarbetet.

Rapporten är utförd på uppdrag av HSN-förvaltningen. Författarna står själva för innehåll och slutsatser.

Stockholm i december 2010

Catharina Barkman, Utvecklingschef
Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
Stockholms läns landsting

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	7
2	Bakgrund.....	7
2.1	Hälsobegreppet	7
2.2	Hälsan i befolkningen	8
2.3	Teoretisk ram - sociala representationer	9
2.4	Vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa	9
3	Syfte och frågeställningar	11
3.1	Syfte	11
3.2	Frågeställningar	11
4	Metod	12
4.1	Deltagare.....	12
4.2	Variabler	12
4.3	Demografiska variabler.....	12
4.4	Föreställningar om hälsa, ohälsa och vården	13
4.5	Indikatorer på hälsa och ohälsa med hjälp av självskattningar	14
4.6	Procedur.....	15
4.7	Analyser	15
5	Resultat av de statistiska analyserna	18
5.1	Föreställningar om hälsa, ohälsa och vården	18
5.2	Indikatorer på hälsa och ohälsa med hjälp av självskattningar	20
5.3	Skillnader mellan unga vuxna och övriga åldersgrupper med avseende på självskattningar av hälsa och ohälsa	24
5.4	Korrelationskoefficienter	28
5.5	Regressionsanalyser.....	30
6	Resultat av den tematiska analysen av de öppna frågorna.....	38
6.1	Övergripande resonemang.....	38
6.2	Aspekter som upplevs ha betydelse för psykisk och fysisk (o)hälsa.....	39
6.3	Syntes.....	50
7	Sammanvägt resultat	51

8	Sammanfattande resultatdiskussion.....	52
8.1	Diskussion i förhållande till faktoranalysen.....	52
8.2	Diskussion i förhållande till övriga statistiska analyser.....	54
8.3	Diskussion i förhållande till den tematiska analysen.....	55
8.4	Allmän diskussion.....	57
9	Fortsatt arbete.....	59
10	Slutsatser.....	61
11	Referenser.....	62

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården (hälso- och sjukvård och alternativmedicin) samt hur dessa föreställningar förhåller sig till självskattningar av fysisk och psykisk (o)hälsa och livskvalitet samt hur demografiska faktorer samverkar med dessa variabler. Huvudintresset riktas mot unga vuxna mellan 18-30 år, men även personer mellan 31-80 år inkluderas i undersökningen. I syfte att anlägga ett helhetsperspektiv studerades olika åldersgrupper samt både fysiska och psykiska ohälsa- och hälsoaspekter. Såväl kvalitativa som kvantitativa analysmetoder användes.

Studien baseras på en enkät som Statistiska centralbyrån skickade ut hösten 2008 till 4 000 slumpmässigt utvalda personer bosatta i Stockholms län (2 000 personer i åldersgruppen 18-30 år och 2 000 personer i åldersgruppen 31-80 år). Totalt 1425 personer besvarade enkäten, 60 % kvinnor och 40 % män. Enkäten bestod av ett antal specifika frågor, olika mätinstrument och några öppna frågor. Tre grupper av variabler undersöktes: demografiska variabler, vardagliga föreställningar om hälsa, ohälsa och vården, samt självskattningar av olika hälsoparametrar.

En faktoranalys visade att människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården kan beskrivas i sex dimensioner: *vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, hälso-egenmakt, jämlikhet* och *alternativmedicin*.

Resultaten visade också att de unga vuxna lider av en högre grad av psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa samt har en lägre grad av psykisk och social livskvalitet än deltagarna i de övriga åldersgrupperna. Dessutom uppgav de unga kvinnorna ett sämre fysiskt tillstånd, en högre grad av psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa och en lägre grad av psykisk livskvalitet än de unga männen i studien. Det finns således en ojämlikhet i hälsa såväl mellan åldersgrupperna som mellan könen.

De kategorier som utifrån den tematiska analysen, visade sig vara centrala i beskrivningarna av vad som orsakar fysisk och psykisk hälsa och ohälsa är: *fysiska aspekter, livsstilsaspekter, psykiska aspekter, sociala aspekter, fritidsaspekter, arbets- och studie-aspekter, behandlingsaspekter, övriga aspekter* samt *multifaktoriella aspekter*. Oftast var det inte en enskild händelse som uppfattades orsaka ohälsa eller hälsa, utan flera olika samverkande faktorer. Några centrala övergripande teman som beskrevs ha en inverkan på hälsan kunde urskiljas: *egenmakt, hälsomedveten livsstil, livsbalans* och *livsinställning*.

Ett centralt resultat, som visas i både de statistiska och i de tematiska analyserna, är sambandet mellan den fysiska och psykiska hälsan, vilket visar att det psykosomatiska perspektivet behöver fokuseras och användas i ökad omfattning inom såväl hälso- och sjukvården som inom folkhälsoarbetet.

1 Inledning

När man strävar efter att främja hälsan i befolkningen är det viktigt att anlägga ett brett perspektiv på hälsa och ohälsa. I föreliggande studie ligger ett särskilt fokus på unga vuxna boende i Stockholms län mellan 18 och 30 år, men även personer i åldersgruppen mellan 31 och 80 år ingår i studien. Såväl ohälsoparametrar som hälsoparametrar har undersökts både när det gäller deltagarnas psykiska och fysisk hälsa. Både kvantitativa och kvalitativa analysmetoder har använts. Syftet med studien var att ta reda på och beskriva människors vardagliga föreställningar om olika hälsorelaterade frågor såsom orsaker till hälsa och ohälsa och hälsorelaterade beteenden. Studien är i sin utformning explorativ.

Studier av människors föreställningar har fått ett antal alternativa benämningar så som exempelvis "folk psychology", "naive psychology", "lay theories", och "implicit theories" (se t.ex. Fletcher, 1995; Heider, 1958; Hochwälder, 2000; Kelley, 1992; Wegner & Vallacher, 1977). Inom fältet har man undersökt skilda fenomen såsom vardagliga föreställningar om vad som menas med t.ex. intelligens, kreativitet, vishet (Sternberg, 1985; Sternberg m.fl., 1981) moral (Hochwälder, 1997), personlighet (Hochwälder, 1996; Schneider, 1973), neuroticism (Furnham, 1984), och patogener (Werbart m.fl., 2002; Werbart & Levander, 1998). Människors föreställningar styr delvis deras beteenden och dessa beteenden får olika konsekvenser för hälsan. I föreliggande studie har undersökts vilka komponenter som är centrala i människors föreställningar om vad som är av betydelse för att bibehålla hälsa och motverka ohälsa. De framtagna komponenterna har även relateras till olika (o)hälsoundikatorer såsom självskattad fysisk ohälsa, psykisk ohälsa och livskvalitet. Som bakgrundsfaktorer har ett antal demografiska variabler inkluderats, såsom kön, ålder och sysselsättning. I nästa avsnitt kommer hälso- och ohälsobegreppet att belysas samt hälsoläget i befolkningen. Därefter beskrivs den teoretiska ramen som använts och slutligen redovisas tidigare studier och den forskning som gjorts inom området.

2 Bakgrund

2.1 Hälsobegreppet

Hälsa har definieras på många olika sätt, som ett tillstånd, en upplevelse, en resurs eller en process (Medin & Alexandersson, 2000). WHO:s definition av hälsa från 1948 (som sedermera har reviderats) är väl känd: "Hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionshinder". Hälsa kan också ses som en balans mellan en persons mål och handlingsförmåga (Nordenfelt, 1991). Det kan även betraktas som det normala tillståndet som vi inte reflekterar över eftersom vi förutsätter att det ska vara så ("hälsan tiger still") eller som Eriksson (1996) uttrycker det, något "ursprungligt och naturligt". Hälsa utifrån ett holistiskt perspektiv, där människan ses som en helhet, kan kontrasteras mot ett biomedicinskt synsätt på hälsa. Bäckman (1989, s. 40) beskriver hälsa utifrån ett holistiskt-/helhetsperspektiv:

Hälsa är inte avsaknad av sjukdom, utan ett dynamiskt och harmoniskt jämviktstillstånd mellan de inre och yttre faktorerna hos individen. Den helhet som dessa del-faktorer bildar bestämmer individens plats på hälsa-sjukdoms-kontinuumet.

Bäckman (ibid.) menar således att människans hälsa är mer än endast frånvaro av sjukdom och refererar till Antonovsky (1991) som skriver att hälsa och välbefinnande kan ses som ett tillstånd av självförverkligande och att man behöver en konstruktiv livskraft och flexibilitet för att kunna hantera olika livssituationer. Antonovsky (1979) betonar, liksom Bäckman (1989), att hälsan inte är konstant utan att vi hela tiden rör oss mellan ytterligheterna helt frisk och mycket sjuk.

Psykisk hälsa som begrepp har definierats på olika sätt. En definition (Bergsten Brucefors m. fl., 2003) inbegriper följande aspekter: 1) att kunna utveckla och hävda en egen integritet, 2) att kunna upprätthålla och bibehålla sociala relationer, 3) att ha tillgång till varierande psykiska förhållningssätt samt 4) att ha medvetenhet om och tilltro till sina egna resurser. Begreppet psykisk ohälsa är ofta brett använt och kan omfatta allt från självrapporterade psykiska symtom såsom oro, nedstämdhet och stress till svåra psykiska sjukdomar.

2.2 Hälsan i befolkningen

Hur står det då till med hälsan i befolkningen? År 2005 bedömde två tredjedelar av kvinnorna och tre fjärdedelar av männen i Stockholms län sitt hälsotillstånd som gott eller mycket gott (Stockholms läns landsting, 2006). Männen bedömde således sin allmänna hälsa som bättre än kvinnorna. Den självskattade hälsan i åldersgruppen 18-24 år har försämrats, i synnerhet sedan år 1990 (Stockholms läns landsting, 2007). År 1990 uppgav 5 % av de unga kvinnorna en hälsa som var sämre än medelgod jämfört med 22 % år 2006. Motsvarande siffra för de unga männen var 10 % år 1990 och 17 % år 2006. Oron för den egna hälsan har också ökat väsentligt i åldersgruppen 16-29 år (Ungdomsstyrelsen, 2007). De psykosomatiska symtomen (ont i magen, ont i huvudet etc.) har ökat stadigt sedan 1980-talets mitt, framförallt bland de unga kvinnorna (ibid.).

Den psykiska hälsan i befolkningen beskrivs generellt sett vara sämre än den fysiska hälsan. 34 % av kvinnorna respektive 24 % av männen i åldern 18-84 år hade, enligt en undersökning som genomförts i Stockholms län för några år sedan, ett nedsatt psykiskt välbefinnande (Stockholms läns landsting, 2006). Den psykiska hälsan bland unga människor har försämrats i synnerhet jämfört med i början av nittioalet (Socialstyrelsen, 2008; Statistiska centralbyrån, 2005; Stockholms läns landsting, 2007). Socialstyrelsen (2008) redovisar en ökning av självrapporterad ångslan, oro och ångest bland unga mellan 16-24 år samt fler självmordsförsök bland äldre tonåringar. Unga kvinnor rapporterar generellt sett en sämre psykisk hälsa än männen. Ungdomsstyrelsen (2007) har visat att 26 % av männen och 41 % av kvinnorna mellan 16-29 år ofta anser sig vara stressade. Om man ser till livskvaliteten i befolkningen beskrivs den vara sämst bland de unga mellan 16-29 som är arbetslösa/befinner sig i åtgärd eller är utrikes födda (ibid.).

2.3 Teoretisk ram - sociala representationer

I föreliggande studie har som teoretisk ram använts teorin kring ”sociala representationer”. Moscovici har myntat detta begrepp (Farr & Moscovici, 1984), som är ett användbart tanke-system när man studerar människors vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa. Intresset riktas här mot hur orsaker, objekt och händelser uppfattas och tolkas av individer och hur dessa tolkningar reflekteras i deras föreställningar och handlingar (Marková & Farr, 1995). I synnerhet har man inom ramen för teorin om sociala representationer intresserat sig för hur människor uppfattar orsaker till ohälsa och olika hälsorisker. Med en representation avses en individs inre konstruktion av verkligheten (avseende t.ex. hälsa och sjukdom) som innefattar kognitiva aspekter (kunskap, tankar och föreställningar) liksom affektiva aspekter (känslor, upplevelser och erfarenheter). De affektiva aspekterna är relaterade till jaget till skillnad från de kognitiva som är relaterade till allmän kunskap. Hall (1997, p.61) menar att de sociala representationerna innefattar en process där man använder språket för att skapa mening kring ett fenomen. Det finns således inga objekt, människor eller händelser som har en sann eller slutgiltig mening. De sociala representationerna behövs för att människan ska kunna orientera sig och kommunicera, genom att benämna olika delar av den egna världen och den de delar med andra. Chaib (1991, s. 5) skriver om sociala representationer utifrån Moscovici’s teori:

För att anpassa sig till omvärlden måste människan skapa – konstruera – vad som har kommit att kallas representationer. Människan lever emellertid inte isolerad i sin omvärld och framförallt inte i ett socialt tomrum. Individens erfarenheter av omvärlden delas – i konvergens eller i konflikt – med andra individer. Representationerna är sålunda sociala. Deras förekomst förutsätter alltid ett tillstånd av kommunikation mellan olika individer. Det är en förutsättning för gruppens möjlighet att tillsammans definiera olika aspekter av sin miljö och tolka dess symboliska referenser för att slutligen ta ställning till olika fenomen i vardagslivet.

2.4 Vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa

Det hör således till människans natur att tolka och ge mening åt olika företeelser i livet. I föreliggande studie har människors vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa undersökts. Föreställningar kan beskrivas som ’erfarenheter och sociala värderingar som integreras till en given bild’ (Olin Lauritzen, 1997, s.11). Ålder, kulturell tillhörighet, social klass, utbildning, yrke m.m. har betydelse när föreställningar formas och varierar också med individens livssyn och aktuellt hälsotillstånd. Människors vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa brukar också benämnas lekmanaföreställningar. Det handlar om lekmäns förståelse för och förklaringar till hälsa och ohälsa i vardagslivet, till skillnad mot förståelsen av hälsa utifrån ett professionellt perspektiv. Det professionella perspektivet, som också kan kallas det auktoriserade perspektivet, har sitt ursprung i vetenskapliga kunskaper, teorier om och definitioner av sjukdom (Hansson Scherman, 1998). Det vardagliga perspektivet

vilar på erfarenheter av sjukdom (ibid.). Lekmannen har egna idéer om hälsa, sjukdom och behandling och gör utifrån dessa idéer sina egna ställningstaganden (jmf. Calnan, 1987). Människors vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa är, enligt Olin Lauritzen (1997, 2001), antingen hämtade från det medicinska kunskapsfältet eller är kulturellt formade. De kan påverkas av såväl filosofiska, magiska, religiösa som vetenskapliga uppfattningar (Malmquist, 2000). Tamm (1989) menar att varje persons upplevelse av hälsa och sjukdom är av temporär karaktär, men att vissa aspekter är allmängiltiga och hållbara över tid:

När vi undersöker en individs eller en grupp av individers uppfattningar och föreställningar om hälsa respektive sjukdom måste vi vara medvetna om att vi vid undersökningstillfället "gör ett snitt" i en ständigt pågående process. (Tamm, 1989, s.9)

Nära förbundet med orsakstänkandet är skuld- och ansvarsfrågan (Hansson Scherman, 1998). Utifrån tanken att människan själv är ansvarig för sin hälsa, t.ex. genom sitt levnads-sätt, kan den sjuke göras ansvarig för sin sjukdom och skuldbeläggas. Om orsakerna istället förläggs till omvärlden avlastas personen från ansvar och skuld.

3 Syfte och frågeställningar

3.1 Syfte

Det huvudsakliga syftet med studien var att ta reda på hur boende i Stockholms län beskriver sina vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa och vården¹ samt hur dessa föreställningar relaterar till olika självskattningar av fysisk och psykisk (o)hälsa samt livskvalitet. Ett annat syfte var att ta reda på hur demografiska faktorer samverkar med dessa variabler. Könsskillnader har särskilt beaktats. Huvudintresset riktas mot unga vuxna mellan 18-30 år, men även personer mellan 31-80 år inkluderas i undersökningen.

3.2 Frågeställningar

1. Vilka faktorer föreligger i människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården?
2. Vilka skillnader finns det mellan unga vuxnas och äldre personers föreställningar om hälsa, ohälsa och vården, liksom mellan könen?
3. Vilka skillnader finns det mellan unga vuxna och äldre personer när det gäller självskattad hälsa respektive ohälsa, liksom mellan könen?
4. Vilken relation finns mellan föreställningar om hälsa, ohälsa och vården och självskattad hälsa respektive ohälsa?
5. Vilka orsaker till egen fysisk och psykisk hälsa och ohälsa beskrivs av deltagarna i studien?

¹ Begreppet ”vården” innefattar här såväl konventionell hälso- och sjukvård som annan typ av vård som ligger utanför denna arena, såsom alternativmedicinsk vård/behandling.

4 Metod

4.1 Deltagare

I föreliggande studie deltog totalt 1 425 slumpmässigt utvalda personer i åldrarna 18 – 80 år bosatta i Stockholms län. I tabell 1 beskrivs deltagarna med avseende på följande sex demografiska variabler: ålder, kön, födelseort, civilstånd, utbildning och sysselsättning.

Tabell 1. Beskrivning av undersökningsgruppen med avseende på bakgrundsvariabler i termer av procent och antal (inom parentes)

Bakgrundsvariabler	Alla ^a (18-80 år)	18 - 30 år	31-50 år	51-65 år	66-80 år
Kön					
Kvinna	59.8 (838)	62.3 (319)	61.3 (239)	58.3 (179)	52.2 (97)
Man	40.2 (564)	37.7 (193)	38.7 (151)	41.7 (128)	47.8 (89)
Födelseort					
Sverige	84.2 (1180)	87.3 (445)	82.1 (321)	82.7 (254)	83.3 (155)
Utomlands	15.1 (221)	12.7 (65)	17.9 (70)	17.3 (53)	16.7 (31)
Civilstånd ^b					
Ensam	26.8 (376)	34.8 (176)	17.4 (68)	24.8 (76)	28.0 (52)
Har en relation	73.2 (1025)	65.2 (333)	82.6 (323)	75.2 (230)	72.0 (134)
Utbildning					
Högst gymnasium	53.7 (750)	57.5 (293)	42.7 (167)	56.4 (172)	62.0 (114)
Universitet / Högskola	46.3 (647)	42.5 (217)	57.3 (224)	43.6 (133)	38.0 (70)
Sysselsättning ^c					
Ej sysselsatt	21.6 (301)	5.5 (28)	6.4 (25)	26.8 (82)	88.2 (164)
Sysselsatt	78.4 (1094)	95.5 (480)	93.6 (363)	73.2 (224)	11.8 (22)

^a Genomsnittsåldern för *hela* undersökningsgruppen var ca. 43 år med en standardavvikelse på ca. 18 år. ^b *Ensam*: ogift/ej sambo, frånskild/separerad, änka/änkling. *Har en relation*: pojkvän/flickvän/särbo, gift/sambo. ^c *Ej sysselsatt*: arbetslös, sjukskriven, förtidspensionerad/sjukpensionerad, ålderspensionerad. *Sysselsatt*: arbetar, studerar, sköter hushållet, tjänstledig (t.ex. föräldraledig), annat (t.ex. militärtjänst).

4.2 Variabler

Den enkät som deltagarna fick besvara bestod av ett antal specifika frågor (t.ex. om födelseort), mätinstrument (som t.ex. mätte livskvalitet) och några öppna frågor. Föreliggande rapport avgränsar sig till att enbart studera följande tre grupper av variabler: demografiska variabler, vardagliga föreställningar om hälsa, ohälsa och vården, samt självskattningar av hälsa.

4.3 Demografiska variabler

Sex demografiska variabler undersöktes: ålder, kön, födelseort, civilstånd, utbildning, och sysselsättning. *Ålder* mättes som en kontinuerlig variabel, men för vissa analyser gjordes den om till en variabel med fyra kategorier: 18-30 år (unga vuxna), 31-50 år, 51-65 år och 66-80 år. *Kön* angavs genom att sätta kryss i en ruta: ”man” eller ”kvinna”. *Födelseort* angavs genom att sätta kryss i en ruta ”i Sverige” eller ”utomlands”. *Civilstånd* hade fem svarsalter-

nativ som ordnades i två kategorier: "ensam" (ogift/ej sambo, frånskild/separerad, änka/änkling) och "har en relation" (pojkvän/flickvän/särbo, gift/sambo). *Utbildning* hade fyra svarsalternativ som ordnades i två kategorier: "högst gymnasieutbildning" (grundskola eller motsvarande, gymnasieutbildning eller motsvarande, annan utbildning: vilken...?) och "universitet/högskola". *Sysselsättning* hade nio svarsalternativ som ordnades i två kategorier: "ej sysselsatt" (arbetslös, sjukskriven, förtidspensionär/sjukpensionär, ålderspensionär) och "sysselsatt" (arbetar, studerar, sköter hushållet, tjänstledig (t.ex. föräldraledig), annat; t.ex. militärtjänst.

4.4 Föreställningar om hälsa, ohälsa och vården

4.4.1 Frågor med fasta svarsalternativ.

Utgångspunkten var att människor har föreställningar om vad som bidrar till att de är fysiskt och psykiskt friska eller får besvär och blir sjuka. Syftet var att finna de grundläggande faktorerna bakom dessa föreställningar eller, med andra ord, kunna identifiera grundläggande kategorier föreställningar.

De två författarna och en medarbetare började med att förutsättningslöst generera drygt 100 påståenden om vad som kan tänkas bidra till att människor upplever sig fysiskt och psykiskt friska eller får besvär och blir sjuka (t.ex. "Att tänka negativt gör människor sjuka", "Ett aktivt socialt liv gör att man håller sig frisk"), liksom frågor om egna hälsofrämjande strategier (t.ex. "Jag söker själv information för att få tips på hur man ska sköta sin hälsa"). Dessutom inkluderades frågor om hälso- och sjukvården (t.ex. "Jag förlitar mig oftast på det som läkaren säger") och alternativmedicin (t.ex. "Jag tror att akupunktur kan bota många sjukdomar"). Samtliga påståenden granskades av 10 medarbetare² med avseende på relevans och formulering. Efter revidering fick 95 personer (88 kvinnor och 17 män i åldrarna 17 till 88 år, med en genomsnittsålder på 44 år) ange hur pass väl dessa påståenden stämde in på dem på en 5-gradig Likert-skala som sträckte sig från "inte alls" (0) till "helt och hållet" (4). Efter diverse statistiska analyser och med tanke på att inte ha för många frågor till huvudundersökningen behölls 40 frågor.

I huvudstudien användes samma 5-gradiga skala där respondenterna fick skatta hur väl de 40 påståendena stämde in på dem. Utifrån en rad explorativa faktoranalyser kunde de 40 frågorna reduceras till 21 frågor som laddade på sex meningsfulla faktorer. Dessa 21 frågor och de sex faktorerna redovisas i Tabell 2. För fortsatta analyser beräknades för varje individ ett medelvärde för var och en av de sex faktorerna.

² Medarbetarna arbetade vid dåvarande Centrum för folkhälsa inom Stockholms läns landsting.

4.4.2 Frågor med öppna svarsalternativ

För att få en djupare förståelse vad gäller deltagarnas attityder och föreställningar om hälsa och ohälsa ställdes även fyra frågor med öppna svarsalternativ. Syftet med frågorna var att utröna vad människor uppfattar är orsaken till deras fysiska och psykiska hälsa och ohälsa.

4.5 Indikatorer på hälsa och ohälsa med hjälp av självskattningar

Sju variabler - ordnade på tre områden – skattades avseende: fysiskt hälsotillstånd, psykosomatiska besvär (fysisk hälsa), psykiskt hälsotillstånd, generell psykisk ohälsa (psykisk hälsa), samt den fysiska, psykiska, och sociala aspekten av livskvalitet (livskvalitet).

4.5.1 Fysisk hälsa

Fysiskt hälsotillstånd mättes med en fråga, som bl. a. i en variant använts av Hällström m.fl. (2003). Respondenten ombads att besvara följande fråga: ”Hur bedömer du att ditt fysiska hälsotillstånd är för närvarande?”. Svaren gavs på en 5-gradig Likert-skala som gick från ”mycket dåligt” (=0) till ”mycket bra” (=4)

Psykosomatiska besvär mättes med en uppsättning av 16 psykosomatiska besvär (t.ex. svår trötthet, huvudvärk/migrän, magkatarr/magbesvär), frågor som tidigare använts av Theorell (i Al-Saffar, 2003). Respondenten ombads här att besvara följande fråga: ”Har du haft känningar av några av följande besvär under de senaste tre månaderna?”. Svaren gavs på en 4-gradig Likert-skala, som gick från ”inte alls” (=0) till ”alltid” (=3). För varje individ summerades poängen för de 16 besvaren, vilket resulterade i ett teoretiskt minimum på 0 poäng och ett teoretiskt maximum på 48 poäng.

4.5.2 Psykisk hälsa

Psykiskt hälsotillstånd mättes med en fråga som använts av Hällström m.fl. (2003). Respondenten ombads att besvara följande fråga: ”Hur bedömer du att ditt psykiska hälsotillstånd är för närvarande?”. Svaren gavs på en 5-gradig Likert-skala, som gick från ”mycket dåligt” (=0) till ”mycket bra” (=4)

Generell psykisk ohälsa mättes med General Health Questionnaire (GHQ12) som utarbetats av Goldberg och Williams (1988). Instrumentet består av 12 frågor (t.ex. Har du de senaste veckorna känt dig olycklig och nedstämd?). Svaren gavs på en 4-gradig Likert-skala, där värdet 0 stod för frånvaro av symptom och 3 stod för närvaro av symptom. För varje individ summerades poängen för de 12 frågorna, vilket resulterade i ett teoretiskt minimum på 0 poäng och ett teoretiskt maximum på 36 poäng.

4.5.3 Livskvalitet

Livskvalitet mättes med en förkortad version av The Göteborg Quality of Life Scale som ursprungligen utarbetats av Wiklund m.fl. (1990). Instrumentet består av 11 frågor som

antas mäta den fysiska, psykiska och sociala aspekten av livskvalitet. Svaren gavs på en 7-gradig Likert skala, som gick från ”mycket dåligt” (=1) till ”alldeles utmärkt” (=7).

Den fysiska aspekten av livskvalitet mättes med tre frågor om: hälsa, kondition, och aptit. För varje individ beräknades ett medelvärde för dessa tre frågor, ett värde som kunde ligga mellan ett teoretiskt minimum på 0 poäng och ett teoretiskt maximum på 7 poäng.

Den psykiska aspekten av livskvalitet mättes med fyra frågor om: humör, energi, tålamod och självförtroende. För varje individ beräknades ett medelvärde för dessa fyra frågor, ett värde som kunde resultera i ett teoretiskt minimum på 0 poäng och ett teoretiskt maximum på 7 poäng.

Den sociala aspekten av livskvalitet mättes med fyra frågor om: hem och familjesituation, bostad, arbetssituation, och ekonomi. För varje individ beräknades ett medelvärde för dessa fyra frågor, ett värde som kunde anta ett teoretiskt minimum på 0 poäng och ett teoretiskt maximum på 7 poäng.

4.6 Procedur

Enkäten skickades ut senhösten år 2008 av Statistiska centralbyrån till sammanlagt 4 000 slumpmässigt utvalda personer bosatta i Stockholms län. Utskicket bestod av 2 000 enkäter till personer i åldersgruppen 18-30 år och 2 000 enkäter till personer i åldersgruppen 31-80 år. I utskicket ingick ett foljebrev där det bland annat framgick att deltagandet var anonymt och frivilligt. Dessutom bifogades ett frankerat svarskuvert. Efter cirka tre veckor fick samtliga 4000 personer en påminnelse samt en ny enkät och frankerat svarskuvert.

Den slutliga svarsfrekvensen blev 26% (n = 512) för åldersgruppen 18-30 år och 41% (n = 812) för åldersgruppen 31-80 år. Svarsfrekvensen för hela urvalet blev 36% (n = 1425). Av dem som besvarade enkäten var 60% kvinnor och 40% män.

Projektet är granskat av en etikprövningsnämnden i Stockholm och har godkänts (2008/5:7).

4.7 Analyser

Såväl kvantitativa som kvalitativa analyser genomfördes inom ramen för studien. De slutna svarsalternativen i frågeformuläret analyserades med kvantitativa metoder och de öppna svarsalternativen analyserades med kvalitativ metodik.

4.7.1 Statistiska analyser

För att besvara den första frågeställningen, dvs. för att undersöka om människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården kan ordnas i distinkta kategorier användes faktoranalys. Syftet med faktoranalysen kan förenklat sägas vara att sammanfatta ett antal frågor som statistiskt sätt hör ihop till några få utmärkande faktorer (dimensioner/begrepp). I förelig-

gande studie användes en så kallad principal komponent analys med varimax rotering. För en grundläggande beskrivning av faktoranalys se t.ex. Kim och Mueller (1986).

För att besvara den andra frågeställningen dvs. för att undersöka om det förelåg skillnader mellan åldersgrupper och kön när det gäller föreställningar om hälsa, ohälsa och vården gjordes en variansanalys för oberoende mätningar med föreställningar om (o)hälsa och vården som utfallsvariabler. Skillnader mellan åldersgrupper följdes upp med Bonferronis post-hoc test och skillnader mellan män och kvinnor inom åldersgrupperna med oberoende t – test. Genomgående användes 5% som högsta acceptabla signifikansnivå. För en grundläggande beskrivning av variansanalys se t.ex. Hassmén och Koivula (1996).

För att besvara den tredje frågeställningen dvs. för att undersöka om det förelåg skillnader mellan åldersgrupper och könen med avseende på hälsa och ohälsa användes exakt samma statistiska metoder som användes för att besvara den andra frågeställningen (se ovan).

För att besvara den fjärde frågeställningen dvs. vilka relationerna är mellan föreställningar om hälsa, ohälsa och vården och självskattad hälsa respektive ohälsa användes bivariata korrelationskoefficienter och hierarkiska regressionsanalyser. Bivariata korrelationskoefficienter³ används för att uppskatta sambandet mellan två variabler, eller med andra ord, för att studera hur starkt två variabler samvarierar med varandra. Hierarkiska regressionsanalyser används dels för att skatta hur en enskild prediktorvariabel relaterar till utfallsvariabeln och dels för att skatta hur stor del av variationen i utfallsvariabeln som kan förklaras utifrån variationen hos en viss mängd prediktorvariabler. För en grundläggande beskrivning av korrelations- och regressionsanalys se t.ex. Kleinbaum m.fl. (1988).

4.7.2 Kvalitativa analyser

Av de totalt 1425 enkäter som besvarades var det 1240 personer som besvarade någon eller några av de fyra öppna frågor som ställdes i enkäten och som berörde vardagliga föreställningar om fysisk och psykisk hälsa och ohälsa. Samtliga svar skrevs ner ordagrant och samlades i en textfil som kom att bli föremål för en tematisk analys. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och beskriva mönster (teman) i det datamaterial som undersöks (Braun & Clarke, 2006). Ett tema beskriver något betydelsefullt om materialet i förhållande till frågeställningen och kan sägas vara meningsbärare. Analysen syftar till att nå en förståelse på ett övergripande plan, ibland kopplat till en teoretisk nivå. Tillvägagångssättet var först att analysera enkätsvaren för varje enskild fråga för att därefter sammanfatta gemensamma teman fråga för fråga. Därefter inbegrep analysen en rörelse fram och tillbaka över hela datamaterialet för att finna övergripande mönster/kategorier som omfattade samtliga frågor. De teman som identifierades reviderades tills dess att de kändes relevanta och meningsfulla i förhållande till frågeställningarna och det empiriska materialet.

Citaten som återfinns i resultatdelen är ordagrant återgivna utifrån de svar som lämnades, men kan ha justerats något vid språkfel. Dessa citat ska inte ses som representativa för samt-

³ Pearsons produkt-moment korrelationskoefficienter

liga svar utan speglar både specifika och mer generella uppfattningar. Det kan således vara bara en person som har en uppfattning som återges i texten eller några få, flera eller många. Hur många som har en viss uppfattning är emellertid inte det mest väsentliga här, utan det är istället bredden av svar och de olika teman som utkristalliseras utifrån denna mångfald som är intressant, och vilket bidrar till en djupare förståelse av det fenomen som här är i fokus. Det var fler kvinnor än män som besvarade de öppna frågorna, liksom övriga frågor i enkäten, vilket kan ha bidragit till att fler av de citat som presenteras här kommer från kvinnorna.

5 Resultat av de statistiska analyserna

5.1 Föreställningar om hälsa, ohälsa och vården

Syfte med faktoranalysen var att finna faktorer som grupperar ihop frågor som täcker samma tematiska område. En serie faktoranalyser gjordes på de 40 frågorna som avsåg att mäta människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården. Analyserna resulterade i följande sex faktorer som mättes med 21 frågor (se Tabell 2):

- ✓ *Faktor 1 (Vårdtillit)* mättes med fem frågor (fråga 1 – 5) och anses mäta tillit till vården.
- ✓ *Faktor 2 (Kropp och psyke)* mättes med fyra frågor (fråga 6 – 9) och mäter uppfattningar om relationen mellan kropp och psyke.
- ✓ *Faktor 3 (Positivt förhållningssätt)* mättes med tre frågor (fråga 10 – 12) och mäter i vilken utsträckning personerna uppfattar att ett positivt och utåtriktat förhållningssätt påverkar hälsan gynnsamt.
- ✓ *Faktor 4 (Hälso - egenmakt)* mättes med tre frågor (fråga 13 – 15) och mäter i vilken utsträckning personerna själva tar tag i frågor som rör deras hälsa.
- ✓ *Faktor 5 (Jämlikhet)* mättes med tre frågor (fråga 16 – 18) och mäter föreställningar om hur förhållanden i samhället relaterar till människors hälsa och till möjligheter att få vård.
- ✓ *Faktor 6 (Alternativmedicin)* mättes med tre frågor (fråga 19 – 21) och mäter förhållningssätt till alternativ-/komplementär medicin.

I Tabell 2 kan utläsas att egenvärdena för de sex faktorerna var större än ett och att de sex faktorerna förklarade tillsammans ca 54 % av den totala variationen. Faktorladdningarna visar att varje fråga huvudsakligen laddar på endast en faktor. Cronbach's alfa koefficienterna för de sex faktorerna (0.67 – 0.50) visar på en något låg intern-konsistens.

Tabell 2. Den slutliga faktoranalysen av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården

Frågor	Faktorer					
	F1 Vård- tillit	F2 Kropp & psyke	F3 Positivt förhåll- nings- sätt	F4 Häl- so- egen makt	F5 Jäm- likhet	F6 Alter- na- tiv- me- dicin
1. Jag får oftast den hjälp jag behöver när jag besöker sjukvården	.80	.03	.07	.01	-.09	-.09
2. Jag förlitar mig oftast på det som läkaren säger	.76	.14	.00	-.08	-.09	-.01
3. Jag litar på att hälso- och sjukvården skall hjälpa mig att bli frisk även om jag har besvär som är svåra att beskriva	.73	-.10	.14	-.02	-.07	.07
* 4. För att få bra vård inom hälso- och sjukvården måste man ta saken i egna händer	.48	-.19	-.14	.02	-.23	-.06
* 5. Jag drar mig ofta för att söka hjälp hos läkare	.42	.02	-.22	.21	.05	-.03
6. Om man mår dåligt fysiskt påverkas också den psykiska hälsan	-.03	.71	.17	.10	.00	.07
7. Jag tror att oro kan leda till fysisk ohälsa	.02	.68	.28	-.01	.10	.16
8. Om man är ur balans psykiskt får man ett sämre immunförsvar	.00	.67	.27	.07	.21	.09
* 9. Jag ser kropp och psyke som separata delar som inte har med varandra att göra	-.04	.58	-.15	.35	-.08	.03
10. Bästa sättet att hålla sig frisk/må bra är genom positivt tänkande	.01	.12	.80	.02	.04	.10
11. Att tänka negativt gör människor sjuka	-.19	.27	.63	.02	-.08	.18
12. Ett aktivt socialt liv gör att man håller sig frisk	.13	.19	.59	.13	.21	-.07
13. Jag håller mig frisk/försöker att må bra genom att ha en hälsosam livsstil (bra mat, inte röka, motion, etc.)	.21	.03	.16	.76	.01	.08
* 14. Jag rör inte på mig mer än jag måste	-.02	.09	-.05	.73	-.16	-.07
15. Jag söker själv information för att få tips på hur man skall sköta sin hälsa	-.10	.16	.08	.62	.08	.12
16. Jag menar att det är de sociala orättvisorna som gör folk sjuka	.02	.08	.12	-.02	.76	-.03
17. Jag tror att kvinnor får sämre behandling för sina hjärtbesvär än män	-.14	.09	-.10	.07	.67	.12
18. Rika människor går förbi alla andra i vårdköerna, det är min uppfattning	-.22	-.04	.13	-.13	.60	.00
19. Om läkaren inte kan hjälpa till så kan jag tänka mig att gå till en alternativmedicinsk behandlare (massör, kiropraktor, zonterapeut, t.ex.)	-.15	.12	.03	.13	.02	.78
20. Jag tror att akupunktur kan bota många sjukdomar	-.02	-.08	.32	.09	.20	.68
21. Om jag skulle få ont i ryggen tror jag att massage kan hjälpa	.08	.27	-.06	-.09	-.08	.61
Egenvärden	3.44	2.55	1.70	1.32	1.20	1.08
% förklarad variation	16.40	12.13	8.11	6.28	5.73	5.16
Kumulativ % förklarad variation	16.40	26.53	36.64	42.92	48.65	53.82
Cronbachs alfa	0.66	0.67	0.61	0.58	0.50	0.54

* Svaren på denna fråga spegelvändes innan analysen.

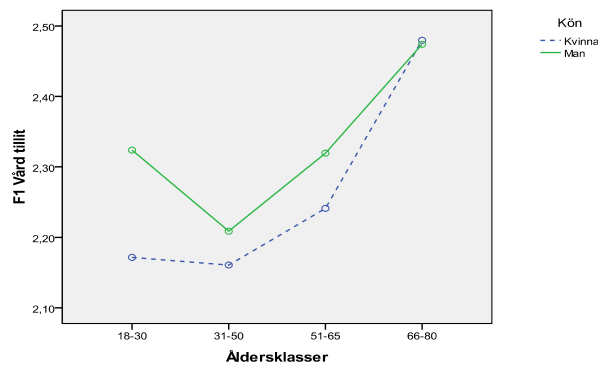
Resultaten talar för att människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården kan bestå av åtminstone de sex faktorerna: *vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, hälso-*

egenmakt, jämlikhet och *alternativmedicin*. Faktoranalysen visade att dessa faktorer är ganska distinkta och lättolkade även om Cronbachs alfa koefficienterna visade att frågorna inom respektive faktor inte är så högt korrelerade med varandra.

5.2 Indikatorer på hälsa och ohälsa med hjälp av självskattningar

För att undersöka om det förelåg skillnader mellan åldersgrupper och mellan könen användes en 4 (åldersgrupper) x 2 (kön) variansanalys för oberoende mätningar med självskattningar av de sex faktorerna av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården som utfallsvariabler. Skillnader mellan åldersgrupper följdes upp med test för besked om statistisk signifikans⁴. Dessutom studerades skillnader mellan män och kvinnor inom åldersgrupperna med oberoende t – tester. Genomgående användes 5 % som högsta acceptabla signifikansnivå.

5.2.1 Vårdtillit

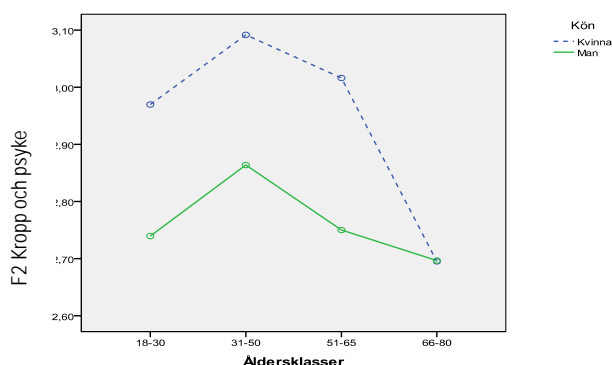


Figur 1. Genomsnittliga värden på faktorn "Vårdtillit" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 1 visar skattningarna för faktorn "Vårdtillit". Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan gruppen 66-80 år och de tre övriga grupperna, där den äldsta gruppen (66-80 år) hade en högre tillit till vården än de tre resterande. Det fanns även signifikanta skillnader mellan könen för unga vuxna (18-30 år) där kvinnorna hade lägre tillit till vården än männen.

⁴ Bonferronis post-hoc test

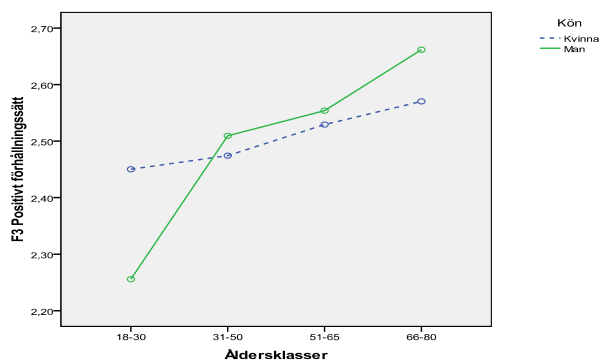
5.2.2 Kropp och psyke



Figur 2. Genomsnittliga värden på faktorn "Kropp och psyke" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 2 visar skattningarna för faktorn "Kropp och psyke". Om man bortser från indelningen utifrån kön, fanns det signifikanta skillnader mellan gruppen 66-80 år och de övriga grupperna (där gruppen 66-80 år ansåg att det finns en svagare koppling mellan kropp och psyke i jämförelse med de tre övriga) samt mellan unga vuxna (18-30 år) och gruppen 31-50 år (där de unga vuxna ansåg att det finns en svagare koppling mellan kropp och psyke jämfört med gruppen 31-50 år). Det fanns även skillnader mellan könen (förutom för den äldsta åldersgruppen), där kvinnor i större utsträckning än män tror att kropp och psyke hänger ihop.

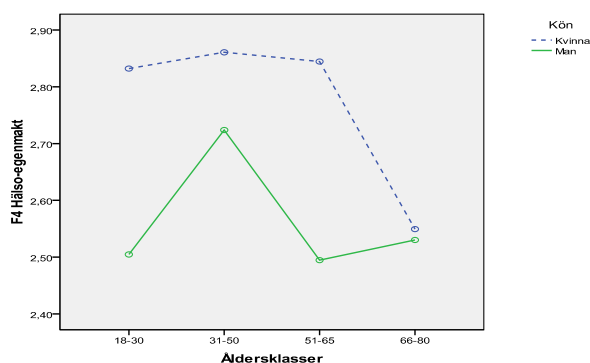
5.2.3 Positivt förhållningssätt



Figur 3. Genomsnittliga värden på faktorn "Positivt förhållningssätt" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 3 visar skattningarna för faktorn "Positivt förhållningssätt". Det förelåg skillnader mellan åldersgrupperna samt en interaktion mellan åldersgrupper och kön. Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och de tre övriga grupperna, där unga vuxna i mindre utsträckning uppfattade att ett positivt förhållningssätt bidrar till hälsa än de övriga tre grupperna. Det fanns även skillnader mellan könen för gruppen unga vuxna (18-30 år), där män i mindre utsträckning än kvinnorna ansåg att ett positivt förhållningssätt har ett samband med hälsan.

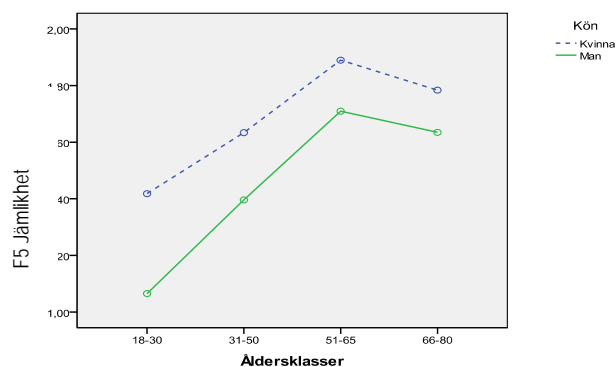
5.2.4 Hälsa-egenmakt



Figur 4. Genomsnittliga värden på faktorn "Hälsa-egenmakt" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 4 visar skattningarna för faktorn "Hälsa-egenmakt". Om man bortser från indelningen utifrån kön så förelåg det skillnader mellan gruppen 31-50 år och gruppen 66-80 år, där gruppen 31-50 år skattade en högre grad av hälsa-egenmakt än gruppen 66-80 år. Det visas också, om man bortser från indelningen i åldersgrupper, att kvinnorna uppger en högre grad av hälsa-egenmakt än männen. Det fanns signifikanta skillnader mellan könen i gruppen unga vuxna (18-30 år) och för gruppen 51-65 år, där kvinnorna skattade en högre grad av hälsa-egenmakt än männen.

5.2.5 Jämlikhet

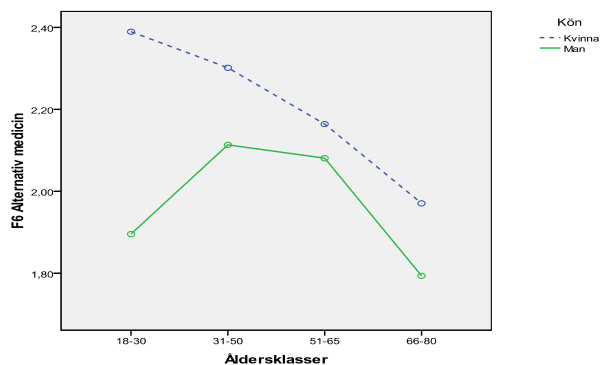


Figur 5. Genomsnittliga värden på faktorn "Jämlikhet" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 5 visar skattningarna för faktorn "Jämlikhet". Om man bortser från indelningen utifrån kön, så fanns det skillnader mellan de unga vuxna (18-30 år) och de tre övriga grupperna (där unga vuxna hade *lägre* skattningvärden, vilket innebär att de upplever samhället som *mer* jämlikt jämfört med var och en av de tre övriga åldersgrupperna) samt mellan gruppen 31-50 år och 51-65 år (där gruppen 31-50 år skattade *lägre* värden vilket innebär att de upplevde samhället som *mer* jämlikt än gruppen 51-65 år). Om man bortser från indelningen i åldersgrupper så skattade kvinnorna *högre* på denna faktor. De upplever således samhället som *mindre* jämlikt i jämförelse med männen. Skillnader mellan könen inom de

olika åldersgrupperna förelåg för unga vuxna (18-30 år) och för gruppen 31-65 år, där kvinnorna skattade *högre* dvs. upplevde samhället som *mindre* jämlikt i jämförelse med männen.

5.2.6 Alternativmedicin



Figur 6. Genomsnittliga värden på faktorn "Alternativmedicin" för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 6 visar skattningarna för faktorn "Alternativmedicin". Om man bortser från indelningen utifrån kön så förelåg det skillnader mellan den äldsta gruppen (66-80 år) och de tre resterande, där den äldsta gruppen skattade betydligt lägre tilltro till alternativmedicin i jämförelse med de tre resterande. Det framkom också att, om man bortser från indelningen i åldersgrupper, att kvinnorna hade en större tilltro till alternativmedicin än männen. Variansanalysen visade på en interaktionseffekt, vilket innebär att hur skillnaderna mellan kvinnor och män ser ut med avseende på tilltro till alternativmedicin beror på vilken åldersgrupp som undersöks. Det fanns skillnader mellan könen inom de olika åldersgrupperna för unga vuxna (18-30 år) och för gruppen 31-50 år, där kvinnorna i båda grupperna skattade en större tilltro till alternativmedicin än männen.

Sammanfattningsvis, om vi fokuserar på unga vuxna, så visade resultaten följande:

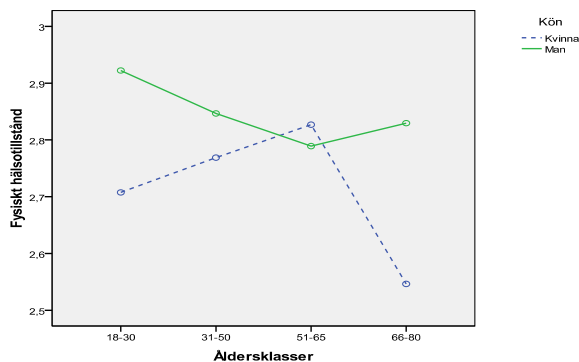
1. Unga vuxna hade en lägre *vårdtillit* än den äldsta åldersgruppen (66-80 år). Bland unga vuxna hade kvinnorna lägre tillit till vården än männen.
2. Unga vuxna ansåg att det finns en svagare koppling mellan *kropp och psyke* i jämförelse med gruppen 31-50 år. Bland unga vuxna ansåg kvinnorna i större utsträckning än männen att kropp och psyke är relaterade till varandra.
3. Unga vuxna uppfattade i mindre utsträckning än de övriga tre åldersgrupperna att ett *positivt förhållningssätt* har en gynnsam inverkan på hälsan, männen i större utsträckning än kvinnorna.
4. Unga vuxna skilde sig inte från de övriga åldersgrupperna i fråga om *hälso-egenmakt*. Bland unga vuxna skattade kvinnorna en högre grad av hälso-egenmakt än männen.
5. På faktorn *jämlikhet* hade de unga vuxna *lägre* skattningsvärden än de tre övriga åldersgrupperna, vilket innebär att de unga upplever samhället som *mer* jämlikt i jämförelse med de tre övriga åldersgrupperna. Bland unga vuxna skattade kvinnorna

högre på denna faktor. De upplever således samhället som *mindre* jämlikt än männen.

6. Unga vuxna hade mer tilltro till *alternativmedicin* än den äldsta gruppen (66-80 år). Bland unga vuxna hade kvinnorna en högre grad av tilltro till alternativmedicin än männen.

5.3 Skillnader mellan unga vuxna och övriga åldersgrupper med avseende på självskattningar av hälsa och ohälsa

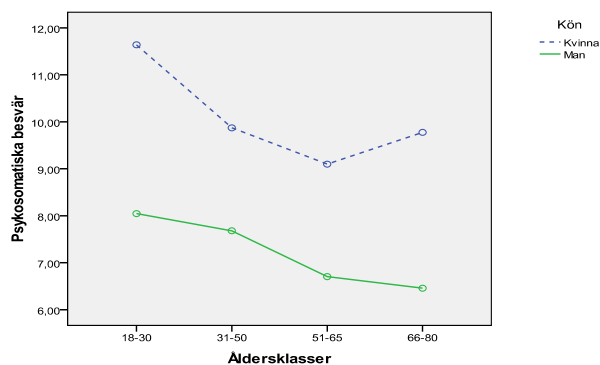
5.3.1 Fysiskt hälsotillstånd



Figur 7. Genomsnittliga värden på frågan om fysiskt tillstånd för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 7 visar skattningarna på frågan om fysiskt tillstånd ("Hur bedömer du att ditt fysiska hälsotillstånd är för närvarande?"). Det fanns enbart skillnader mellan könen och om man bortser från indelningen i åldersgrupper så bedömde kvinnorna sitt fysiska hälsotillstånd som sämre än männen. Skillnader mellan könen inom de olika åldersgrupperna förelåg för unga vuxna (18-30 år) och för den äldsta gruppen (66-80 år), där kvinnorna skattade sitt fysiska tillstånd som sämre än männen.

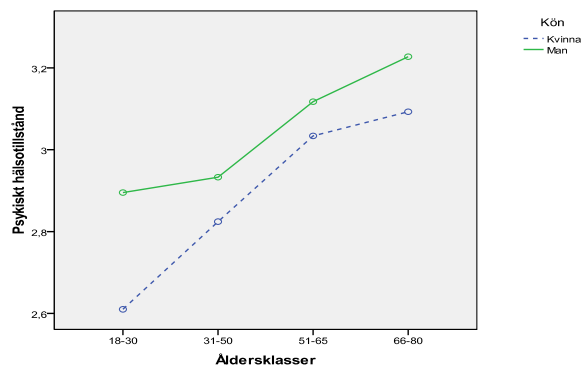
5.3.2 Psykosomatiska besvär



Figur 8. Genomsnittliga värden på indexet som mäter psykosomatiska besvär för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 8 visar skattningarna för indexet som mäter psykosomatiska besvär. Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och de övriga tre åldersgrupperna, där de unga vuxna hade högre värden på indexet än de övriga tre grupperna. Vidare visas i samtliga fyra åldersgrupper att kvinnorna hade högre värden på indexet än männen.

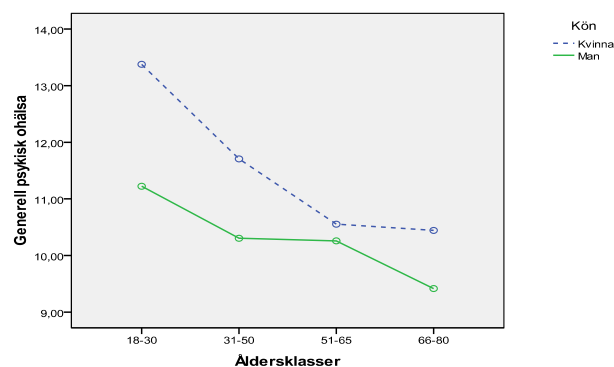
5.3.3 Psykiskt hälsotillstånd



Figur 9. Genomsnittliga värden på frågan om psykiskt tillstånd för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 9 visar skattningarna på frågan om psykiskt tillstånd ("Hur bedömer du att ditt psykiska hälsotillstånd är för närvarande?"). Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och gruppen 51-65 och 66-80 år (där den yngre gruppen mådde i snitt sämre psykiskt än de två äldre grupperna) samt mellan gruppen 31-50 år, 51-65 år och 66-80 år (där återigen den yngre gruppen mådde i snitt sämre psykiskt än de två äldre). Kvinnorna mådde sämre än männen, om man bortser från indelningen i åldersgrupper. Skillnader mellan könen inom de olika åldersgrupperna förelåg endast för unga vuxna (18-30 år), där kvinnorna beskrev sig må psykiskt sämre än männen.

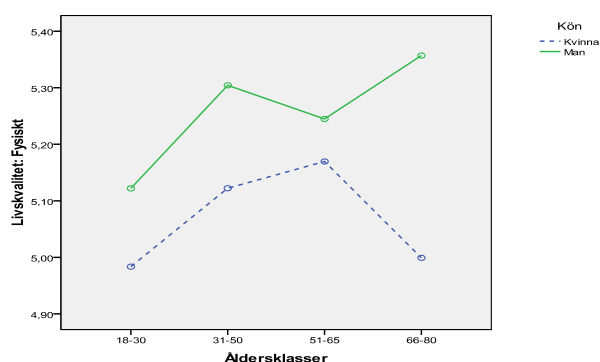
5.3.4 Generell psykisk ohälsa (GHQ)



Figur 10. Genomsnittliga värden på indexet som mäter generell psykisk ohälsa för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 10 visar skattningarna av generell psykisk ohälsa. Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och de tre övriga åldersgrupperna, där unga vuxna uppgav en högre grad av generell psykisk ohälsa än de tre övriga grupperna. Bortsett från indelningen i åldersgrupper, så uppgav kvinnorna en högre grad av generell psykisk ohälsa än männen. Skillnader mellan könen inom de olika åldersgrupperna förelåg för unga vuxna (18-30 år) och gruppen 31-50 år, där kvinnorna uppgav en högre grad av generell psykisk ohälsa än männen.

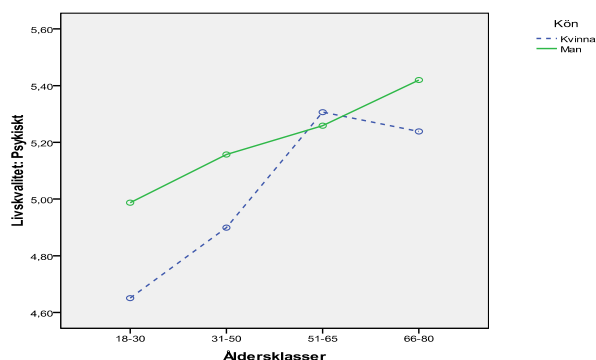
5.3.5 Den fysiska aspekten av livskvalitet



Figur 11. Genomsnittliga värden på skalan som mäter den fysiska aspekten av livskvalitet för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 11 visar skattningarna som mäter den fysiska aspekten av livskvalitet. Det förelåg enbart skillnader mellan könen. Om man bortser från indelningen i åldersgrupper, bedömde kvinnorna den fysiska aspekten av livskvalitet sämre än männen. Skillnader inom åldersgrupperna förelåg endast för den äldsta gruppen (66-80 år), där kvinnorna bedömde den fysiska aspekten av livskvalitet vara sämre än männen.

5.3.6 Den psykiska aspekten av livskvalitet

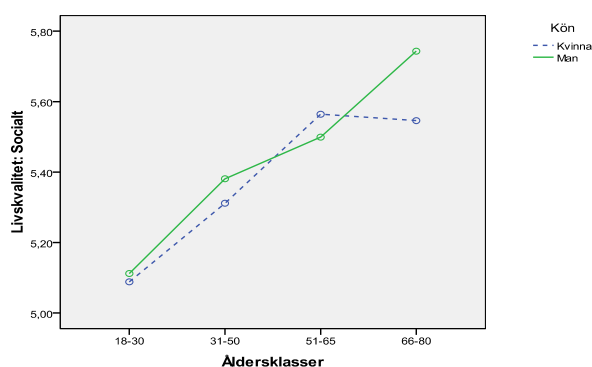


Figur 12. Genomsnittliga värden på skalan som mäter den psykiska aspekten av livskvalitet för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 12 visar skattningarna på skalan som mäter den psykiska aspekten av livskvalitet. Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och de tre äldre grupperna (där den yngre gruppen skattade en lägre grad av psykisk

livskvalitet än de äldre) samt mellan gruppen 31-50 och de två äldre grupperna (där återigen den yngre gruppen skattade en lägre grad av psykisk livskvalitet än de äldre). Kvinnorna angav en lägre grad av psykisk livskvalitet än männen, om man bortser från indelningen i åldersgrupper. Skillnader mellan könen inom de olika åldersgrupperna förelåg för unga vuxna (18-30 år) och för gruppen 31-50 år, där kvinnorna skattade en lägre grad av psykisk livskvalitet än männen.

5.3.7 Den sociala aspekten av livskvalitet



Figur 13. Genomsnittliga värden på skalan som mäter den sociala aspekten av livskvalitet för kvinnor och män i fyra åldersgrupper.

Figur 13 visar de genomsnittliga skattningarna på skalan som mäter den sociala aspekten av livskvalitet. Det förelåg enbart skillnader mellan åldersgrupperna. Om man bortser från indelningen utifrån kön så fanns det skillnader mellan unga vuxna (18-30 år) och de tre äldre grupperna (där den yngre gruppen skattade en lägre grad av social livskvalitet än de äldre) samt mellan gruppen 31-50 och de två äldre grupperna (där återigen den yngre gruppen skattade en lägre grad av social livskvalitet än de äldre).

Sammanfattningsvis, med fokus på unga vuxna, så visade resultaten följande:

1. Inga skillnader kunde påvisas mellan de unga vuxna och de tre övriga åldersgrupperna med avseende på fysiskt tillstånd. Unga vuxna kvinnor skattade sitt fysiska tillstånd som sämre än männen.
2. Unga vuxna hade högre värden på det index som avsåg att mäta psykosomatiska besvär (dvs. skattade en högre grad av psykosomatiska besvär) än de övriga tre grupperna. Unga vuxna kvinnor skattade högre grad av psykosomatiska besvär än männen.
3. Unga vuxna skattade sitt psykiska tillstånd sämre än gruppen 51-65 och 66-80 år. Unga vuxna kvinnor uppgav att de mådde psykiskt sämre än männen.
4. Unga vuxna skattade en högre grad av generell psykisk ohälsa än de tre övriga åldersgrupperna. Unga vuxna kvinnor uppgav en högre grad av generell psykisk ohälsa än männen.

5. Inga skillnader kunde påvisas mellan unga vuxna och de tre resterade åldersgrupperna eller mellan unga vuxna kvinnor och män på skalan som mätte den fysiska aspekten av livskvalitet.
6. De unga vuxna skattade en lägre grad av psykisk livskvalitet än de äldre grupperna. Unga vuxna kvinnor uppgav en lägre grad av psykisk livskvalitet än männen.
7. De unga vuxna skattade en lägre grad av social livskvalitet än de äldre grupperna. Inga skillnader förelåg mellan unga vuxna kvinnor och män i fråga om social livskvalitet.

5.4 Korrelationskoefficienter

För att undersöka hur föreställningar om hälsa, ohälsa och vården relaterar till olika självskattningar av (o)hälsa, beräknades samband i form av Pearsons produkt-moment korrelationskoefficienter. I Tabell 3 visas dessa skattade samband.

Tabell 3 Sambanden (i form av Pearsons produkt-moment korrelationskoefficienter) mellan de sex faktorerna av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården samt de sju indikatorerna på (o)hälsa, beräknat på hela undersökningsgruppen (n=1425). a

Variabler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. F1 - Vårdtillit	.66												
2. F2 - Kropp och Psyke	-.05*	.67											
3. F3 - Positivt förhållnings-sätt	-.06*	.42*	.61										
4. F4 - Hälsa-egenmakt	.05	.29*	.14*	.58									
5. F5 - Jämlikhet	-.28*	.14*	.17*	-.04	.50								
6. F6 - Alternativmedicin	-.11*	.29*	.27*	.13*	.13*	.54							
7. Fysiskt hälsotillstånd	.19*	.04	.03	.28*	.10*	-.04	i.a. ^b						
8. Psykosomatiska besvär	-.27*	.05	-.01	.12*	.14*	.12*	.56*	.86					
9. Psykiskt hälsotillstånd	.22*	-.04	.09*	.14*	.06*	-.02	.49*	.59*	i.a. ^b				
10. Generell psykisk ohälsa	-.22*	.07*	-.04	.13*	.11*	.04	.45*	.58*	.72*	.87			
11. Livskvalitet - Fysiskt	.21*	.05	.06*	.38*	.12*	-.02	.63*	.56*	.51*	.48*	.74		
12. Livskvalitet - Psykiskt	.24*	.00	.12*	.19*	.06*	-.02	.43*	.52*	.63*	.60*	.62*	.82	
13. Livskvalitet - Socialt	.28*	.04	.08*	.21*	.11*	-.02	.42*	.50*	.58*	.55*	.61*	.67*	.72

^a I diagonalen presenteras Cronbachs alfa koefficienter. ^b i.a. : icke-applicerbar (p.g.a. av det bara finns en fråga). * Signifikant på minst 5% -nivån (tvåsidig prövning).

Tabell 3 visar att sambanden mellan de sex faktorerna av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården är relativt låga⁵. Bland annat kan utläsas att ju högre värden man skattat på faktorn vårdtillit desto lägre har man skattat på faktorn jämlikhet (-0.28), vilket innebär att en högre grad av vårdtillit tenderar att gå hand i hand med en högre grad av upplevd jämlikhet. De som upplever att det föreligger ett beroende mellan kropp och psyke tenderar även att uppfatta att ett positivt förhållningssätt har goda effekter på hälsan, ha en högre grad av hälso-egenmakt, och en större tilltro till alternativmedicin. Tilltron till att ett positivt förhållningssätt inverkar gynnsamt på hälsan tenderar även att relatera till en tilltro till alternativmedicin. Vidare visas att sambanden mellan de sju (o)hälsaindikatorerna är måttligt starka⁶. I en förväntad riktning går sambanden mellan skattningarna av fysisk (o)hälsa (variabel 7 och 8) och psykisk (o)hälsa (variabel 9 och 10). En hög grad av fysisk (o)hälsa relaterar till en hög grad av psykisk (o)hälsa och en hög grad av fysiskt ohälsotillstånd (variabel 7) relaterar till en hög grad av psykosomatiska besvär (variabel 8). Det psykiska ohälsotillståndet (variabel 9) samvarierar med en hög grad av generell psykisk ohälsa (variabel 10). De tre dimensionerna av livskvalitet (fysiskt, psykiskt och socialt: variabel 11, 12, och 13) går hand i hand med varandra. En bättre fysisk och psykisk hälsa relaterar till bättre livskvalitet. Det visas här också att sambanden mellan de sex faktorerna av föreställningar om hälsa,

⁵ (1.051 - 1.421)

⁶ (1.421 - 1.721)

ohälsa och vården liksom att de sju (o)hälsoindikatorerna är låga⁷. En högre grad av vårdtillit, hälso-egenmakt och upplevd jämlikhet är relaterad till en högre grad av generell hälsa (variabel 7–13). Tilltron till att ett positivt förhållningssätt har goda effekter på hälsan är relaterad till ett bättre psykiskt hälsotillstånd (variabel 9) och generell livskvalitet (variabel 11, 12, och 13). Uppfattningen att det föreligger ett beroende mellan kropp och psyke är relaterad till en högre generell psykisk ohälsa (variabel 10) och en tilltro till alternativmedicin till fler psykosomatiska besvär (variabel 8).

Sammanfattningsvis, sambanden visar bl.a. på följande.

1. Sambanden mellan de sex faktorerna av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården (å ena sidan) och de sju (o)hälsoindikatorerna är låga.
2. En hög grad av fysisk ohälsa hänger ihop med en hög grad av psykisk ohälsa.
3. En högre grad av *vårdtillit*, *hälso-egenmakt*, liksom upplevd *jämlikhet* är alla relaterad till en högre grad av generell hälsa.
4. De som upplever att det föreligger ett beroende mellan *kropp och psyke* tenderar även att uppfatta att ett *positivt förhållningssätt* har goda effekter på hälsan, ha en högre grad av *hälso-egenmakt*, och en större tilltro till *alternativmedicin*.
5. En tilltro till *alternativmedicin* är kopplad till något fler *psykosomatiska besvär*.

5.5 Regressionsanalyser

Hierarkiska regressionsanalyserna har genomförts för att undersöka hur bakgrundsvariablerna samt föreställningar om (o)hälsa och vården relaterar till olika skattningar av (o)hälsa. Se tabell 4-10. Analysen visar dels hur en enskild prediktorvariabel relaterar till utfallsvariabeln (β) och dels hur stor del av variationen i utfallsvariabeln som kan förklaras utifrån variationen hos en viss mängd av prediktorvariabeln (R^2).

⁷ (1.001 – 1.381)

5.5.1 Det fysiska hälsotillståndet

Tabell 4. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med fysiskt hälsotillstånd som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Fysiskt hälsotillstånd	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	.09**	.08**
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	.09**	.10***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	-.04	-.03
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	-.02	-.03
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet /Högskola = 1)	.10***	.06*
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	.22***	.22***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		.17***
F2: Kropp och Psyke		-.05
F3: Positivt förhållningssätt		.04
F4: Hälsa-egenmakt		.27***
F5: Jämlikhet		-.02
F6: Alternativmedicin		-.04
F - värde för modellen	13.59	21.78
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.06	.16
Förändring i R²	.06	.10

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 4 kan bl. a. utläsas att ålder, kön, utbildning, och sysselsättning är relaterade till det fysiska hälsotillståndet. Tabellen visar även att vårdtillit och hälsa-egenmakt relaterar till det fysiska hälsotillståndet.

5.5.2 Psykosomatiska besvär

Tabell 5. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med psykosomatiska besvär som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Psykosomatiska besvär	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	-.21***	-.20***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	-.21***	-.19***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	.09***	.08***
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	.02	.02
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet/Högskola = 1)	-.10***	-.08***
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	-.18***	-.20***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		-.22***
F2: Kropp och Psyke		.08**
F3: Positivt förhållningsätt		-.06*
F4: Hälsa-egenmakt		-.14***
F5: Jämlikhet		.06*
F6: Alternativmedicin		.06*
F - värde för modellen	25.16	26.07
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.10	.19
Förändring i R²	.10	.09

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 5 kan utläsas att samtliga bakgrundsvariabler, förutom civilstånd, är relaterade till psykosomatiska besvär. Tabellen visar även att samtliga 6 faktorer av föreställningar om (o)hälsa och vården är relaterade till psykosomatiska besvär.

5.5.3 Det psykiska hälsotillståndet

Tabell 6. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med psykiskt hälsotillstånd som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Psykiskt hälsotillstånd	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	.24***	.22***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	.08***	.07**
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	-.07**	-.07**
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	.08**	.08***
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet /Högskola = 1)	.05*	.05*
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	.14***	.15***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		.19***
F2: Kropp och Psyke		-.14***
F3: Positivt förhållningssätt		.12***
F4: Hälsa-egenmakt		.15***
F5: Jämlikhet		-.03
F6: Alternativmedicin		.01
F - värde för modellen	16.83***	19.40***
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.07	.15
Förändring i R²	.07	.08

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 6 kan utläsas att samtliga bakgrundsvariabler är relaterade till det psykiska hälsotillståndet. Tabellen visar även att vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, och hälsa-egenmakt är relaterade till det psykiska hälsotillståndet.

5.5.4 Generell psykisk ohälsa

Tabell 7. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med generell psykisk ohälsa som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Generell psykisk ohälsa	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	-.23***	-.23***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	-.12***	-.10***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	.03	.02
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	-.04	-.04
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet/Högskola = 1)	-.02	-.01
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	-.13***	-.14***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		-.17***
F2: Kropp och Psyke		-.12***
F3: Positivt förhållningssätt		-.06*
F4: Hälsa-egenmakt		-.15***
F5: Jämlikhet		.08**
F6: Alternativmedicin		-.01
F - värde för modellen	14.01***	17.29***
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.06	.13
Förändring i R²	.06	.07

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 7 kan utläsas att ålder, kön, och sysselsättning är relaterade till generell psykisk ohälsa samt att samtliga faktorer av föreställningar om (o)hälsa och vården, förutom alternativmedicin, är relaterade till generell psykisk ohälsa.

5.5.5 Den fysiska aspekten av livskvalitet

Tabell 8. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med den fysiska aspekten av livskvalitet som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Livskvalitet fysisk	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	.17***	.17***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	.08***	.11***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	-.07**	-.07**
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	.02	.01
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet/Högskola = 1)	.05	-.01
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	.22***	.21***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		.16***
F2: Kropp och Psyke		-.06*
F3: Positivt förhållningssätt		.05
F4: Hälsa-egenmakt		.38***
F5: Jämlikhet		-.06*
F6: Alternativmedicin		-.02
F - värde för modellen	13.01	35.06
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.05	.24
Förändring i R²	.05	.19

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 8 kan utläsas att ålder, kön, födelseort, och sysselsättning är relaterade till den fysiska aspekten av livskvalitet. Tabellen visar även att vårdtillit, kropp och psyke, hälsa-egenmakt och jämlikhet är relaterade till den fysiska aspekten av livskvalitet.

5.5.6 Den psykiska aspekten av livskvalitet

Tabell 9. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med den psykiska aspekten av livskvalitet som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Livskvalitet psykisk	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	.28***	.26***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	.09***	.09***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	-.02	-.01
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	.03	.03
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet /Högskola = 1)	.02	-.00
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	.16***	.16***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		.21***
F2: Kropp och Psyke		-.09**
F3: Positivt förhållningssätt		.12***
F4: Hälsa-egenmakt		.20***
F5: Jämlikhet		-.04
F6: Alternativmedicin		.00
F - värde för modellen	16.31	23.33
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.07	.17
Förändring i R²	.07	.10

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 9 kan utläsas att ålder, kön, och sysselsättning är relaterade till den psykiska aspekten av livskvalitet. Tabellen visar även att vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, och hälsa-egenmakt är relaterade till den psykiska aspekten av livskvalitet.

5.5.7 Den sociala aspekten av livskvalitet

Tabell 10. Resultat från hierarkisk regressionsanalys med den sociala aspekten av livskvalitet som utfallsvariabel och bakgrundsvariablerna samt de sex faktorerna av föreställningar om (o)hälsa och vården som prediktorvariabler.

Variabler	Livskvalitet psyisk	
	β Steg 1 ^a	β Steg 2
Steg 1: Bakgrundsvariabler		
Ålder	.28***	.26***
Kön (Kvinna = 0, Man = 1)	.09***	.09***
Född i Sverige? (Sverige 0, Utomlands = 1)	-.02	-.01
Civilstånd (Ensam = 0, Sällskap = 1)	.03	.03
Utbildning (Högst gymnasium = 0, Universitet /Högskola = 1)	.02	-.00
Sysselsättning (Ej sysselsatt = 0, Sysselsatt = 1)	.16***	.16***
Steg 2: Föreställningar om (o)hälsa och vård		
F1: Vårdtillit		.21***
F2: Kropp och Psyke		-.09**
F3: Positivt förhållningssätt		.12***
F4: Hälsa-egenmakt		.20***
F5: Jämlikhet		-.04
F6: Alternativmedicin		.00
F - värde för modellen	16.31	23.33
Frihetsgrader	6, 1370	12, 1364
R²	.07	.17
Förändring i R²	.07	.10

^a β är standardiserade regressionskoefficienter. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Från tabell 10 kan utläsas att ålder, födelseort, civilstånd, och sysselsättning är relaterade till den sociala aspekten av livskvalitet. Tabellen visar även att vårdtillit, positivt förhållningssätt, hälsa-egenmakt, och jämlikhet är relaterade till denna aspekt av livskvalitet.

Sammanfattningsvis visar resultaten att studiens sex bakgrundsvariabler förklarade 5 – 12 % av variationen hos de sju använda skattningarna av psykisk (o)hälsa. Dessutom visades att de sex faktorerna av föreställningar om hälsa, ohälsa och vården förklarade 7 – 19 % av variationen hos de sju använda skattningarna av psykisk (o)hälsa, *utöver* vad som förklarats av de sex bakgrundsvariablerna.

6 Resultat av den tematiska analysen av de öppna frågorna.

6.1 Övergripande resonemang

I enkäten ingick fyra öppna frågor som rörde föreställningar om fysisk och psykisk (o)hälsa. Det är svaren på dessa frågor som föreliggande framställning baseras på.

1. Om du har något fysiskt besvär – vad tror du är orsaken?
2. Om du huvudsakligen känner dig fysiskt frisk – vad tror du är orsaken?
3. Om du mår psykiskt dåligt i något avseende – vad tror du är orsaken?
4. Om du huvudsakligen mår psykiskt bra – vad tror du är orsaken?

Svaren på ovanstående fyra frågor analyserades. Efter genomläsning av samtliga svar utkristalliserades ett antal teman som avspeglar de aspekter som var mest centrala i beskrivningarna av vad som orsakar psykisk och fysisk hälsa och ohälsa.

- *Fysiska aspekter* - inbegriper exempelvis arvet, kroppens hälsostatus, den kroppsliga fysiologin och sådant som har en inverkan på kroppen.
- *Livsstilsaspekter* - handlar om sömn, motion, kostvanor etc.
- *Psykiska aspekter* - handlar om exempelvis livsinställning, personliga egenskaper, coping, livshändelser och psykisk (o)hälsa.
- *Sociala aspekter* - handlar främst om relationer och trygghet/otrygghet i olika avseenden (t.ex. boende, ekonomi).
- *Fritidsaspekter* - handlar om intressen, fritidssysselsättning eller annat som engagerar.
- *Arbets- och studieaspekter* - berör positiva och negativa sidor av arbets- och studielivet.
- *Behandlingsaspekter* - inbegriper positiva och negativa konsekvenser av behandling eller kontakt med vårdgivare/behandlare.
- *Övriga aspekter* - är aspekter som inte direkt inryms i ovan nämnda kategorier.
- *Multifaktoriella aspekter* - inbegriper flera av de aspekter som nämns ovan och som förekommer i kombination med varandra.

I följande framställning redogörs för deltagarnas uppfattningar om vad som ger upphov till (o)hälsa. De nio aspekterna som nämns kommer då att relateras till fysisk ohälsa, fysisk hälsa, psykisk ohälsa och psykisk hälsa. Det handlar således om i vilket avseende de nio olika aspekterna uppfattas orsaka antingen hälsa eller ohälsa.

6.2 Aspekter som upplevs ha betydelse för psykisk och fysisk (o)hälsa

6.2.1 Fysiska aspekter

6.2.1.1 Fysisk ohälsa

De **fysiska aspekter** som uppfattades kunna bidra till fysisk ohälsa inbegriper sådant som arvet, besvär/sjukdomar, fysiska fel, yttre faktorer (infektioner, tungt arbete, felaktig belastning, skada, gifter), att vara spänd i kroppen, graviditet, övervikt eller hög ålder. En vanlig uppfattning var att vissa kroppsliga besvär är mer ärftligt betingade än andra. En kvinna i undersökningen uttryckte det så här:

Jag tror att flera av de fysiska besvär som jag har beror på stress och höga prestationskrav tidigare i mitt liv. I grunden ligger generna, som orsakar hur besvären yttrar sig. (Kvinna, 68 år)

6.2.1.2 Fysisk hälsa

De **fysiska aspekter** som ansågs bidra till fysisk hälsa var att vara ung, avspänd och ha bra grundförutsättningar i termer av arv, immunförsvar, kondition, vikt och fysik. Sådant som beskrevs kunna förebygga fysisk ohälsa var att tvätta händerna ofta, klä sig varmt och att bygga upp kroppen. Några ansåg att det kan vara bra att *utsätta* sig för bakterier. Ärftlighet och goda förutsättningar för fysisk hälsa ansågs kunna kompensera för ett sämre leverne. Sedan kan, som visas i nedanstående citat, även andra förhållanden ha betydelse i sammanhanget.

Orsaker till fysisk hälsa: Goda gener och ett starkt immunförsvar, t.ex. jag sportar inte, dricker alkohol då och då, allmänt ganska inaktiv. Kanske också min mammas hemlagade mat och mycket sallad till maten. (Man, 27 år)

6.2.1.3 Psykisk ohälsa

De **fysiska aspekter** som ansågs kunna leda till psykisk ohälsa var framförallt olika sjukdomstillstånd och besvär. Det kunde också handla om exempelvis sömnbrist, alkoholberoende, graviditet eller om sådant som kan följa med åldrandet såsom orkeslöshet, glömska och krämpor. En av deltagarna berörde det senare:

Det är jobbigt och deppigt att känna kroppens krafter avta och att smärtor och förslitningar tar ut sin rätt. Åldrandet är jobbigt även psykiskt. (Kvinna, 63 år)

6.2.1.4 Psykisk hälsa

Fysiska aspekter som beskrevs bidra till psykisk hälsa var sådant som att ha bra gener, att vara ung, pigg och ha hälsan.

Sammanfattande kommentar: Ärftliga anlag beskrevs ha stor betydelse för den fysiska hälsan. Fysiska besvär och krämpor ansågs även inverka på den psykiska hälsan i negativ eller positiv bemärkelse (det senare vid avsaknad av besvär). Åldrandet upplevdes kunna föra med sig negativa konsekvenser för såväl den fysiska som psykiska hälsan.

6.2.2 Livstilsaspekter

6.2.2.1 Fysisk ohälsa

De **livsstilsaspekter** som deltagarna i studien ansåg kunna orsaka fysisk ohälsa var dåliga matvanor, vällevnad, inaktivitet, dåliga sömnvanor, rökning, alkohol och annat missbruk.

6.2.2.2 Fysisk hälsa

De **livsstilsaspekter** som man uppfattade hade betydelse för den fysiska hälsan förutsätter en viss medvetenhet om hälsosamma beteenden. Mycket av det som togs upp handlade om att *ge kroppen* av sådant som upplevs vara bra, såsom träning, avslappning och bra mat (t.ex. mycket fisk, vegetarisk mat, ekologisk mat). Det handlade också om att äta regelbundet, vila vid behov, sova bra och äta vitaminer. Att leva i en sund miljö, t.ex. på landet, ansågs också kunna bidra till fysisk hälsa. Att *undvika* det som uppfattas som dåligt var också ett viktigt tema som berördes. Det som man ville undvika var oftast droger, rökning och alkohol men också sådant som har att göra med kosten; en del nämnde kött, mättat fett och socker. Dessutom beskrevs vikten av *måttlighet* med mat och alkohol. Några få ansåg sig vara friska trots en ohälsosam livsstil på grund av tur eller bra gener. Vissa besvär och sjukdomar ansågs ligga utanför den egna kontrollen och, menar man, kunna uppträda oavsett livsstil.

Jag tror att om man lever ett sunt liv blir man mindre sjuk, förutom sjukdomar som t.ex. hjärninflammation, cancer mm. (Man, 23 år)

6.2.2.3 Psykisk ohälsa

Livsstilsaspekterna ansågs också ha betydelse för den psykiska ohälsan. Deltagarna lyfte upp de negativa konsekvenserna av ett ohälsosamt liv i betydelsen av exempelvis dålig mat, alltför mycket alkohol eller droger. Det kunde också handla om att inte få påfyllnad av sådant man ansåg sig behöva såsom motion, avslappning och sömn. En sämre livsstil beskrevs kunna få konsekvenser för hur man förhåller sig till det dagliga livet:

När jag inte tränar tillräckligt, då sover man sämre och blir mer negativt inställd till vardagsproblem i stället för att ta det med en klackspark. (Kvinna, 22 år)

6.2.2.4 Psykisk hälsa

Livsstilsaspekterna har enligt en stor del av dem som besvarade frågorna betydelse för den psykiska hälsan. Ett hälsosamt leverne innefattade framförallt bra kost, motion, god sömn, bra samliv, vistelser utomhus, bra dagliga rutiner samt måttlighet vad gäller födointag, godsaker och alkohol liksom rökfrihet. Det kunde även handla om att *unna sig* t.ex. god mat. En bra livsstil beskrevs kunna vara en ”buffert” när livet inrymmer påfrestningar.

Perioder då jag går ner litet i vikt och motionerar, så mår jag ganska mycket bättre psykiskt och klarar stress bättre och om jag äter sunt (kött, frukt och grönt), men inte så mycket bröd och kolhydrater. (Man, 50 år)

Sammanfattande kommentar: En osund livsstil ansågs, enligt deltagarna i studien, kunna bidra till såväl fysisk som psykisk ohälsa. En bra livsstil å andra sidan kan fungera som en ”buffert” när livet inrymmer påfrestningar. De livsstilsfaktorer som beskrevs bidra till en bra hälsa var många och skiftande och dessa uppfattningar förutsätter en viss medvetenhet om hälsosamma beteenden.

6.2.3 Psykiska aspekter

6.2.3.1 Fysisk ohälsa

De **psykiska aspekter** som togs upp som orsaker till den fysiska ohälsan var t.ex. obalans i livet, prestationskrav, stress, överansträngning, brist på återhämtning och eget reflekterande, dålig bearbetning av livshändelser, negativt tänkande, depression, understimulans samt känslor av meningslöshet och maktlöshet. Det handlade även om något upplevt trauma och anhörigs sjukdom eller död. Många hade således noterat ett samband mellan den fysiska och psykiska hälsan.

Om jag är väldigt stressad, blommar eksemen upp lättare. (Kvinna, 30 år)

Jag kan vara stressad, deprimerad en längre period, må dåligt på något sätt, vilket kan leda till sjukdom eller andra kroppsbesvär. (Kvinna, 29 år)

6.2.3.2 Fysisk hälsa

Vissa av de psykiska aspekterna ansågs kunna få positiva konsekvenser för den fysiska hälsan. Det handlade om att kunna hantera svårigheter och påverka sitt liv, ha bra självkännetdom, självkänsla, självförtroende, att vara tillfreds samt att ha balans i livet. Annat som togs upp var positivt tänkande och att inte ha så mycket livsstress. Även här beskrevs ett samband mellan kropp och psyke:

Enligt egna upplevelser så tror jag att om man är lycklig psykiskt, så blir kroppen friskare (Kvinna, 21 år)

Egenmakt, i form av att ha egna resurser för att hantera sitt liv, ansågs ha betydelse för den fysiska hälsan, särskilt i kombination med andra hälsofrämjande aspekter:

Oftast känner jag mig fysiskt frisk. Försöker tänka på hälsan, sköta mig så att jag inte får ont i magen. Mår bra i min familj. Motionerar regelbundet. Känner en tillfredsställelse med livet trots svårigheter och motgångar. Känner att jag kan påverka! (Kvinna, 52 år)

6.2.3.3 Psykisk ohälsa

Deltagarna beskrev sju, delvis överlappande, **psykiska aspekter** som ansågs ha betydelse för psykisk ohälsa: 1) negativa tankar, 2) obalans, 3) en pressad livssituation, 4) oro, 5) en svår barndom 6) psykiska besvär och sjukdomar samt 7) personliga tillkortakommanden.

Många av de *negativa tankarna* handlade om att se problem snarare än möjligheter, att känna besvikelse, att inte kunna förlåta och gå vidare, känslor av att inte kunna påverka sitt liv och tristess. *Obalans* i vardagslivet mellan t.ex. aktivitet och vila, arbete och fritid, konflikter leder till en dålig vardagsrytm. *En pressad livssituation* beskrevs bestå av krav från omgivningen, men också inre krav som dikteras av en hög ambitionsnivå. *Oron* inbegriper en oro för egen och andras sjukdom liksom för bostadssituationen, arbetet, ekonomin, framtiden eller för att inte duga som människa. *En svår barndom* betyder traumatiska upplevelser i barndomen, t.ex. på grund av psykiskt sjuka föräldrar, sexuellt utnyttjande, våldtäkt eller mobbning. De *psykiska besvär och sjukdomar* som deltagarna själva nämnde var psykos, neuros, ångest, tvångssyndrom, anorexi, depression, nedstämdhet, kris och sorg. De *personliga tillkortakommanden* som exemplifierades i deltagarnas utsagor var dålig självkänsla, dåligt självförtroende och blyghet. Dit hör också att inte lyckas se till de egna behoven, sätta gränser, prioritera och planera. För vissa är det svårt att leva i nuet. Mycket i beskrivningarna handlade om brist på egenmakt:

Jag har tappat kontrollen, livet stör mig, jag styr inte över livet - då blir det kaos och då mår i alla fall inte jag bra. (Man, 22 år)

Springer bara på i gamla vanor och ser inte vad orsakerna är till att man mår dåligt och har inte genomfört förändringar. (Kvinna, 45 år)

Inte sällan beskrevs en händelsekedja, där en negativ händelse kunde leda till en annan:

Stress ger sömnsvårigheter som i sin tur får en att må psykiskt dåligt. Livskris, som att förlora jobbet, kan utlösa depression. (Kvinna, 56 år)

6.2.3.4 Psykisk hälsa

Sju **psykiska aspekter**, som delvis är överlappande, beskrevs bidra till psykisk hälsa. Dessa är 1) medvetenhet, 2) balans, 3) att vara tillfreds, 4) en inre drivkraft, 5) optimism, 6) existentiella orsaker och 7) personliga egenskaper.

Medvetenheten innebär att ha insikt om vad som har betydelse för hälsan såsom att se till sina egna behov och ta hänsyn till kroppens signaler. Viktigt var också att inte ha för högt ställda krav på sig själv. Det beskrevs också ha betydelse att omge sig med människor som man tycker om. Mycket av detta kan benämnas egenmakt.

Jag lyssnar på min kropp och mitt inre, gör inte saker som jag inte vill, utan ser till att mitt liv ser ut som jag vill och mår bra av. (Kvinna, 51 år)

[Orsaker till psykisk hälsa]: *Sluta tänka negativt och sluta försöka gå tillbaka i tiden. I stället bör man försöka ordna framtiden så gott man kan. Även om man försöker planera sitt liv som önskas, skall man aldrig glömma att det blir som det blir. (Kvinna, 29 år)*

De som besvarat frågorna i enkäten såg också *balansen* som viktig för den psykiska hälsan exempelvis när det gäller aktiviteter kontra återhämtning och sådant som har att göra med ekonomin, motionen, maten, sömnen, relationerna och hemsituationen. Det handlade om att ha ett bra tempo i vardagen och inte för mycket stress eller för många problem. *Att vara tillfreds* med sitt liv inbegriper att känna glädje, tacksamhet och att vara nöjd med sig själv och med det man åstadkommit. Det handlade också om att kunna ta livet med jämnmod och inte hänga upp sig på småsaker. Se nedanstående citat:

En inre drivkraft ansågs också vara viktigt för den psykiska hälsan. Med detta avses att ha engagemang, motivation, energi och en målinriktning i livet. *Optimism* handlar om att se möjligheter istället för motgångar och hinder, att fokusera på de bra sakerna i livet och låta bli att älta sådant som inte går att påverka. I följande citat inryms både aspekten ”att vara tillfreds” och ”optimism”.

Har en positiv inställning och har inte hängt upp mig på små saker. Livet går upp och ner. (Kvinna, 45 år)

Det finns också *existentiella orsaker* som ansågs ha betydelse för den psykiska hälsan såsom att känna mening i livet och tron på att man själv har en viktig plats att fylla. En gudstro eller ett nyandligt intresse nämndes också av några av de tillfrågade. Vissa *personliga egenskaper* beskrevs också vara viktiga som att vara flexibel, öppen, ödmjuk, ha tålamod och att kunna förlåta. Vikten av att ha humor och en viss självdistans betonades också. Dessutom ansågs en bra självkänsla, självkänedom och ett bra självförtroende ha betydelse för den psykiska hälsan liksom att ha en förmåga att hantera svårigheter i livet.

Sammanfattande kommentar: Många av de tillfrågade hade noterat ett samband mellan den fysiska och psykiska hälsan och beskrev en rad psykiska aspekter som hade betydelse för den fysiska hälsan. Det som uppgavs ha betydelse för den psykiska ohälsan var: negativa tankar, obalans, en pressad livssituation, oro, en svår barndom, psykiska besvär och sjukdomar samt personliga tillkortakommanden. De aspekter som beskrevs ha betydelse för den psykiska hälsan var: medvetenhet, balans, att vara tillfreds, en inre drivkraft, optimism, existentiella orsaker och personliga egenskaper. För den psykiska hälsan tycks livsinställningen och livsstilen ha särskild betydelse. Egenmakt eller brist på egenmakt som fördes också ofta fram som orsak till hälsa respektive ohälsa.

6.2.4 Sociala aspekter

6.2.4.1 Fysisk ohälsa

De **sociala aspekter** som några av de tillfrågade menade kan ha betydelse för den fysiska ohälsan var arbetslöshet, misshandel, att flytta, skilsmässa, att ha småbarn eller att vara ensamstående med barn.

6.2.4.2 Fysisk hälsa

Många olika **sociala aspekter** ansågs kunna bidra till fysisk hälsa. Det kunde handla om att ha bra nära relationer liksom en välfungerande och kärleksfull familj. Vikten av att de nära och kära mår bra lyftes ofta upp liksom betydelsen av kärlek och ett bra samliv. Några nämnde också hur värdefullt det kan vara att ha ett kärt husdjur. En viktig del att det som berördes handlar om tryggheten i relationerna, hemsituationen, boendet, ekonomin och arbetet. Följande citat visar betydelsen av de goda nära relationerna.

[Bidrar till fysisk hälsa]: *Ett rikt socialt liv med människor som "lyfter" mig och som jag känner gemenskap med och trygghet hos. (Kvinna, 20 år)*

6.2.4.3 Psykisk ohälsa

De **sociala aspekter** som ansågs ha betydelse för den psykiska ohälsan var: 1) dåliga sociala relationer, 2) en socialt utsatt situation och 3) socialt utanförskap

Dåliga sociala relationerna handlade mycket om konflikter med människor eller kriser i förhållandet och separationer. *En socialt utsatt situation* inbegriper arbetslöshet eller svårigheter att få fast arbete, att inte ha en permanent bostad, ekonomiska problem, missbruk, misshandel och rasism. Några menade att ett stort ansvar för barn, familj eller gamla föräldrar som behöver hjälp kan vara betungande. Dessutom inkluderades livsförändringar såsom skilsmässa. *Det sociala utanförskapet* handlar bland annat om brist på sociala kontakter och därmed även en bristande trygghet samt frånvaro av kärlek och närhet. En annan orsak till psykisk ohälsa som berördes var att leva ensam utan barn. Även sociala svårigheter såsom social fobi nämndes.

6.2.4.4 Psykisk hälsa

Det två **sociala aspekter** som särskilt framträder när orsaker till psykisk hälsa beskrevs var 1) det goda sociala livet i stort och 2) tryggheten.

Vad gäller *det goda sociala livet i stort* var det familjen, barnen, partnern, föräldrarna och vännerna som är viktiga liksom att ha ett kärt husdjur. Det handlade om att älska och att känna sig älskad, umgås med positiva människor och att bli bekräftad. För en del är det viktigt med ett stort socialt nätverk och mycket aktiviteter. Det sociala livet beskrevs också kunna ersättas med TV, telefon och Internet enligt någon. *Tryggheten* inbegrep att ha en stabil tillvaro med partnern, familjen och/eller andra personer, att ha ett fast arbete, ett bra boende, en god ekonomi och att leva i ett välfärdssamhälle.

Sammanfattande kommentar: Vad gäller de sociala aspekterna beskrev deltagarna tryggheten, ekonomin, relationerna och arbetet som speciellt viktiga för såväl den fysiska hälsan som ohälsan. Psykisk ohälsa hänger särskilt ihop med dåliga sociala relationer, en socialt utsatt situation och socialt utanförskap. För den psykiska hälsan har det goda sociala livet och den sociala tryggheten visats sig vara särskilt viktiga.

6.2.5 Fritidsaspekter

6.2.5.1 Fysisk ohälsa

Inga **fritidsaspekter** togs upp som orsaker till fysisk ohälsa.

6.2.5.2 Fysisk hälsa

Fritidsaspekterna har betydelse för den fysiska hälsan vilket i synnerhet inbegriper att vara involverad i aktiviteter och olika sociala sammanhang. Betydelsen av utveckling, engagemang, stimulans, kreativitet och att ha roligt lyftes särskilt upp.

6.2.5.3 Psykisk ohälsa

Inga **fritidsaspekter** togs upp som orsaker till psykisk ohälsa.

6.2.5.4 Psykisk hälsa

Fritidsaspekterna var mest framträdande i relation till den psykiska hälsan. Det handlar då om vikten av att ha intressen och göra saker (t.ex. resa, ha kulturella aktiviteter, gå kurser, vara ute i naturen, träffa vänner) som skänker glädje, ger upplevelser och stimulans. Några sade sig vilja ha mycket att göra på fritiden för att slippa känna efter hur de mår.

Sammanfattande kommentar: Inga fritidsaspekter togs upp i förhållande till ohälsan utan endast i relation till hälsan, och då i synnerhet den psykiska hälsan.

6.2.6 Arbets-/studieaspekter

6.2.6.1 Fysisk ohälsa

Många av de **arbets- och studieaspekter** som togs upp som orsaker till fysisk ohälsa handlade om att ha för mycket arbete och leva under stress. Några andra omständigheter såsom dålig ergonomi eller andra arbetsmiljöproblem (buller, damm, kemikalier t.ex.) beskrevs också bidra till fysisk ohälsa.

6.2.6.2 Fysisk hälsa

De **arbets- och studieaspekter** som togs upp som orsaker till den fysiska hälsan handlar framförallt om att trivas med arbetet eller studierna och att arbeta lagom mycket. Viktigt för många är också att ha ett kreativt, utvecklande, stimulerande och meningsfullt arbete. Dessutom nämndes betydelsen av att ha använt skyddsutrustning och rätt arbetsteknik.

6.2.6.3 Psykisk ohälsa

Arbets- och studieaspekterna lyftes ofta fram i relation till den psykiska ohälsan. Det som beskrevs var för stor arbetsbelastning, understimulans, tidspress, stora krav, låg kontroll, bristande egen prestation och att ha ett svårdefinierat arbete. Dessutom kopplades en ovisshet om framtiden och en osäker ekonomi som egen företagare till psykisk ohälsa. Mycket hade också att göra med ett bristande socialt klimat, konflikter och dåliga chefer. Andra aspekter som berördes var bristande uppskattning, att ha fel jobb, att vara oförmögen att arbeta samt att inte få tid över för familjen.

6.2.6.4 Psykisk hälsa

I förhållande till psykisk hälsa tog deltagarna upp flera **arbets- och studieaspekter** som var motsatta till vad som beskrevs ha betydelse för den psykiska ohälsan. Dessa var; att ha ett roligt, stimulerande, viktigt och kreativt arbete. Det beskrevs också vara betydelsefullt att ha möjlighet att påverka arbetssituationen, känna tillfredsställelse med egna prestationer, få uppskattning och stöd. Vikten av att ha en lagom arbetsbörda och ett lagom utmanande

arbete beskrevs också liksom betydelsen av att ha bra kollegor och en bra chef. Det handlade också om att inte *bara* leva för jobbet.

Sammanfattande kommentar: Arbets- och studieaspekterna ansågs ha betydelse för såväl den psykiska som den fysiska hälsan, men i synnerhet för den psykiska hälsan. En tydlig koppling mellan den fysiska och psykiska hälsan beskrevs av deltagarna.

6.2.7 Behandlingsaspekter

6.2.7.1 Fysisk ohälsa

Behandlingsaspekternas negativa konsekvenser för den fysiska hälsan handlade mest om brister inom vård och behandling. Flera av de personer som ingår i undersökningen gav som exempel biverkningar av läkemedel eller misslyckade operationer. En del ansåg att de inte hade fått hjälp inom hälso- och sjukvården.

6.2.7.2 Fysisk hälsa

Behandlingsaspekternas positiva konsekvenser för den fysiska hälsan inbegriper att ha fått bra hjälp av vårdgivare, uppsökt läkare i tid, följt sjukvårdens råd eller att ha fått medicin som hjälpt. Några av deltagarna skrev att de fått hjälp av alternativ-/komplementärmedicinska behandlare.

6.2.7.3 Psykisk ohälsa

Vad gäller **behandlingsaspekterna** menade vissa av de tillfrågade att de drabbats av psykisk ohälsa till följd av att man blivit illa bemött inom hälso- och sjukvården eller till följd av att man själv (eller någon anhörig) inte fått hjälp. Några beskrev psykisk ohälsa som konsekvens av att ha blivit utsatt för misstag inom vården, såsom en misslyckad operation.

6.2.7.4 Psykisk hälsa

Rörande orsaker till psykisk hälsa tog deltagarna upp **behandlingsaspekter** som står i motsats till dem som ansågs leda till psykisk ohälsa, nämligen att ha en bra läkare, fått medicin som hjälpt mot besvär eller ha erbjudits psykologsamtal. Några ansåg att en alternativmedicinsk behandling påverkat den psykiska hälsan positivt.

Sammanfattande kommentar: Vad gäller behandlingsaspekterna relaterades ohälsa till bland annat brister i vård och behandling samt vårdgivarens dåliga bemötande. Hälsan sattes i samband med att ha fått bra hjälp av vårdgivare.

6.2.8 Övriga aspekter

Det var några övriga aspekter som framkom. En sådan är att *inte* beskriva någon orsak till besvären, vilket kunde bero på att man själv inte kommit fram till någon orsak, inte alls reflekterat över det eller på grund av en medicinsk osäkerhet kring den aktuella sjukdom man har.

Epilepsi - jag har lika litet som läkaren någon tanke om orsaken (Man, mellan 31-80 år)

Jag har diabetes. Ingen släkting har det. Har haft det jämt, svårt att säga vad det beror på. (Kvinna, 29 år)

Några andra aspekter som togs upp var att besvären är Guds vilja eller att besvären är en ”signal” om att inte allt står rätt till.

Sjukdom tillhör livet. För mig som troende har allting en mening, att vi är friska eller sjuka. Det är en prövning. (Kvinna, 40 år)

Flera personer bland dem som tillfrågats ansåg att mycket handlar om ifall man *vill* bli sjuk eller inte. Ohälsan uppfattades också kunna bero på ren tur eller otur.

Sammanfattande kommentar: Några av de övriga aspekter som framkom som förklaringar till hälsa respektive ohälsa är att *inte* beskriva någon orsak till besvären, att turen och oturen har betydelse för hälsan samt att det handlar om ifall man *vill* bli sjuk eller inte. Övernaturliga krafter beskrevs också ha en inverkan.

6.2.9 Multifaktoriella aspekter

De flesta orsaker till (o)hälsan som beskrevs var multifaktoriella eftersom det oftast inte bara var en enskild händelse som uppfattades ligga bakom hälsa respektive ohälsa, utan en kombination av olika faktorer såsom arv, livsstil och livsinställning. Här visas ett urval av citat som illustrerar dessa multifaktoriella förklaringar.

6.2.9.1 Fysisk ohälsa

Många olika aspekter beskrevs ha betydelse för den fysiska ohälsan. Ofta framhölls att olika slags besvär har olika genes och ibland beskrevs en tydlig koppling mellan ett visst besvär och vissa orsaker.

Migrän - stress är orsaken. Huvudvärk - litet sömn, för lite vätska/mat. (Man, 22 år)

6.2.9.2 Fysisk hälsa

Det som ansågs ha betydelse för den fysiska hälsan refererar ofta till olika strategier som utvecklats i syfte att hålla sig frisk. Utifrån svaren kan konstateras att det är en mängd olika orsaker som lyftes fram och som samverkar med varandra:

Olika orsaker: är laktovegetarian, äter mycket ekologisk mat, cyklar nästan överallt dit jag ska, har jobbat mig igenom svåra händelser tidigare i livet, känner att jag skapar mitt liv och kan påverka det. (Kvinna, 50 år)

Det har många anledningar [till den fysiska hälsan], däribland maten, motion, ärftliga gener och hur frisk man är psykiskt. Fysisk hälsa beror på olika saker helt enkelt. (Man, 21 år)

6.2.9.3 Psykisk ohälsa

Vid flera olika belastningar i livet kan det, enligt svaren, bli svårt att hantera situationen och man kan drabbas av psykisk ohälsa. Deltagarna tog ofta upp sambandet mellan psykisk ohälsa och en dålig livsstil, men även andra aspekter beskrevs relatera till psykisk ohälsa, vilket man ser exempel på i följande citat:

Dåligt självförtroende, stress, dålig sömn, för lite motion, för mycket ensamhet, osäkerhet på sig själv, media som alltid verkar vilja skrämma upp, oroa oss och få oss att känna att vi inte duger som vi är, att allt är så uppstressat. (Kvinna, 28 år)

6.2.9.4 Psykisk hälsa

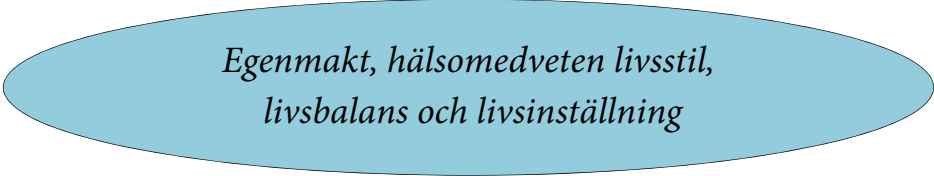
Olika aspekter beskrevs samverka för att psykisk hälsa ska uppnås. Livsinställningen, de sociala relationerna och livsstilen har en särskild betydelse.

Att man har en positiv roll i sitt privata och arbetslivet och känner att man gör det som är viktigt för sina nära och samhällets medlemmar [bidrar till psykisk hälsa]. Även att man kan påverka sin situation, att man äter rätt och motionerar både kropp och huvud. (Kvinna, 48 år)

Sammanfattande kommentar: Det är oftast inte en enskild händelse som uppfattades orsaka hälsa eller ohälsa, utan flera olika faktorer såsom arv, livsstil och livsinställning, något som talar för att det är komplexa processer att skapa mening kring.

6.3 Syntes

Om man sammanfattar det som av deltagarna beskrevs ligga till grund för fysisk och psykisk hälsa och ohälsa, är det några teman som är speciellt framträdande.



*Egenmakt, hälsomedveten livsstil,
livsbalans och livsinställning*

Dessa fyra teman är relaterade till såväl till den psykiska som fysiska hälsan och ohälsan, och de är sådana som individen själv oftast kan påverka och som, om de saknas eller har en negativ slagsida, bäddar för ohälsa. Det finns naturligtvis andra viktiga aspekter som inte är påverkbara i samma utsträckning, såsom arvet och uppväxtvillkoren. Egenmakt, hälsomedvetenhet vad gäller livsstilen, balans i livet och livsinställningen är emellertid sådana aspekter som är gemensamma för många och som oftast är påverkbara och därför lyfts de fram här.

7 Sammanvägt resultat

Om man sammanför resultaten från de statistiska analyserna och den tematiska analysen av de öppna frågorna finner man att det är några teman som sammanfaller eller åtminstone har beröringspunkter med varandra. Faktoranalysen sorterade fram dimensionerna ”kropp och psyke”, ”positivt förhållningssätt” och ”hälso-egenmakt”, vilka är faktorer med betydelse för hälsan som sammanfaller med de aspekter som framkom i analysen av deltagarnas öppna svar. Den korrelationsanalys som gjordes visade på signifikanta samband mellan respondenternas psykiska och fysiska hälsa. Ett liknande samband stod också att finna i den tematiska analysen.

8 Sammanfattande resultatdiskussion

8.1 Diskussion i förhållande till faktoranalysen

Människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården består, enligt fynden från den faktoranalys som gjordes, av sex faktorer: *vårdtillit*, *kropp och psyke*, *positivt förhållningssätt*, *hälso-egenmakt*, *jämlikhet* och *alternativmedicin*. Här följer en sammanfattning och diskussion utifrån dessa faktorer.

Faktorn *vårdtillit* avser den tillit som människor hyser till vården och vårdgivare i stort. Det har visat sig att 59 % av befolkningen i Stockholms län har förtroende för sjukvården (Stockholms läns landsting, 2006). Bland yngre är förtroendet något lägre än bland de lite äldre (Ungdomsstyrelsen, 2007), vilket också framkommer i föreliggande studie, där det också visas att kvinnorna hade något mindre vårdtillit än männen. Högst tillit hade den äldsta åldersgruppen. Det är svårt att uttala sig om vad detta beror på, men den egna erfarenheten av att vara nöjd med den hjälp man fått inom vården torde föra med sig en högre grad av vårdtillit. Det kan också vara en generationsfråga (yngre är mer kritiska). De personer som gav uttryck för stor tillit till vården tenderade att skatta en högre grad av generell hälsa. För att få människor att känna en högre grad av vårdtillit skulle det behövas mer öppenhet och bättre information om vården och dess behandlingsmetoder. Det finns också ett behov av information om det kvalitetsutvecklingsarbete som sker inom hälso- och sjukvårdens alla områden samt om de utvärderingar som äger rum, och som allmänheten borde kunna få ta del av.

En annan faktor som framkom i analysen var den som benämns *kropp och psyke*, en faktor som beskriver individernas tilltro till att det finns ett samband mellan fysiska och psykiska faktorer och att ett sådant samband har betydelse för vår hälsa. Inom den psykosomatiska medicinen är detta tema centralt. Lerner menar att en individs biologiska och psykiska egenskaper, dennes livsupplevelser och de sociala sammanhang personen ifråga lever inom påverkar såväl etiologin som förloppet vid en sjukdom (Lerner, 1999). Det visas i föreliggande studie att respondenterna uppfattade ett tydligt samband mellan den psykiska och fysiska hälsan. De unga männen hade emellertid en svagare tilltro till detta samband än de unga kvinnorna. Ett flertal andra studier har påvisat sambandet mellan kropp och psyke. Söderqvist och Bäckman (1988) har exempelvis visat att en stor livskontroll bidrar till färre psykosomatiska besvär. Även en hög känsla av sammanhang i livet (Antonovsky, 1979) har visats ha samband med bättre hälsa och livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2006; Svartvik m.fl., 2002). Enligt Eysenck (1993) kan psykosociala faktorer till och med kan förutsäga sjuklighet och dödlighet i cancer och hjärtsjukdom. De som beskrev att det fanns ett samband mellan kropp och psyke tenderade även att uppfatta att ett positivt förhållningssätt har goda effekter på hälsan, skattade högre hälso-egenmakt och hade en större tilltro till alternativmedicin.

Nära relaterad till faktorn ”kropp och psyke” är faktorn *positivt förhållningssätt*. Analyserna avslöjade att de unga vuxna, särskilt de unga männen, i mindre utsträckning än övriga åldersgrupper hade en tro på att ett positivt förhållningssätt har gynnsamma effekter på häl-

san. Ju högre åldersgrupp man tillhör desto mer tror man på detta samband. Enligt de analyser som gjorts tycks denna uppfattning hänga ihop med en något högre skattat psykiskt hälsotillstånd och generell livskvalitet, däremot inte med en bättre fysisk hälsa. Ett flertal studier har visat att människors livinställning har en inverkan på hälsan, såväl den psykiska som den fysiska (t.ex. Fredriksson & Häggström, 1994). Scheier och Carver (1987) har kunnat påvisa ett samband mellan optimism och olika positiva hälsorelaterade variabler, alltifrån mindre fysiska symtom till ett bättre tillfrisknande från hjärtoperation. I en metaanalys har Rasmussen och Scheier (2009) visat ett samband mellan optimism och en god fysisk hälsa. Utvecklandet av ett positivt förhållningssätt visas således vara av vikt för hälsan enligt dessa studier. I föreliggande studie påvisas dock inte något samband mellan deltagarnas *tro på* att ett positivt förhållningssätt har positiva effekter på hälsan och den fysiska hälsan, men det kan bero på att någon faktisk skattning av deltagarnas positiva förhållningssätt inte har gjorts.

Ytterligare en faktor som framkom i faktoranalysen var det som här benämns *hälsoegenmakt*, vilket handlar om det egna ansvaret för hälsan som man tar. Man kan, som Hansson Scherman (1998) skriver, ha en "icke-behandlande relation" till sina besvär som präglas av passivitet och brist på ansvarstagande, eller en "behandlande relation" där individen är aktiv och ansvarstagande. Att ta egna beslut när det gäller behandlingen, att söka alternativa behandlingar, fråga efter en "second-opinion" eller skaffa sig egen information är olika sätt där hälso-egenmakten kommer till uttryck. Media har en stor inverkan på människors hälsobeslut, men Sanders m. fl. (2007) pekar på att människor inte är passiva konsumenter av hälsobudskap, utan gör egna tolkningar av dessa. Resultaten i föreliggande studie talar för att hälso-egenmakten i de yngre åldersgrupperna är starkare än i den äldsta åldersgruppen, liksom att de unga kvinnorna beskriver en högre grad av hälso-egenmakt i jämförelse med de unga männen. Enligt annan forskning har kvinnor generellt sett visat sig vara mer hälsomedvetna än män (se t.ex. Näslund, 1996) och ett samband mellan hälsoresurser egenmakt har visats exempelvis av Cowley och Billings (1999). Hälso-egenmakten kan bidra till positiva konsekvenser för såväl den psykiska som fysiska hälsan, något som resultaten i föreliggande studie talar för. Att den psykiska hälsan påverkas gynnsamt av egenmakt har även framkommit i andra studier (Jeanneau m.fl., 2006). På vilket sätt skulle man då kunna värna om människors hälso-egenmakt? Personal inom hälso- och sjukvården skulle kunna ha en viktig roll att fylla, till exempel genom att stärka patientens handlingskraft i förhållande till sina problem. I detta sammanhang är ett aktivt och empatiskt lyssnande från personalens sida viktigt för att förstå hur patienten definierar sin situation (jmf. Åsbring, 2003).

Faktoranalysen sorterade fram en dimension som kan kallas *jämlikhet*, vilket handlar om individernas känsla för huruvida samhället är jämlikt eller ojämnt avseende den behandling man får inom sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagen (1982) läggs tonvikt på: "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Detta innebär lika vård för lika behov, oavsett social position och köpkraft. En jämlik sjukvård inbegriper även lika bra vårdkvalitet för alla (Burström, 2009). Dahlgren (2010) menar att det inte är kartlagt om höginkomsttagare har kortare väntetider än låginkomsttagare till den offentligt finansierade vården, men hänvisar till en undersökning genomförd i Danmark (Sundhetsministeriet, 2000) som visat att så är fallet. Det har också framkommit att det finns skillnader i Sverige vad

gäller vårdens kvalitet för olika patientgrupper (Sveriges kommun- och landstingsförbund, 2009). De yngre deltagarna i föreliggande undersökning, männen i högre grad än kvinnorna, upplevde mindre ojämlikhet än de äldre. De tycks helt enkelt uppfatta samhället som mer jämlikt än vad de äldre gör. Denna upplevelse av rättvisa och jämlikhet i samhället visade sig också samvariera med faktorerna vårdtillit och en bättre generell hälsa. Man kan tänka sig flera förklaringar till varför undersökningens yngre deltagare skattat en relativt hög uppfattning av jämlikhet. Kan det förhålla sig så, att den personliga erfarenheten av att bli jämlikt respektive ojämlikt behandlad speglas i resultaten (de yngre har mindre "vårdfarenhet") eller har vi här att göra med en mediabild som får yngre personer att se förhållandena inom vården som mindre problematiska än vad äldre personer gör? En alternativ, och mer existentiell, förklaring har att göra med unga människors förmodade känsla av att inte se sjukdom som så näraliggande som kanske äldre gör. Det är emellertid svårt att ge några svar på dessa frågor. Här krävs fördjupade undersökningar. Viktigt är emellertid att kontinuerligt göra uppföljningar kring jämlikhetsförhållandena inom hälso- och sjukvården.

Tilltron till *alternativ* (komplementär) *medicin* var en annan faktor som framkom i analysen. Inom Stockholms län har, enligt Hanssen m.fl. (2005), 49 % av befolkningen prövat någon form av alternativmedicinsk behandling såsom massage, kiropraktik, healing etc. Fler kvinnor än män och fler med högre utbildning använder sig, enligt Hanssen m.fl., av sådana behandlingar. Även i föreliggande studie noteras att kvinnorna har en högre tilltro till alternativmedicin än männen, allra mest gällde detta de unga kvinnorna. Furnham (2007) har visat att unga män som har en positiv inställning till vetenskap är minst benägna att använda sig av alternativmedicin. Vicent och Furnham (1996) har kommit fram till att människor uppsöker alternativmedicinska behandlare bland annat för att dessa upplevs ha en helhetssyn på problemen och bättre behandling än annan behandling som man prövat. I föreliggande studie visas att de personer som ser ett samband mellan kropp och psyke har en större tilltro till alternativmedicin, vilket är logiskt. Forskningen kring alternativmedicinens betydelse för befolkningen är eftersatt i Sverige och skulle kunna utvecklas betydligt, exempelvis genom att undersöka dessa behandlingars effektivitet och patientnytta.

8.2 Diskussion i förhållande till övriga statistiska analyser

Korrelationsanalyserna (tabell 3) visade på signifikanta samband mellan den psykiska och fysiska hälsan och att de olika ohälsoparametrarna hänger ihop. Variansanalysen indikerade att de unga vuxna inte skilde sig från de tre övriga åldersgrupperna vad gäller skattat fysiskt tillstånd, men de hade fler psykosomatiska besvär samt en högre grad av psykisk ohälsa än i man hade i de högre åldersgrupperna. De unga hade dessutom en lägre livskvalitet vad gäller psykiska och sociala aspekter. Dessa resultat är samstämmiga med resultat från annan forskning. Den psykiska hälsan bland unga beskrivs vara sämre än i andra åldersgrupper (Socialstyrelsen, 2008; Stockholms läns landsting, 2007, Ungdomsstyrelsen, 2007) och livskvaliteten i befolkningen har visats vara sämst bland de unga mellan 16-29 år (Ungdomsstyrelsen, 2007). I föreliggande studie framkom även att den psykiska hälsan och de psykiska och sociala aspekterna av livskvaliteten är bättre ju äldre individerna är. Frågan är bara om detta förhållande håller i sig när dagens unga har blivit äldre. Som det ser ut idag måste

satsningar till för att i synnerhet de unga vuxnas psykiska hälsa ska förbättras. De ungas liv innehåller flera sårbarhetsmoment och det är viktigt att de får tillräckligt stöd i att hantera de livsvillkor som de lever under, exempelvis genom att tillskapa olika mötesplatser där dessa frågor kan ventileras (Åsbring, 2010). Kvinnorna, och i synnerhet de unga kvinnorna, skattade både en sämre fysisk och psykisk hälsa än männen. Liknande resultat har framkommit i tidigare undersökningar (Socialstyrelsen, 2008; Stockholms läns landsting, 2007; Ungdomsstyrelsen, 2007). Kvinnorna hade även en lägre grad av psykisk livskvalitet än männen. Det finns således en ojämlikhet i hälsa mellan kvinnorna och männen.

Om man betraktar de sex kategorierna från faktoranalysen och hur de relaterar till ohälsoparametrarna kan man konstatera att både en hög grad av vårdtillit och en hög grad av hälsoegenmakt är kopplade till en bättre generell hälsa. Dessutom kan man notera att de som uppfattade att ett positivt förhållningssätt har goda effekter på hälsan skattade ett bättre psykiskt hälsotillstånd och generell livskvalitet. Sysselsättning, ålder och kön visade sig vara särskilt viktiga demografiska variabler med betydelse för såväl den fysiska som den psykiska hälsan.

8.3 Diskussion i förhållande till den tematiska analysen

Utifrån respondenternas svar om vad de uppfattade ligga till grund för psykisk och fysisk hälsa och ohälsa framträdde åtta olika teman. Dessa teman är: fysiska aspekter, livsstilsaspekter, sociala aspekter, fritidsaspekter, arbets- och studieaspekter, behandlingsaspekter, övriga aspekter och multifaktoriella aspekter. Aspekterna är påverkade av den kulturella kontext vi befinner oss i. Det finns, inom forskningen, ett antal förklaringsmodeller som tagits fram utifrån människors uppfattningar om vad som påverkar ohälsan, även i viss mån kring vad som orsakar hälsa.

8.3.1 Vardagliga föreställningar om ohälsa

Richt (1994) tar upp biologiska, sociokulturella, epidemiologiska och teleologiska förklaringar samt förklaringar kopplade till människors handlingar. Mycket av Richts tänkande skulle kunna appliceras på föreliggande studie. Mercado-Martinez och Ramos-Herrera (2002) har undersökt människors föreställningar om orsaker till diabetes. Många av de personer som ingick i studien ansåg att deras diabetes berodde på en kombination av personliga, strukturella (samhälliga), sociala, ekonomiska och emotionella faktorer. Ofta fanns en koppling till deras erfarenheter och problem i det dagliga livet och det handlade ofta om deras arbete, relationer, fritid och familjeliv. Dessa resultat överensstämmer i stort med de resultat som framkom i föreliggande analys av deltagarnas öppna svar. Lekmäns, patienters och professionellas uppfattningar om orsaker till depression har undersökts av, till exempel Kuyken m.fl. (1992). Biologiska/medicinska orsaker beskrevs liksom sådant som handlade om förluster i livet, ouppfyllda förhoppningar, stress, traumatiska livshändelser och dåligt socialt stöd. En annan orsak till depression som beskrevs var att vara en känslig personlighetstyp. Dessa skiftande förklaringar finner vi också i föreliggande studie. Risør (2009) menar att förklaringarna till depressioner dels utgår från varje individs personlighetsdrag, dels orsakas av allmänmänskliga frågor som berör mening och sammanhang i livet. I förelig-

gande studie finns exempel på båda, vilket visar att resultaten har en koppling till Antonovskys teori KASAM (1979). En klassisk studie av vardagliga föreställningar om ohälsa baseras på intervjuer med medelålders arbetarklasskvinnor i Skottland (Blaxter, 1983). Bland dessa kvinnor ansågs infektioner vara den vanligaste orsaken till kroppsliga besvär. Andra faktorer som berördes var arv, miljön, sekundära effekter av besvär, stress, graviditet, menopausen, trauman och kirurgiska ingrepp. I en senare studie har Blaxter (1993) visat att även psykologiska orsaker, såsom åsidosättande av egna behov och individuell sårbarhet, beskrivs kunna orsaka ohälsa. De flesta av de aspekter som nämns av Blaxter togs också upp av deltagarna i föreliggande undersökning, men här framträder sambandet mellan kropp och psyke än tydligare. Pill och Scott (1982) har också gjort intervjuer med kvinnor. Hälften av dessa kvinnor ansåg att orsakerna till deras ohälsa berodde på deras egna beteenden, något som tyder på självinsikt och även viss självförebåelse. Även i föreliggande undersökning beskrev de tillfrågade vissa besvär som självförvållade, såsom de livsstilsrelaterade, medan andra besvär, såsom de ärftliga, ansågs ligga utanför den egna kontrollen (jmf. Hansson Scherman, 1998). Vissa besvär och tillstånd beskrevs således vara mer påverkbara än andra. Både Blaxter (1983) och Pill och Scott (1982) framhåller att komplexa, multifaktoriella beskrivningar ofta används för att förklara besvär. Även föreliggande undersökning visar att så är fallet. Ofta var det flera olika betingelser som ansågs ge upphov till hälsa respektive ohälsa, vilket talar för att meningsskapandet inbegriper komplexa processer (jmf även Kuyken, m.fl 1992). Även Herzlich och Pierret (1987) och Risør (2009) pekar på att människor sällan använder endast en förklaring, utan att man oftast har flera olika. Vissa aspekter återkommer dock oftare än andra såsom de livsstilsrelaterade, vilka beskrevs ha betydelse för såväl den psykiska som den fysiska hälsan. Inte sällan beskrevs en händelsekedja, där en negativ händelse (t.ex. stress) leder till andra negativa händelser (t.ex. sömnsvårigheter) som i sin tur kan få ytterligare konsekvenser. Specifika symtom (t.ex. eksem) kopplades ibland till specifika orsaker (t.ex. stress), vilket tyder på en tydlig uppfattning om vad som orsakar besvären. Ohälsan ansågs oftast uppkomma till följd av att man hade utsatt sig för det som upplevs vara skadligt för hälsan eller inte fått påfyllning av sådant som uppfattas främja hälsan.

8.3.2 Vardagliga föreställningar om hälsa

Om vi övergår till vardagliga föreställningar om vad som bidrar till hälsa har Millstein och Irwin (1987), beskrivit att det kan handla om sådant som att kunna springa en mil, inte ha för många krämpor, ha en bra inställning, doktorn säger att man är frisk eller att själv känna att man mår bra. Blaxter (1990) beskriver hälsa som frånvaro av besvär, att vara i fysiskt bra skick och leva ett hälsosamt liv. Dit hör också att kunna utnyttja sin energi samt att ha ett psykosocialt välbefinnande. Lindholm (1993, 1997) har undersökt gymnasieelevers uppfattning om hälsa. De ansåg att hälsosamma levnadsvanor, goda relationer, personliga egenskaper, livssyner, sociala och ekologiska förhållanden påverkar hälsan gynnsamt. Merparten av dessa aspekter har även framkommit i föreliggande studie. I Lindholms undersökning (1993) fann man att unga människor har två olika hälsomotiv, nämligen att antingen sträva efter att uppnå positiva effekter eller att undvika negativa effekter. I den studie som presenteras här beror en bra hälsa på; 1) något som individen själv aktivt gör eller har gjort för att hålla sig frisk och må bra (t.ex. motion), 2) goda förutsättningar och livsvillkor som redan

finns (t.ex. ett bra familjeliv), 3) frånvaro av negativa hälsoaspekter (t.ex. stress), 4) undvikande av det som uppfattas vara dåligt för hälsan (t.ex. rökning) samt 5) måttlighet när det gäller sådant som upplevs som osunt eller riskfyllt (t.ex. alkohol). Budskapen kring dessa aspekter tycks således ha nått ut och påverkat individerna. För den psykiska hälsan uppfattades det vara särskilt viktigt att det basala i livet fungerar, men många lyfte också fram vikten av stimulans, mening etc.

8.4 Allmän diskussion

Deltagarnas föreställningar om hälsa och ohälsa sammanfaller delvis med hälsans bestämningsfaktorer (se Pellmer & Wramner, 2007) som innefattar människors sociala nätverk, uppväxtmiljö, levnadsvanor och livsvillkor. Det finns också en koppling till människors hälsolitteracitet (health literacy - se Adams m.fl., 2009) som avser våra möjligheter att förstå och tolka olika faktorer och inverkan på hälsan och söka relevant hälsoinformation, vilket kan beskrivas som en sorts kompetens. En hög grad av hälsolitteracitet ökar möjligheterna till att fatta bra hälsobeslut och finna rätt väg inom vården. Såväl hälsans bestämningsfaktorer som graden av hälsolitteracitet kan tänkas ha betydelse för individernas vardagliga föreställningar om hälsa och ohälsa.

Föreliggande undersökning har några svagheter som bör nämnas. En uppenbar sådan är den låga svarsfrekvensen samt det faktum att det var fler äldre och kvinnor som besvarade enkäten. Detta begränsar givetvis resultatens generaliserbarhet. Det går inte att få kännedom om vilka personer enkäterna skickats ut till eftersom de besvarades anonymt (det finns ingen koppling mellan enkät och individ). Av den anledningen går det inte att uttala sig om hur bortfallet egentligen ser ut. En annan fundamental svaghet är att enkätfrågorna om tänkbara föreställningar om hälsa, ohälsa och vården skapades av rapportens två författare och ytterligare en forskare och inte utifrån förslag från målgruppen för undersökningen. Detta kan medföra att de i studien undersökta föreställningarna inte är fullständigt representativa för målgruppen. Utifrån svaren på de öppna frågorna som ställdes kan emellertid konstateras att frågorna ändå varit relativt representativa. Ytterligare en svaghet är att Cronbachs alfa värdena för de sex faktorerna i faktoranalysen genomgående var något låga. Detta skapar en tveksamhet kring hur väl de olika frågorna i varje skala egentligen mäter samma sak. Ett annat förfarande, till exempel med noggrannare testningar av frågornas relevans i olika målgrupper, hade eventuellt kunnat förebygga detta problem. En annan svårighet handlar om kategoriseringen av de öppna svaren. Det var inga problem med placeringen av svaren inom områdena fysisk ohälsa/hälsa eller psykisk ohälsa/hälsa eftersom deltagarna skrev sina svar under dessa fyra rubriker. En tolkning har däremot gjorts avseende inom vilka aspekter-kategorier (livsstilsrelaterade-, sociala- etc.) deltagarnas utsagor skulle placeras. Misshandel kan exempelvis klassificeras både som en social, psykisk och en fysisk aspekt, men placerades här i kategorin sociala aspekter, vilket beror på det sammanhang som beskrivits av respondenterna. Det finns således ett relativt stort tolkningsutrymme. Det är också viktigt att föra fram att forskarens förståelse är av betydelse i en undersökning som denna och påverkar de frågor som ställts i enkäten och de resultat som lyfts fram. Dessutom är det viktigt att framhålla att resultaten inte utgör någon slutgiltig sanning, utan att de, i

enlighet med teorin om sociala representationer, baseras på den mening som skapats kring de fenomen som undersökts.

Det är även på sin plats att reflektera över hur de två delarna i studien, d.v.s. de statistiska och de tematiska analyserna, hänger ihop. I resultatdelen visas att det finns beröringspunkter delarna mellan, men sett i backspegeln, borde den tematiska analysen ha föregått den statistiska faktoranalysen, eftersom frågorna i enkäten då hade varit grundade i deltagarnas uppfattningar. Nu kan man istället se det som två olika analyser som kompletterar varandra och som kan förstärka vissa resultat. Det visas till exempel att de faktorer som framkom i faktoranalysen delvis överensstämmer med de teman som växte fram i analysen av de öppna svaren. Det kan dock konstateras att det inte är lätt att föra samman två olika analyssätt på det sätt som gjorts här och att det glapp som finns mellan den statistiska och tematiska analysen, i såväl språklig som analytisk bemärkelse, är svår att överbrygga på ett bra sätt.

9 Fortsatt arbete

Ett centralt resultat som framkom i undersökningen är att de unga vuxna hade fler psykosomatiska besvär, sämre psykisk hälsa samt lägre psykisk och social livskvalitet än personer i de övriga åldersgrupperna. Dessutom visas att kvinnorna, i synnerhet de unga kvinnorna, hade en sämre fysisk och psykisk hälsa samt psykisk livskvalitet än de unga männen. Det finns således en ojämlikhet i hälsa mellan åldersgrupperna och könen. En viktig uppgift är således att särskilt beakta dessa aspekter i folkhälsoarbetet och att arbeta för att minska denna ojämlikhet, till exempel genom riktade insatser till unga människor, i synnerhet unga kvinnor. Det som också tydligt framkom är det nära sambandet mellan den psykiska och fysiska hälsan och detta samband visas i alla delar av studien. Särskilt vårdgivare bör vara observanta vad gäller detta. I folkhälsoarbetet kan både primär- och sekundärpreventiva insatser behövas för att förbättra den psykiska hälsan i befolkningen. En förbättrad psykisk hälsa kan få som konsekvens att även den fysiska hälsan förbättras, vilket ger en ”dubbel” vinst för individen och samhället.

Analysen av innehållet i de öppna frågorna visade att meningsskapandet kring (o)hälsa och ohälsa inbegriper komplexa processer och att deltagarna ofta hade multifaktoriella förklaringar till hälsa och ohälsa. Det är dock inte alltid lekmäns föreställningar överensstämmer med de professionellas uppfattningar (Hughner & Kleine, 2004). Därför är det speciellt viktigt att vårdgivarna är inlyssnande vad gäller människors vardagliga föreställningar om vad som har betydelse för deras hälsa (jmf. Malterud, 1990; Olin Lauritzen, 1990; Åsbring, 2003). En sådan kunskap skulle kunna underlätta relationen mellan patient och vårdgivare, graden av följsamhet och eventuellt också läkeprocessen. Idag görs satsningar på att utbilda vårdgivare i ett ”hälsofrämjande förhållningssätt”, vilket också borde inbegripa att försöka förstå hur patienten definierar sin situation och utgå från denna referensram i arbetet. Med denna kunskap om hur patienten ser på sin hälsa kan det bli lättare för vårdgivaren att motivera individen att inta ett mer hälsomedvetet förhållningssätt och att stärka handlingskraften i förhållande till eventuella problem.

Deltagarnas uppfattningar om orsaker till hälsa och ohälsa betraktas här som föreställningar. Dessa föreställningar kan emellertid vara verkliga orsaker till ohälsa, vilket det inte går att uttala sig om här, men det är ändå föreställningar som är grundade i människors egna tankar om (o)hälsa. I en fortsättningsstudie skulle man kunna undersöka sambandet mellan människors föreställningar om (o)hälsa och verkliga orsaker till (o)hälsa. Det var framförallt fyra övergripande teman som framträdde i den tematiska analys som gjorts avseende vad som uppfattas bidra hälsa och ohälsa. Dessa var egenmakt, hälsomedveten livsstil, livsbalans och livsinställning. Utifrån hypotesen att föreställningarna kan ha bäring på verkliga orsaker till hälsa och ohälsa skulle man, som ett komplement till den traditionella inriktningen i folkhälsoarbetet mot livsstilsfrågor, också kunna fokusera på egenmaktens, livsbalansens och livsinställningens betydelse. Det skulle vara en hälsosatsning i en mer holistisk anda som spänner över flera olika områden, såväl fysiska som psykiska, en satsning som också skulle kunna ge synergieffekter. Flera arenor skulle kunna användas i ett sådant utvecklingsarbete, såsom inom ramen för skolämnet livskunskap eller som ett samlat hälsokoncept riktat till olika delar av befolkningen. Angreppssättet skulle också vara ett sätt att öka graden

av "health literacy" inom målgrupperna. Även hälso- och sjukvårdens aktörer skulle kunna ha en viktig roll att fylla när det gäller att lyfta fram betydelsen av egenmakt, en hälsomedveten livsstil, livsinställning och livsbalans för att leva upp till devisen om "en hälsofrämjande hälso- och sjukvård" (Socialstyrelsen, 2005; Statens Folkhälsoinstitut, 2004). Ett stöd för detta argument är exempelvis att analyserna visade att hälsoegenmakt samvarierade med en bättre generell hälsa.

Eftersom det område som här fokuseras är relativt nytt och spänner över ett stort fält, så är rapporten främst användbar som inspirationskälla för forskare, vårdgivare och andra som arbetar med hälso- och folkhälsofrågor. Rapporten bidrar särskilt med kunskap om människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården, hur hälsan skattas i olika åldersgrupper och kring det psykosomatiska perspektivet.

10 Slutsatser

I föreliggande undersökning har en strävan varit att anlägga ett helhetsperspektiv på (o)hälsa genom att använda kvalitativa och kvantitativa metoder samt studera olika åldersgrupper. Såväl fysiska som psykiska hälsoaspekter har varit i fokus liksom hälsa och ohälsa. De huvudsakliga resultaten från studien kan delas in i tre områden. Det första området handlar om människors föreställningar om hälsa, ohälsa och vården, och utifrån den faktoranalys som gjordes utkristalliserades sex olika faktorer: vårdtillit, kropp och psyke, positivt förhållningssätt, hälso-egenmakt, jämlikhet och alternativmedicin. I korrelationsanalysen framkom exempelvis att de tillfrågade som såg ett samband mellan kropp och psyke även ansåg att ett positivt förhållningssätt har goda effekter på hälsan, har högre hälso-egenmakt och en större tilltro till alternativmedicin. Det andra området berör deltagarnas skattning av hälsan, som visade ett tydligt samband mellan deras fysiska och psykiska hälsa. Det framkom också att de unga vuxna hade en högre andel psykosomatiska besvär samt en högre grad av psykisk ohälsa än de övriga åldersgrupperna liksom en lägre psykisk och social livskvalitet. Det fanns också könsskillnader. De unga kvinnorna hade ett sämre fysiskt tillstånd samt skattade en högre grad av psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa i jämförelse med de unga männen liksom en lägre grad av psykisk livskvalitet. Det tredje området inbegriper uppfattningarna om orsaker till psykisk och fysisk (o)hälsa. Det var åtta aspekter som framträdde här: fysiska aspekter, livsstilsaspekter, sociala aspekter, fritidsaspekter, arbets- och studieaspekter, behandlingsaspekter, övriga aspekter och multifaktoriella aspekter. Oftast var det inte en enskild händelse som uppfattades bidra till hälsa eller ohälsa, utan flera olika samverkande faktorer. Många beskrev ett tydligt samband mellan den psykiska och fysiska hälsan. Utifrån beskrivningarna framträdde några centrala övergripande delvis påverkbara aspekter, som kan ses som en nutida diskurs. Dessa var: egenmakt, hälsomedveten livsstil, livsbalans och livsinställning, aspekter som kan fokuseras i folkhälsoarbetet. Det psykosomatiska perspektivet behöver också generellt uppmärksammas mer liksom ojämlikheten i hälsa mellan olika åldersgrupper och kön. Människors egna föreställningar om (o)hälsa bör tas i beaktande i synnerhet av vårdgivare.

11 Referenser

- Adams, R.J., Stocks, N.P., Wilson, D.H., Hill, C.L. (2009). Health literacy. A new concept for general practice? *Australian Family Physician*, 38, 144-147.
- Al-Saffar, S. (2003). *Trauma, ethnicity, and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry*. Doctoral dissertation, Department of Neurotec, Karolinska Institutet.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bergsten Brucefors A, Cederström, A, Michélsen, H. (2003). Vad är psykisk hälsa? *Psykisk hälsa*, nr 1, 6-11.
- Blaxter, M. (1983). The causes of disease. Women talking. *Social Science and Medicine*, 17, 59-69.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Tavistock/Routledge.
- Blaxter, M. (1993). Why do victims blame themselves, p. 124-42. I: A. Radley (red.). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease*. London: Routledge.
- Braun, V. Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Burström, B. (2009). Socialmedicin och rättvis vård. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 86, 410-16.
- Bäckman, G. (1989). *Individ, närmiljö och hälsa*. Utbildningsstyrelsen, Helsingfors.
- Calnan, M. (1987). *Health and illness. The lay perspective*. London: Tavistock Publ.
- Chaib, M. (1991). *Serge Moscovici och teorin om sociala representationer*. Rapport från Barn- och Ungdomsforskning, nr 32. Högskolan i Jönköping.
- Cowley, S., Billings, J.R. (1999). Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 994-1004.
- Dahlgren, G. (2010). Vård på lika villkor – drivkrafter och motkrafter. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 87, 5-48.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Eysenck, H.J. (1993). Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: Results of a 15-year follow-up study. *Psychological Reports*, 72, 499-516.
- Farr, R., Moscovici, S. (1984). *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Fletcher, G. (1995). *The scientific credibility of folk psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fredriksson, P., Häggström, H. (1994). *Livsinställning och hälsa*. Institutionen för Samhällsvetenskap. Högskolan i Örebro.
- Furnham, A. (1984). Lay conceptions of neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 5, 95-103.
- Furnham, A. (2007). Are modern health worries, personality and attitudes to science associated with the use of complementary and alternative medicine? *British Journal of Health Psychology*, 12, 229-243.
- Goldberg, D.P., Williams, P. (1988). *The user's guide to the general health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Hall, S. (1997). Representation, meaning and language. In: S. Hall (Ed.). *Representation: Cultural Representations and signifying practices*. (pp. 15-30). London: Sage.
- Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launsø, L., Fønnebø, V., Falkenberg, T., Rasmussen, N.K. (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 57-62.
- Hansson Scherman, M. (1998). *Den besvärlige patienten. Om den inre logiken i skilda sätt att tänka om sjukdom och bot*. Lund: Studentlitteratur.
- Hassmén, P., Koivula, N. (1996). *Variansanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Herzlich, C., Pierret, J. (1987). *Illness and self in society*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Hochwälder, J. (1996). *Cognitive structures as factors in social cognition: Four empirical studies of implicit personality theory*. Doctoral dissertation, Stockholm University.
- Hochwälder, J. (1997). *En tillämpning av konfirmativ faktoranalys*. D - uppsats i statistik. Statistiska institutionen, Stockholms Universitet.
- Hochwälder, J. (2000). Assumptions about human nature. A comparison of implicit and explicit personality theories. *Psychological Reports*, 87, 611 – 622.
- Hughner, R.S., Kleine, S.S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8, 395-422.
- Hällström, T., Dahmström Thakker, K., Forsell, Y., Lundberg, I., Tinghög, P. (2003). *The PART study: A population based study of mental health in the Stockholm County: Study Design. Phase I (1998-2001)*. Report from Samhällsmedicin.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (1982). 1982:763.
- Jeanneau, M., Åsbring, P., Hochwälder, J., Carlberg, M., Upmark, M. (2006). *Egenmaktskolan. En samtalsserie om existentiella frågor – genomförande och utvärdering*. Enheten för psykisk hälsa, Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.

- Kelley, H. H. (1992). Common-sense psychology and scientific psychology. *Annual Review of Psychology*, 43, 1-23.
- Kim, J., Mueller, C. W. (1986). *Introduction to factor analysis: What it is and how to do it*. Sage University paper series on quantitative applications in social sciences, series no. 07-013. Beverly Hills & London: Sage Publications.
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Mueller, K. E. (1988). *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- Kuyken, W., Brewin, C.R., Power, M.J., Furnham, A. (1992). Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 257-268.
- Lerner, M. (1999). *Psykosomatik – kroppens och själens spegel*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lindholm, L. (1993). Den unga människans hälsobild – en studie över gymnasieelevers uppfattning om hälsa. *Hoitotiede*, 5, 56-63.
- Lindholm, L. (1997). Health motives and life values. A study of young persons' reasons for health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 11, 81-89.
- Malmquist, J. (2000). *Föreställningar om sjukdom. Somatisering – Medikalisering - Prioritering*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1990). *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Institutt for allmennmedisin*. Universitetet i Bergen. Bergen: Tano.
- Marková, I., Farr, R. (1995). *Representations of health, illness and handicap*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Medin, J., Alexandersson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Mercado-Matinez, F., Ramos-Herrera, I. (2002). Diabetes: The layperson's theories of causality. *Qualitative Health Research*, 12, 792-806.
- Millstein, S. G., Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variation on a theme? *Health Psychology*, 6, 515-524.
- Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och värde*. Stockholm: Thales.
- Näslund, G.K. (1996). *Health behaviour. Studies on determinants for health behavior and the relationships between behaviour, beliefs, and knowledge*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Olin Lauritzen, S. (1990). *Hälsovård som rutin eller relation*. Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet.
- Olin Lauritzen, S. (1997). *Föreställningar om hälsa och ohälsa. Perspektiv och begrepp i studier av lekmanaföreställningar om hälsa och ohälsa*. Arbetsrapport nr. 3, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

- Olin Lauritzen, S. (2001). Vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom. I: R. Qvarsell, U. Torell, (Red.). *Humanistisk hälsoforskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pellmer, K., Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Pill, R., Scott, N. (1982). Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working mothers. *Social Science & Medicine*, 16, 43-52.
- Rasmussem, H.N., Scheier, M.F. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annual of Behavioral Medicine*, 37, 239-256.
- Richt, B. (1994). Skuld som orsak eller som konsekvens. I: B. Richt (Red.). *Öppningar och farhågor*. Linköpings Universitet, Linköping.
- Risør, M.B. (2009). Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different ideoms for different contexts. *Health*, 13, 505-521.
- Sanders, T., Campbell, R., Donovan, J., Sharp, D. (2007). Narrative accounts of hereditary risk: Knowledge about family history, lay theories of disease, and 'internal' and 'external' causation. *Qualitative Health Research*, 17, 510-520.
- Scheier, M., Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schneider, D. J. (1973). Implicit personality theory: A review. *Psychological Bulletin*, 79, 294-309.
- Socialstyrelsen. (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden*. Stockholm.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm.
- Statistiska centralbyrån, 2005. *Undersökningar av levnadsförhållanden – ULF*. Stockholm.
- Sternberg, R. J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 607-627.
- Sternberg, R. J., Conway, B. E., Ketron, J. L., Bernstein, M. (1981). People's conceptions of intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 37-55.
- Stockholms läns landsting (2006). *Behov av hälso- och sjukvård i Stockholms län utifrån ett befolkningsperspektiv*. Beställare vård, Stockholm.
- Stockholms läns landsting. (2007). *Folkhälsorapport. Folkhälsan i Stockholms län*. Centrum för folkhälsa, Stockholm.
- Sundhetsministeriet. (2000). *Sundhetsanalyser 2000:2. Social ulighet i sundhet. Forskelle i helbred, livsstil og bruk av sundhetsvaesenet. Delrapport fra Middellevetidsudvalget*. Copenhagen: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsjö, G., Scherstén, B., Nilsson, P. (2002). Hög känsla av sammanhang kan ha hälsofrämjande effekter. *Läkartidningen*, 99, 1195-1200.
- Sveriges kommun och landstingsförbund. (2009). *Öppna jämförelser – Folkhälsa*. Sveriges kommuner och landsting, Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Söderqvist, S., Bäckman, G. (1988). *Life control and perceived health*. Åbo Akademi, Åbo.
- Tamm, M. (1989). *Olika synsätt på hälsa och sjukdom: En studie bland sjukgymnaststuderande*. (FoU-rapport nr 3) Vårdhögskolan, Boden.
- Ungdomsstyrelsen. (2007). *Unga med attityd. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2007*. (Ungdomsstyrelsens skrifter 2007:11). Stockholm.
- Vincent, C., Furnham, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 37-48.
- Wegner, D. M., Vallacher, R. A. (1977). *Implicit psychology: an introduction to social cognition*. New York: Oxford University Press.
- Werbart, A., Levander, S. (1998). Ont i kroppen – ont i själen. Behovet av privata förklaringsystem vid upplevd ohälsa, *Psykisk hälsa*, nr 2.
- Werbart, A., Levander, S., Sahlberg, B., Ginner, H., Philips, B., Jacobsson, G., Claesson, M. (2002). The research programme on private theories of pathogenesis and cure. I: P. Fonagy (red.). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, 2nd ed. (p. 211-214). London: International Psychoanalytical Association.
- Wiklund, I., Tibblin, G., Dimnäs, E. (1990). Quality of life and hypertension. Where do we stand? New methods, new possibilities. Definition and measurement of quality of life from a medical perspective. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (Suppl. I).
- Åsbring, P. (2003). *Osäkra 'sjukdomar' – dilemman och möjligheter. Kvinnliga patienters och läkares erfarenheter av kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi*. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Åsbring, P. (2010). Unga vuxna beskriver orsaker till psykisk ohälsa. *Psykisk hälsa*, nr 1, 27-32.

Tack

Flera personer inom Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, har lämnat synpunkter på föreliggande rapport. *Birgitta Greitz* har givit kloka kommentarer sprungna ur ett folkhälsoperspektiv. *Madeleine Jeanneau* har noggrant nagelfarit hela manuskriptet och givit mycket insiktsfulla metodologiska, innehållsmässiga och språkliga kommentarer på texten. *Lene Lindberg* har också granskat rapporten liksom *Irène Sundelin* som har bidragit med intelligenta synpunkter utifrån ett kvalitativt perspektiv, men även utvecklat de teoretiska tankegångarna. Tack allihop för era bidrag! Era skilda perspektiv har bidragit till en bättre rapport. Vi vill också tacka *Barbro Eriksson* för språkgranskning och *Gunilla Kornelind* för layout.

ISBN: 978-91-86313-58-6

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**