

Beteckning:



**Akademin för hälsa och arbetsliv**

## Kvinnors syn på hälsa

*Josefin Elversson*  
*Januari 2011*

C-uppsats 15 hp  
Folkhälsovetenskap

**Hälsopedagogiska programmet**  
**Handledare: Per Lindberg**  
**Examinator: Birgitta Wiitavaara**

Högskolan i Gävle

Akademin för hälsa och arbetsliv

**Titel:** Kvinnors syn på hälsa

**Författare:** Josefin Elversson

**Handledare:** Per Lindberg

**Kurs:** Examensarbete C 15 hp

**Datum:** 110131

## **Sammanfattning**

Det finns många olika definitioner om begreppet hälsa och nästan alla är olika. Vissa ser på hälsa som frånvaro av sjukdom medan andra menar att hälsa är när vi har ett fullständigt välbefinnande på alla plan, fysiskt, psykiskt och socialt. Men hur ser olika kvinnor angående begreppet hälsa?

Syftet med denna undersökning var att se hur kvinnor i olika åldrar uppfattade begreppet hälsa och vad de ansåg att de kunde göra för att främja hälsa, och om det fanns några speciella hinder till att främja hälsa. Denna studie genomfördes med en kvalitativ ansats. Sammanlagt deltog 12 kvinnor med ett åldersspann på 22 – 65 år. Dessa personer var uppdelade i två fokusgrupper med 5 respektive 7 personer i varje grupp. Till en början skulle det vara tre stycken fokusgrupper men på grund av bortfall blev det tillslut två stycken.

Resultatet analyserades genom ett fenomenografiskt sätt där det som var mest relevant för studien plockades ut. Resultatet visar att hälsa för dessa kvinnor var något väldigt brett och att det är många olika faktorer som kan påverka vår hälsa. De olika faktorerna som kom på tal var: kost, motion, känsla av meningsfullhet, inre välmående och sociala kontakter. Det som grupperna hade mest gemensamt när de diskuterade begreppet hälsa var att kosten och motionen har en stor betydelse för vår hälsa. Det huvudsakliga som deltagarna gjorde för att främja sin egen hälsa var därför tänka på vad de åt och motionera så mycket de hade tid för. Just tiden ansåg dessa kvinnor vara ett hinder till att främja hälsa och de ansåg att den fysiska aktiviteten var det som de valde bort först när tiden blev för knapp för att hinna med allt.

## **Abstract**

**Titel:** Kvinnors syn på hälsa

**Författare:** Josefin Elversson

**Handledare:** Per Lindberg

**Kurs:** Examensarbete C 15 hp

**Datum:** 110131

This study is about how women look at the concept of health, what makes these women want to promote their own health and what they believe are reasons for not doing it.

12 women participated and they were divided into two focusgroups. Five women in the first group and seven in the second group. The inclusion criteria for age in this study were between 22 – 65 years. This study was originally intended to have three groups, but because of people falling out of the study it ended up with two groups. Data was analyzed using a fenomenographical approach.

The conclusion of this study was that these women present a wide answer about what health is. The different factors that came up was: diet, exercise, sense of purpose, well-being and social contacts. Both groups agreed that health is mostly diet and physical activity. To promote their own health both groups felt that they were trying to think about what they ate and they tried to exercise as much as possible. The study group found time to be the biggest obstacle in promoting health. They thought that physical activity was the first thing to be removed if time was not enough.

**Keywords:** Health, women, physical activity and eating habits

## **Förord**

Jag vill tacka min handledare Per Lindberg för tiden han tagit sig med mitt arbete. Även ett tack Catrine Elversson och Annica Björklin för deras tips och stöd under arbetets gång. Och sist men inte minst personerna som deltog i fokusgrupperna.

Josefin Elversson

## Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Olika definitioner om hälsa .....	1
1.2 Vad påverkar hälsan.....	2
1.3 Kvinnor och mäns hälsa.....	4
2. Syfte.....	5
3. Metod.....	6
3.1 Urval.....	6
3.2 Genomförande .....	6
3.3 Analys.....	7
3.4 Etiska ställningstaganden .....	7
4. Resultat.....	8
4.1 Hälsa enligt grupperna.....	8
4.1.1 Kost.....	9
4.1.2 Motion.....	10
4.1.3 Sociala kontakter.....	10
4.2 Vad kan leda till en försämrad hälsa?.....	11
4.3 Kvinnornas syn om mäns hälsouppfattning .....	12
5. Diskussion.....	12
5.1 Resultatdiskussion .....	12
5.2 Metoddiskussion.....	15
5.2.1 Urval .....	15
5.2.2 Utförande.....	15
5.2.3 Påverkan.....	16
5.3 Konklusion.....	17
6. Referenser.....	17

# 1. Introduktion

## 1.1 Olika definitioner om hälsa

Eftersom att hälsa är personligt så blir den enda giltiga mätmetoden att människor får bedöma hur vida de är vid en god hälsa eller inte. Detta kan medföra problem eftersom att man inte kan veta vad den tillfrågade personen har i åtanke när den talar om hälsa. Betydelsen av begreppet hälsa är olika mellan olika grupper. Det beror mycket på vilken ålder personen som talar om hälsa är i eller vad denne har för erfarenheter. Forskning har även visat att en positiv definition av hälsa är vanligare bland människor som har en bättre utbildning eller bra livsförhållanden. (Blaxter, 1990)

Den definition av hälsa som använts mest är den WHO antog 1948. Hälsa är när människan har ett fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Dock har definitionen kritiserats mycket eftersom att den anses som utopiskt och för att hälsa enligt denna definition ses som ett absolut tillstånd. Men i WHO:s senare definition av hälsa menar de att hälsa är mer som en resurs, ibland som en aktivitet (Folkhälsorapport, 2005).

Det finns två huvudinriktningar om hur hälsa kan definieras – biomedicinsk inriktning och humanistisk inriktning. Om en människa har ett biomedicinskt synsätt anser denne att hälsa är frånvaro av sjukdom. Människan ses som ett system av fungerande organ istället för en individ. Fungerar organen normalt är personen vid god hälsa. Har människan ett humanistiskt synsätt så ser denne till hela människan och sätter individen i centrum. Hälsa är något mer än frånvaro av sjukdom (ibid.).

I hälsans mysterium (1991) menar Aaron Antonovsky att vissa människor kan behålla en god hälsa även om de utsätts för olika påfrestningar, de kan även till och med få en bättre hälsa och växa som människor om de utsätts för påfrestningar.

Antonovsky presenterade även ett alternativt sätt att beskriva ett hälsotillstånd. För att tydliggöra detta kan ett kontinuumtänkande kring hälsa visas som en modell.

Kontinuum som modell:

Ohälsa ----- Hälsa

Antonovsky menar att en person rör sig ständigt på denna linje, antingen mot hälsopolen eller mot ohälsopolen. Med denna modell försöker man förstå en persons aktuella hälsostatus och

förutsättningar. Alla personer kan använda denna modell och om denna person till exempel är en hälsopedagog kan denne titta på en persons tidigare livssituation och hela sammanhanget hos personen, man kan börja med att se vart på denna linje personen befinner sig idag. Befinner personen sig på mitten kan frågan vad som gör att personen inte är längre mot hälsopolen ställas för att få en klarare syn på hur personen mår. Även frågor som tar upp varför personen inte är närmare ohälsopolen kan göra så att användaren får en klarhet om personens hälsostatus. Detta kan leda till att användaren får en ny insikt och ser till exempel att den mest hälsofrämjande faktorn kan handla om att förbättra det sociala nätverket, på detta sätt framkommer det vad som behövs göras för att en person ska förflytta sig åt något håll på linjen. Med denna modell beskrivs och analyseras nuläget för att sedan fortsätta diskussionen kring hälsofrågor. Oftast sätter människor sjukdom och symptom till sjukdom i fokus, man ser inte till personen som har sjukdomen. Det görs inga reflektioner om hur delarna i en större helhet går ihop med varandra (Rydqvist & Winroth, 2004).

I boken Hälsans idé (1989) definieras hälsa som följande:

*”Hälsa är något ursprungligt, naturligt hos människan. Ohälsa är en följd av att människan mött olika slag av hinder och med större eller mindre framgång försökt bemästra dessa hinder”.*

Motsatsen till hälsa, ohälsa, orsakas oftast av arbetslivets villkor orsakade av högt tempo, slimmade organisationer och obalans mellan krav och resurser (Rydqvist & Winroth, 2004). De personer som har varit eller är i en ekonomisk kris har i betydligt större utsträckning fysiskt och psykisk ohälsa än de som inte har några ekonomiska problem (Wadman, Boström & Karlsson 2006).

## **1.2 Vad påverkar hälsan**

Det finns tre områden som påverkar hälsan; 1. Omgivande miljö 2. Arv - Genetiska faktorer och 3. Levnadsvanor – livsstil. Till den omgivande miljön räknas familjeförhållanden och boendemiljö, dessa har stor betydelse för vår uppväxt, utveckling och hälsa. Även service, fritidsutbud och arbete räknas till den omgivande miljön. Arbetsmiljön kan ha en stark påverkan på vår hälsa, både i positiv eller negativ riktning. De flesta av dessa faktorer kan på kort sikt inte förändras av enskilda individer, om en förändring ska ske på något av dessa plan måste det ske under en lång tidsperiod och oftast med hjälp av andra individer (Rydqvist & Winroth, 2004). Även Klein (2004) menar att om en person har en utbildning, sociala förhållanden och bra ekonomiska förhållanden medför detta att personen får en bättre hälsa och ett bättre välbefinnande. Genetiska faktorer syftar på att alla

människor föds med olika talanger. Vissa kan vara bra på att sjunga, andra att spela boll och andra att hantera problemlösningar. Människan kan forma sitt liv genom att tillvara ta dessa talanger. Detta är inom friskvårdsarbetet viktigt att ta hänsyn till, alla individer är olika och kan komma att behöva behandlas olika. Levnadsvanorna har en avgörande betydelse när det gäller den inre miljön, det själsliga. Till denna kategori hör mat, motion, sömn, alkohol och tobak. Till begreppet levnadsvanor och livsstil hör även hur människan använder sin tid och vad denne har för värderingar, vad människan anser vara viktigt och vad denne prioriterar (Rydqvist & Winroth, 2004). Forskning har visat att konsumtion av frukt och grönsaker leder till en minskad risk för många kroniska sjukdomar och många olika cancerformer (Wakita Asano et al. 2009). Personer med lägre utbildning tenderar att äta mindre frukt än de som gått en högre utbildning. Även de som är ekonomiskt utsatta äter mindre frukt och grönsaker än de som inte har en ekonomiskt utsatt situation (Wadman, Boström & Karlsson 2006). Det har visats att män som lever ensam har en mindre konsumtion av frukt och grönsaker. Medan kvinnor som lever ensam har en högre konsumtion av frukt och grönsaker (Wakita Asano et al. 2009).

Under de senaste årtiondena har många forskningar visat att fysisk aktivitet har positiva effekter på hälsan. Den fysiska aktiviteten bidrar bland annat till att minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar, fetma, högt blodtryck och vissa cancerformer (Sofi et al., 2010). I den fysiska aktiviteten ingår all typ av rörelse som gör att energiomsättningen ökar, till exempel motion, svampplockning, städning och trädgårdsarbete. Den rekommenderade fysiska aktiviteten per dag är 30 minuters aktivitet. Den fysiska aktiviteten är högre bland tjänstemän och högutbildade än bland personer i arbetaryrken och lågutbildade (Folkhälsorapport 2005).

Har en person en ständig oro och tänker på vissa saker så kan det påverka de fysiologiska processerna i kroppen. Det uppstår en inre obalans och denna obalans gör att en person kan känna till exempel en oro och ångest. Går denna person under en längre tid med denna oro och ångest kan det till slut leda till att någon sjukdom uppstår. Även positiva tankar kan påverka de kroppsliga processerna, då i stärkande eller positiv riktning (Rydqvist & Winroth, 2004).

Många forskningar har visat att sociala kontakter påverkar hälsan positivt (Abbot, 2008). Att tillhöra en grupp är ett starkt mänskligt behov, en grupp kan till exempel vara familjen, skolkamrater, arbetskamrater eller någon förening av olika slag. I dessa grupper kan man känna trygghet och tillhörighet, man kan också få social kontakt och bygga upp ett socialt nätverk. Detta är viktiga delar för att en bra hälsa ska uppnås. Att tillhöra en grupp hjälper även till att utvecklas som människa och klara av större yttre påfrestningar (Regeringens proposition 2007).



För att främja en hälsosam livsstil och förebygga ett ohälsosamt beteende är hälsokommunikationen viktig. Befolkningen får idag ta del av mer och mer budskap om hälsa. Det blir mer artiklar om hälsa i tidningar och mer reklam på tv. Alla människor uppfattar budskapen olika och budskapen berör människor på olika sätt. Vissa individer tar till sig budskapet mer och kan lättare ändra sin livsstil efter rekommendationerna medan för vissa personer kan budskapet gå obemärkt förbi (Clayman, Manganello, Viswanath, Hesse, Arora. 2010).

Ett bra arbetsliv bidrar inte endast med att minska den arbetsrelaterade ohälsan utan den förbättrar folkhälsan och ger bättre förutsättningar för en hållbar tillväxt. Individen ska kunna förena arbetsliv, familjeliv och fritid på ett hälsofrämjande sätt (FHI 2010). Att ha ett arbete som är jobbigt fysiskt eller psykiskt påverkar vår hälsa. Detta påverkar hälsan genom att vi inte har samma ork till att laga hälsosam mat och få den rätta mängden motion eller sömn. Detta leder till att risken för fetma och kroniska sjukdomar ökar (Kleiner & Pavalko 2010).

### **1.3 Kvinnor och mäns hälsa**

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 tas det upp att 77 procent av männen och 72 procent av kvinnorna i åldrarna 16-84 år anser att deras hälsotillstånd är bra. Cirka 6 procent av männen och 7 procent av kvinnorna anser att deras hälsotillstånd är dåligt.

Kvinnor och män fokuserar på olika saker när det gäller hälsa, anser Håkan Larsson i tidningen *Svensk idrottsforskning* (2009). Han anser att män är mer tävlingsinriktade medan kvinnor är mer socialt inriktade. Kvinnor ser mer till det inre välmåendet (känslorna och beteendet) och män ser mer till omvärlden. Det har blivit så att manligheten kopplas ihop med tävling, medan kvinnligheten kopplas ihop med kropp, motion och hälsa. De manliga sporterna är oftast lagbollspel medan kvinnliga sporter är individuella estetiska idrotter.

I en undersökning gjord i England där både män och kvinnor tillfrågades vad hälsa är för dem sade några av deltagarna såhär (Blaxter, 2009):

- Man 29 år – ”När jag har en bra hälsa känner jag mig inte sjuk.”
- Man 55 år – ”Du tänker inte på hälsa, du känner inget speciellt förrän du är sjuk.”
- Man 28 år – ”Jag tänker inte på när jag har en bra hälsa, jag tänker bara på det när jag blir sjuk”

- Kvinna 20 år – ”När jag har bra hälsa känner jag mig pigg och har energi till att göra saker. Jag har ingen värk och kan gå och jogga. Jag har mer energi, jag kan kliva upp och göra mycket istället för att stanna i sängen och avskärma mig från andra människor.”
- Kvinna – Ibland känner jag mig vid sämre hälsa, men andra tillfällen känner jag att jag vet hur det är att vara hälsosam.”

Ohälsosamma levnadsvanor som bidrar till en sämre hälsa kan vara riskkonsumtion av alkohol, fetma, rökning, inaktivitet och låg konsumtion av frukt och grönsaker. År 2004 hade 47 procent av befolkningen ingen av dessa hälsorisker, 33 procent hade en av dem och 20 procent hade 2-5 av dessa risker. Det är vanligare bland männen än bland kvinnorna att ha flera av dessa risker samtidigt. Det är vanligare att arbetare och lågutbildade har 2-5 av dessa risker. 44 procent av männen i arbetaryrken med låg inkomst hade 2-5 av de ohälsosamma riskerna. Kvinnor i arbetaryrken med låg inkomst som hade 2-5 av de ohälsosamma riskerna var 30 procent, jämförs det med kvinnor som har hög inkomst så hade 7 procent 2-5 av de ohälsosamma riskerna (Folkhälsorapport 2005).

Det har gjorts mycket forskning på vad som kan leda till att människor får en bättre hälsa. Oftast har det forskats om att rätt kost och fysisk aktivitet leder till en bra hälsa. Men det har däremot inte gjorts så mycket forskning på hur svenska kvinnor ser på begreppet hälsa och vad som är viktigt för dem. Mer forskning inom detta kan leda till att kvinnor får en bredare syn på begreppet hälsa och att det inte enbart är bra kostvanor och en bra fysisk aktivitet. Detta leder i sin tur till att det skulle bli lättare att förstå vad som behövs göras för att uppnå en bättre hälsa.

## 2. Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur kvinnor uppfattar begreppet hälsa, om de gör något för att främja sin egen hälsa och om det finns några speciella hinder för att uppnå hälsa. Även om de anser att män och kvinnor har olika uppfattningar om vad hälsa är.

Frågeställningar

Vad är hälsa för kvinnor?

Vad gör dessa kvinnor för att främja sin egen hälsa?

Finns det några hinder för att främja hälsa?

Har män och kvinnor olika uppfattningar om hälsa?

## **3. Metod**

### **3.1 Urval**

För detta arbete har jag valt att utgå från en kvalitativ forskningsansats, detta på grund av att metoden lämpar sig bäst för att besvara syfte och frågeställning. Datasamlingsmetoden som använts är fokusgrupper. Fokusgrupp innebär att en grupp människor samlas för att diskutera ett speciellt ämne. Gruppen har en ledare som sköter frågorna, denna ledare kallas moderator. Målet med fokusgruppen är att deltagarna ska diskutera fritt om ett förutbestämt ämne. Till en början arbetas det fram en frågeguide som ska vara som en grund för själva diskussionerna, sedan spelas diskussionerna in för att sedan skrivas ut och analyseras (Wibeck, 2000).

För att få ihop deltagare till fokusgrupperna användes ett bekvämlighetsurval. Alla deltagarna kontaktades personligen via telefon där de blev tillfrågade om de ville delta i en fokusgrupp. Tanken var att tre grupper skulle medverka och åldersspannet på grupperna skulle vara grupp 1: 20-29 år, grupp 2: 30-45 år och grupp 3: 46-60 år. I varje grupp skulle det vara 6-8 personer. Eftersom att undersökningsledaren kände färre personer i de högre åldrarna fick åldersspannet bli bredare i den sista gruppen. Grupp 3 fick ställas in på grund av att deltagarna i gruppen ej hade möjlighet att delta samtidigt på grund av jobb, familj med mer. Grupp 1 hade en åldersspann på 22-27 år och grupp 2 hade en åldersspann på 42-65 år. I grupp 1 blev det två stycken som hastigt var tvungna att lämna återbud, detta medförde att det blev 5 stycken i grupp 1. I grupp 2 var antalet medverkande 7 stycken. Alla deltagare i grupp 1 var studerande på högskolenivå. I grupp 2 hade 5 personer högskoleutbildning, övriga hade grundskoleutbildning. Alla personer i grupp 2 hade ett fast arbete, varav två av dessa hade eget företag.

### **3.2 Genomförande**

Båda fokusgrupperna skedde i privat miljö. Diskussionen tog för grupp 1 cirka 40 minuter att genomföra och för grupp 2 tog diskussionen cirka 50 minuter.

Fyra förberedda övergripande frågor ställdes till gruppen att diskutera. Undersökningsledaren försökte så mycket som möjligt låta enbart gruppen sköta diskussionen själv, om det uppkom ett tillfälle att ställa en följdfråga eller om gruppen behövde utveckla ett svar ingrep självklart

undersökningsledaren i diskussionen. Men för att påverka så lite som möjligt och inte leda gruppen till ett speciellt svar valde undersökningsledaren att hålla sig i bakgrunden.

Samtalen spelades in med hjälp av diktafon. Stödanteckningar skrevs även ner under hela samtalet om det skulle bli något fel med diktafonen eller liknande till exempel svar som inte hördes på inspelningen eller liknande.

De förberedda frågor som användes:

Vad är hälsa för dig?

Vad gör du för att främja din egen hälsa?

Finns det några hinder för att främja hälsa?

Tror du att kvinnor och män ser olika på hälsa?

### **3.3 Analys**

När intervjuerna var färdiga transkriberades dessa till ett Word-dokument, det mesta som sades under diskussionerna tog med, men det som inte var relevant för frågorna och studien togs inte med. När allt skrivits ner plockades relevanta meningar ut. För att lättast få en överblick av det som sagts placerades de under de relevanta frågeställningarna. Resultatet analyserades genom att först och främst lyssna vad personerna tyckte lika om vad hälsa är, men även om det var några skillnader och vilka i så fall. När resultatet analyserades skedde det på ett fenomenografiskt sätt. Fenomenografins huvudsyfte är att beskriva hur människor uppfattar olika objekt. En forskare som använder sig av fenomenografi försöker att förstå skillnader och likheter i människors uppfattning om olika saker. Detta genom att ställa frågor, beskriva och tillsist analysera (Starrin & Svensson, 1994).

### **3.4 Etiska ställningstaganden**

Enligt Vetenskapsrådet (1991) finns det fyra huvudkrav som bör följas vid forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet går ut på att forskaren ska informera de berörda om vad den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Forskaren ska informera deltagarna om deras uppgift och vilka villkor som gäller för dessa. Det ska upplysas om att deltagandet är frivilligt och om de har rätt att avbryta medverkandet även att uppgifterna som samlas in inte kommer att användas till något annat än

forskningen. En enklare information om vad som skulle ske och hur det skulle ske gavs till undersökningsdeltagarna vid första kontakten. När de sedan träffades dagen då själva fokusgruppen skulle hållas fick de en mer ingående information om deras rättigheter.

I samtyckeskravet har undersökningsdeltagaren rätt att bestämma själv över sin medverkan, i undersökningar med aktiv insats från deltagaren ska samtycke om medverkan alltid inhämtas. De medverkande har rätten att självständigt bestämma om hur länge och på vilka villkor de ska delta. De ska kunna avbryta sin medverkan utan att de får negativa konsekvenser för dem, vill de avbryta mitt i en intervju ska de få göra det. Även detta fick deltagarna information om vid mötet.

Konfidentialitetskravet går ut på att deltagarna ska ges största möjliga konfidentialitet. Alla uppgifter som samlas in om identifierbara personer ska lagras på ett sätt att enskilda personer inte kan identifieras av utomstående. Undersökningsdeltagarna behövde inte lämna några personuppgifter och inte heller namn. De medverkande betecknas endast med nummer av grupp och deltagarnummer.

I nyttjandekravet får uppgifter som samlats in genom enskilda personer endast användas för forskningsändamål. Det får inte användas eller lånas ut för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften.

## **4. Resultat**

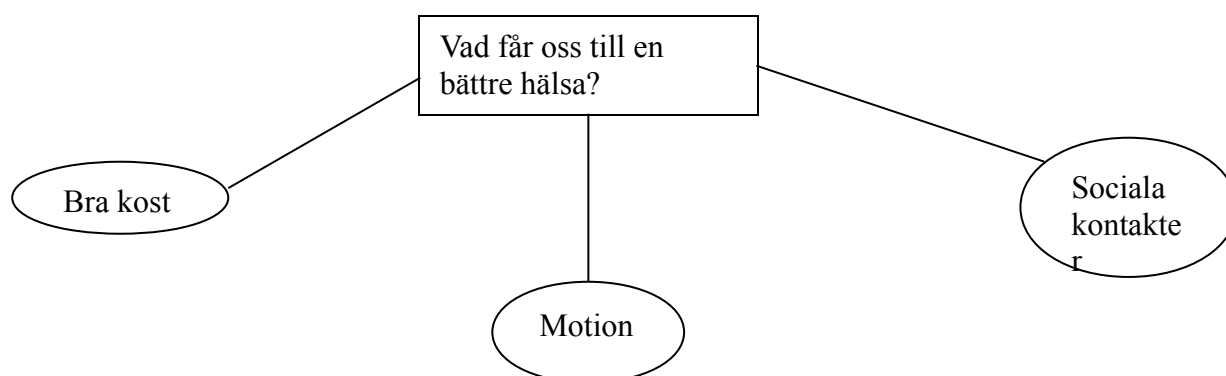
Det som uppkom mest när grupperna diskuterade begreppet hälsa var fysisk aktivitet, kost, sociala relationer och tid.

### **4.1 Hälsa enligt grupperna**

Som en inledning i fokusgruppen började undersökaren med att fråga vad hälsa betyder för dessa kvinnor. Till en början var det svårt för båda grupperna att komma på vad hälsa var för dem, men efter att några börjat prata så involverade dessa de andra till att vara med i diskussionen och till slut hade alla personer blivit involverade i diskussionen.

Det som grupperna hade mest gemensamt var att de tyckte att kost och motion var en viktig del i begreppet hälsa. Men de var även mycket inne på att sociala relationer är viktiga och att vi måste ta oss tid för att främja hälsa, vi måste tänka på vad vi mår bra av och även vad som får oss till en

sämre hälsa så vi på så sätt kan bibehålla en god hälsa. De ansåg även att allt hänger ihop, så som kost, motion, psykiskt välmående mm.



Figur 1: Vilka huvudfaktorer bidrar till att hälsan förbättras?

#### 4.1.1 Kost

I båda fokusgrupperna kom kosten upp som en första påvekansfaktor till hälsa. Kosten diskuterades både som något som kan få oss till en bättre hälsa men även något som kan leda oss till ohälsa. I grupp ett diskuterades till exempel att magen fungerar bra om man äter en bra kost. De diskuterade även att om vi har en psykisk ohälsa påverkas även magen av det. Vi kommer till en ond cirkel som blir värre och värre om vi inte gör något åt det. En av deltagarna diskuterade såhär:

”Äter vi bra så att magen fungerar så fungerar också resten av kroppen. Har magen en dålig dag påverkar även det resten av kroppen. Kan i inte äta riktigt en dag får vi lägre blodsocker och mår sämre och sämre på grund av det”

Även grupp två diskuterade om att vi måste äta rätt för att vara vid god hälsa. Men de diskuterade även att vi ibland måste unna oss lite onyttigare mat som vi tycker om, detta för att belöna oss själva. En deltagare sade då att om hon tränade regelbundet försvann oftast suget efter sötsaker och onyttig mat, det var då lättare att hålla sig ifrån den onyttiga maten. Grupp två tog även upp att kosten kan bli lidande om vi biffinner oss i en ekonomisk utsatt situation. En av deltagarna sade följande:

”De med låg inkomst har inte samma möjlighet som de andra att köpa den mat de behöver så som basvaror. Det är lättare att köpa snabbmat och ibland känns det som att det inte kostar lika mycket som att köpa nyttig och bra mat.”

#### **4.1.2 Motion**

Den andra stora faktorn som påverkar vår hälsa ansåg båda grupperna vara den fysiska aktiviteten. Deltagarna i grupp två försökte träna så mycket de hade tid med. Det som de tränade då var oftast gruppaktiviteter. En av deltagarna sade följande:

”Jag försöker träna så mycket jag hinner, mest gruppaktiviteter på sporthallen eller i alla fall en promenad, minimum för mig per dag är att hinna med 30 minuter promenad varje dag.”

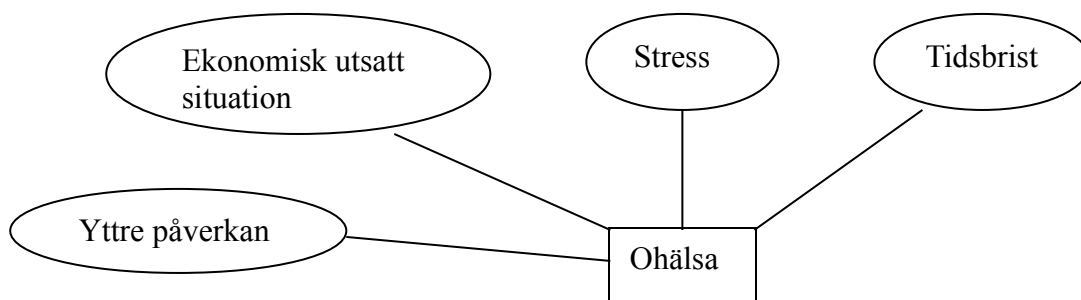
Grupp ett talade om att motion oftast fungerar mot det mesta, både psykiskt och fysiskt. En av deltagarna i grupp ett ansåg att hon måste göra det hon kände att hon behövde för att upprätthålla en god hälsa. Hon sade såhär:

”Känner jag att jag måste komma ut för att gå på en promenad och få friskluft så gör jag det. Sitter jag inne en längre tid och inte får någon luft blir jag bara trött och irriterad. Sedan hjälper motion mot det mesta. Är magen knasig hjälper det oftast med att till exempel gå ut och gå, då känns det oftast bättre när man kommer hem.”

#### **4.1.3 Sociala kontakter**

Grupp två diskuterade att sociala kontakter har en stor påverkan av vår hälsa. För att upprätthålla de sociala kontakterna gick personerna på olika gruppträningar. På dessa gruppträningsspass träffade de ofta personer de kände samtidigt som de motionerade. De diskuterade även om att de försöker umgås med personer som gav dem positiv energi och fick dem att må bra. De ansåg även att vi måste kännas oss betydelsefulla för att vi ska må bra, vi måste känna att vi gör något bra och får uppskattning för de vi är och för det vi gör.

## 4.2 Vad kan leda till en försämrad hälsa?



Figur 2: Vilka är de största orsakerna till att ohälsa kan uppstå?

När grupperna talade om vilka faktorer som kunde leda till en ohälsa kom först och främst tiden upp. Båda grupperna ansåg att det var ofta det som de tyckte mest om att göra som valdes bort först när inte tiden räckte till. En person i grupp ett sade såhär:

”Har man familj och ett heltidsjobb är det oftast de saker som får en till god hälsa som man skjuter undan. Självlklart får familjen en att må bra också, men lite egen tid behövs. Sakerna vi måste göra för jobbet och sakerna vi måste göra för familjen går självklart först, men sedan kommer det upp nå mer som vi ska göra och då är det oftast för mig den fysiska aktiviteten som jag väljer bort först, även om jag vet att det är den som får mig att må bra.”

När grupp två diskuterade om att tiden var ett hinder till att uppnå hälsa sade en person såhär:

”Någon gång under dagen kan vi ta oss tid för till exempel en promenad. Bara vi vill så går det, det är i de flesta fall den så kallade latmasken som är där och håller oss tillbaka. Det gäller att komma över den och få in rutiner. Har vi rutiner med motion inräknad är det inte ofta vi hoppar över det. Det största problemet till ohälsa är oftast vi själva.”

Under 4.1.1 togs det upp att grupp två diskuterade kosten som en orsak till ohälsa. Att kosten kan bli lidande om vi har en dålig ekonomi. Det som de diskuterade samtidigt som detta var att det yttre kan påverka oss till en sämre hälsa. Detta kan vara saker vi inte kan förutsäga, till exempel om en familjemedlem blir allvarligt sjuk. De anser då att det kan vara svårt att tänka på sin egen hälsa i en sådan situation. Grupp två diskuterar även att vi inte ska göra något som vi inte mår bra av. En av deltagarna anser såhär:



”Vi ska inte göra något som vi mår dåligt av, gör vi det under en längre tid kan vi tillslut bli sjuka. Vi ska inte behöva ha till exempel ett jobb som vi inte alls tycker om, tycker vi inte om det mår vi bara sämre och sämre ju längre tiden går. Tillslut kan det vara så illa att vi måste sjukskriva oss för depression.”

### **4.3 Kvinnornas syn om mäns hälsouppfattning**

Under denna fråga ansåg grupp ett att kvinnor och män har lika stora krav när det gäller hälsa, dock har det olika krav. Grupp ett ansåg att män oftast vill ha mer muskler medan kvinnor fokuserar mer på att bli smal. När grupp två diskuterade detta sade en av deltagarna såhär:

”De tänker inte lika mycket på den inte hälsan utan mer på det yttre, hur de ser ut och hur välbyggda och vältränade de är. Sen ska de göra saker som gör en till en bättre man, till exempel ha mycket muskler eller åka Vasaloppet. De ska göra sådant som får dem att bli mer manlig.”

Grupp två ansåg även att männen inte tänker på hur de ska göra för att hålla sig friskare. De tänker inte på vad som kan leda till att de blir sjuka. När de väl blir det väntar de tills de blir friska, när de har blivit friska fortsätter de sin vanliga livsstil till de blir sjuka igen. Gruppen anser att männen har svårare att ändra sin livsstil om man jämför med kvinnorna.

## **5. Diskussion**

Två grupper med kvinnor i olika åldrar diskuterade frågorna om vad hälsa är för dem, hur de främjar sin hälsa, om det finns några hinder för att främja hälsa och om de tror att män och kvinnor ser på hälsa olika.

### **5.1 Resultatdiskussion**

Huvudsyftet med denna studie var att se vad hälsa är för dessa kvinnor och vad de gör för att främja sin egen hälsa. Det som verkade ha störst betydelse för dessa kvinnors hälsa var fysisk aktivitet och bra kostvanor. Sai Yi Pan (2009) gjorde en studie där det framkom att fysisk aktivitet har större betydelse hos äldre personer än hos de yngre personerna. Detta beror på att äldre människor i

allmänhet har fler hälsoproblem och det medför att de värdesätter den fysiska aktiviteten mer än de yngre människorna. De yngre ser andra fördelar med fysisk aktivitet, så som förbättrad självkänsla, bättre form och styrka mm. Att hälsan blev viktigare för de äldre diskuterade även grupp två, de ansåg att de äldre värdesätter sin hälsa mer. Detta trodde dem kunde bero på att de äldre upplevt mer, till exempel dödsfall och sjukdomar inom släkt och vänner. Detta kan även ha att göra med att de yngre har en mer aktiv fritid och inte känner ett lika starkt behov av att utföra fysisk aktivitet. Men sedan kan det mycket väl vara, precis som grupp två diskuterade, att de yngre inte upplevt lika mycket och på så sätt inte anser att fysisk aktivitet har en lika stor betydelse. Det kan även vara så att de äldre har till exempel problem med ryggen och måste träna för att inte bli värre, de yngre har kanske inte några besvär och tänker heller att fysisk aktivitet kan förhindra att de får besvär i framtiden.

Abbot (2008) skriver att ett socialt nätverk har en stor inverkan på vår hälsa. Grupp två diskuterade lite om att när de tränade gruppaktiviteter så kom det i kontakt med andra personer och fick på så sätt den sociala biten som behövdes för att de skulle ha en bra hälsa. Gruppen med de yngre deltagarna pratade inte något om den sociala biten. Kan det bror på att de yngre oftare träffar vänner och har en bredare umgängeskrets än de äldre? De yngre tänker inte på vännerna på samma sätt som de äldre gör, de äldre kanske inte har lika många vänner som de umgås och pratar med regelbundet och värdesätter då den sociala biten mer. Eftersom att vi lever i ett samhälle där det är lätt att vara kontaktbar genom sociala medier kan vi idag ha en daglig kontakt med vänner och bekanta. Det är mer naturligt för de yngre att sitta mer vid datorn och prata med sina vänner på till exempel den populära sidan Facebook. Detta kan bidra till att de yngre inte talar om hälsa och socialt umgänge i samma utsträckning. De har daglig kontakt med sina vänner och får den sociala mättnaden genom till exempel sociala medier. Enligt tidigare studier påverkar ekonomin den sociala kontakten (Gjesfjeld, Greeno, Kim & Anderson, 2010), men den påverkar även den fysiska aktiviteten (Sai Yi Pan, 2009) Även detta diskuterade grupp två om, lever en person med en ekonomisk utsatt situation blir både kosten och den fysiska aktiviteten lidande. Att den fysiska aktiviteten och de sociala kontakterna blir lidande av en dålig ekonomi kan bero på att människor inte går och tränar till exempel gruppaktiviteter eller gym eftersom att det kostar pengar. Detta medför, precis som grupp två diskuterad, att vi inte får den träning vi behöver men också inte den sociala mättnaden som vi behöver för att upprätthålla en god hälsa.

Grupperna ansåg att kvinnor och män ser olika på begreppet hälsa. Grupp två ansåg att männen enbart tänker på det yttre, vad de gör för att få dem att se mer manlig ut och hur mycket muskler de har. Enligt grupp två tänker inte männen på det inre och vad de kan göra för att få en bättre hälsa, de

har ett mer biomedicinskt synsätt. Även i Blaxters (2009) undersökning sade de flesta männen att de inte tänker på hälsa förrän de blev sjuk. Grupp ett ansåg även dem att männen vill uppnå andra saker än kvinnorna. Männen vill ha mer muskler medan kvinnorna vill få smalare kroppar. I tidningen Svensk idrottsforskning (2009) tar de upp att män och kvinnor ser olika på hälsa. Tidigare studier har visat att kvinnor ser hälsa och träning som ett sätt att hålla kroppen frisk och tränad, medan männen ansåg att hälsa och träning är något som de kan använda för att visa sina färdigheter (Waldron & Dieser, 2010). Det kan vara så att det är viktigare med den yttre attributen i gruppen med de yngre deltagarna. För de yngre har ofta utseendet en stor betydelse för självkänslan. Detta kan ha påverkat grupp ett när de diskuterade hälsa hos män respektive kvinnor. De tänker på att det är viktigt att ha en tränad och snygg kropp, medan grupp två tänker på hur de ska kunna hålla sin kropp frisk och på så sätt få en bättre hälsa.

Ett hinder för att uppnå hälsa var enligt dessa grupper tiden. Båda grupperna ansåg att det som fick dem att må bra var det första som valdes bort när tiden inte räckte till. Tidigare forskning har visat att kvinnor ägnar mer tid till många olika ansvarsområden, så som arbete, hushållssysslor, familjeförhållanden mm (Sai Yi Pan, 2009). Sedan många år tillbaka har det ofta varit så att kvinnans uppgift är att sköta hushållet och barnen medan mannens uppgift är att jobbar eller skaffar föda. Denna uppfattning kan idag finnas kvar i vissa hushåll. Kvinnor ska ta hand om familjen samtidigt som de har ett heltidsjobb och de ska även hinna ta hand om sig själv. De ska hinna med så mycket som möjligt och vara så duktiga som möjligt. Jämförs kvinnors jobbsituation idag mot för hur det var för flera år sedan så kan kvinnor idag få ett jobb med högre status. Detta medför oftast hårdare arbete och längre arbetstid som kan leda till att tiden inte räcker till för annat som till exempel fysisk aktivitet. Det är oftast jobbet och familjen som går först och vi måste välja bort sådant som inte upplevs essentiellt. Grupp två diskuterade även att ekonomin kan påverka hälsan, då genom att de med en ekonomisk utsatt situation inte köper nyttig och bra mat och även att de tränar mindre. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2009) är dåliga matvanor vanligare i grupper som har en lägre utbildningar och lägre inkomst. Många uppfattar att matvanor som är bra för hälsan ofta är dyrare än annan mat. Statens folkhälsoinstitut (2009) gjorde en undersökning år 2006 som visade att en person som spenderar 25 471 kronor/år på olika livsmedel kan sänka dessa kostnader till 19 866 kronor/år genom att köpa mer spannmålsprodukter. Detta leder till att mindre pengar läggs på utrymmesvaror så som godis, kakor mm som inte behövs ur näringssynpunkt.

Hälsa för dessa deltagare var först och främst att vara frisk, att ha bra kostvanor och utöva någon sorts fysisk aktivitet så ofta de hann. De yngre verkade inte ha en lika bred syn på hälsa som de

äldre hade. De yngre pratade mest om att de måste äta rätt för att upprätthålla en god hälsa, om magen fungerade bra fungerade oftast resten av kroppen bra. De äldre hade en bredare syn på vad hälsa var för dem. De diskuterade dels om att sociala kontakter var viktiga för dem för att upprätthålla en god hälsa men de diskuterade även mer om den fysiska aktiviteten än de yngre gjorde. Detta kan bero på precis som det framkom i Sai Yi Pans studie (2009) att de äldre värdesätter den fysiska aktiviteten mer eftersom att de äldre haft mer hälsoproblem under sitt liv. Enligt Blaxters (1990) undersökning ansåg 47 % av kvinnor i åldrarna 18-39 år och 52 % av kvinnor i åldrarna 40-59 år att hälsa för dem var när de var vid god psykisk välmående. Dock var det endast 6 % mindre av kvinnorna i åldern 18-39 år som ansåg att de var vid god hälsa när de hade en bra fysisk kondition och mycket energi.

## **5.2 Metoddiskussion**

### **5.2.1 Urval**

Gällande antalet gruppdeltagare är rekommendationerna i en fokusgrupp 6-9 stycken. På grund av hastigt bortfall kom grupp 1 att bestå av 5 personer medan grupp 2 bestod av 7 personer. Det kan ha varit optimalt med några försökspersoner till men på grund av familjeförhållanden och jobb var det svårt att få personer att ställa upp. Att deltagarna hade liknande uppfattningar kan bero på att grupperna var för homogena. Om jag till exempel frågat 7 stycken på stan om de ville vara med och dessa personer inte hade något med varann att göra kan svaren på de olika frågorna ha blivit annorlunda. Att ha grupper med liknande åldrar gjordes för att enklare se om svaren skiljde sig åt beroende på vilken ålder undersökningspersonerna hade. Hade en grupp varit blandade åldrar kan svaren från den gruppen ha blivit annorlunda. I denna grupp skulle begreppet hälsa kunna få en bredare bild än vad det blev i de två grupper som medverkade nu. Alla i gruppen kände också varandra någorlunda väl, detta med tanke på att alla skulle känna sig bekväma och inte vara blyg.

### **5.2.2 Utförande**

För att deltagarna skulle kunna slappna av och vara sig själva valdes platser som de kunde känna sig bekväma i. Den första gruppen fick vara hos undersökningsledaren där de flesta av dem varit många gånger. Den andra gruppen fick vara i en privat miljö som de alla var bekanta med. Detta kan även medföra att deltagarna kände sig för bekväm där de var och tog det därför inte lika seriöst som de skulle ha gjort om de var i en annan lokal. För att alla gruppdeltagarna skulle känna att de hade

likvärdiga positioner satt båda grupperna i en ring. För att alla skulle säga något och vara delaktiga i diskussionen valde undersökningsledaren att rikta sig till de som ej uttalat sig om frågan och om det hade något mer att tillägga. I grupp 2 var alla deltagare lika aktiva medan vissa i grupp 1 höll sig lite mer i bakgrunden. Att vissa personer i grupp 1 höll sig mer i bakgrunden kan bero på att de inte kände sig insatta i begreppet hälsa och därför reflekterade inte över detta utan istället tar sin hälsa för given. På grund av att inte allt som varje person sagt kunde tas med i resultatet så plockades det som hade mest betydelse ut och det som jag personligen tyckte var mest intressant i relation till litteraturen.

Att definiera begreppet hälsa verkade även för deltagarna vara svårt. Detta kan även här bero på att begreppet hälsa är ett brett begrepp även och att just begreppet hälsa inte är något deltagarna tänkt på. Även om de pratade om begreppet hälsa drogs de hela tiden till hur de gör för att uppnå hälsa. Precis som litteraturen hade de svårt att sätta ord på vad hälsa är. De mesta av litteraturen jag hittade hade olika definitioner av hälsa. Men det kan vara så att jag inte hittat den rätta litteraturen som beskriver hälsa på ett bra och förstående sätt. Om studien skulle göras om idag skulle jag hållit mig till en specifik definition av begreppet hälsa och utifrån denna försökt analysera och förklara kvinnornas uttalanden.

### **5.2.3 Påverkan**

Eftersom att deltagarna var väldigt överens om svaren på frågorna så kan de ha påverkat varandra. Även om deltagarna inte var medveten om påverkan kan det ha varit så att vissa personer omedvetet blev påverkade av diskussionen. Det kan leda till att personen anammar gruppens åsikter utan att själv reflektera. Detta försökte undvikas genom att undersökningsledaren hela tiden frågade om det var något mer de tänkte på eller om det var någon som hade något att tillägga. De flesta grupper har oftast en sak gemensamt, detta är att en person påverkar en grupp personer för att gruppen ska komma fram till ett gemensamt beslut (Sandahl, Falkenström & Knorrning, 2010). Detta kan leda till att de andra deltagarna lyssnar mer på denna person och börjar tänka i lika banor som denna. Enligt Befring (1994) är alla intervjupersoner olika gällande hur osäkra eller trygga de är. Personer är olika gällande hur benägna de är att uttrycka det de egentligen menar. Vissa har en tendens att hålla med vad alla andra säger medan andra säger emot det mesta. Jag själv som undersökningsledare har nog inte påverkat till något speciellt svar eller att deltagarnas hamnade i en speciell riktning. Jag var endast med i diskussionen om de behövde utveckla något svar eller om det som ovan, hade något mer att tillägga.

Eftersom att jag kände deltagarna mer eller mindre kan detta ha påverkat deras svar. De flesta vet även vilken utbildning jag går och kan därför ha tänkt mest på kost och motion eftersom de kan tro att det är denna inriktning jag vill ha på mina svar.

Att deltagarna kände varandra kan också ha påverkat till att resultatet blev så lika, eftersom att de verkar ha ungefär samma intressen och liknande tankegångar.

### 5.3 Konklusion

Det som framkom av fokusgrupperna i denna undersökning var att det är många olika faktorer som påverkar hälsa, både faktorer som kan påverka dem positivt och negativt. Nästan alla personer hade sitt speciella sätt att främja sin egen hälsa. De populäraste bland deltagarna var att utöva någon fysisk aktivitet. Deltagarna ansåg även att de behöver göra det de mår bra av för att få en bättre hälsa. Under diskussionen kom grupperna fram till att de två största hindren för att uppnå en bra hälsa var tiden och ekonomin. Grupp ett ansåg att män och kvinnor hade lika stora krav när det gäller hälsa, medan grupp två ansåg att männen inte tänker på vad hälsa är förrän de blir sjuka.

För fortsatt forskning skulle det vara intressant att titta närmare på hur en grupp med kvinnor över 70 år ser på sin hälsa och vad hälsa är för dem. Spännande skulle det även vara att titta närmare på hur ungdomar ser på hälsa. En intressant gruppkonstellation skulle vara en grupp med blandade åldrar, där den yngste till exempel är 20år och den äldste kan vara ända upp till 70 år, för att då se om svaren blir helt annorlunda. För vidare forskning skulle det även vara intressant hur svaren blev om personerna fick svara på frågorna enskilt eller plocka ut okända personer mer slumpmässigt.

## 6. Referenser

### Tryckta källor:

- Abbot, S. (2008) *Social capital and health: The problematic roles of social networks and social surveys*. Health Sociology Review, 18, 297-306
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur
- Befring, E. (1994) *Forskningsmetodik och statistik*. Lund: Studentlitteratur
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Tavistock/Routledge

- Clayman, M., Manganello, J., Viswanath, K., Hesse, B. & Arora, N. (2010) *Providing Health Messages to Hispanics/Latinos: Understanding the Importance of Language, Trust in Health Information Sources, and Media Use*. Journal of health communications. S. 252 - 263
- Eriksson, K. (1989) *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Gjesfjeld, C., Greeno, C., Kim, K., & Anderson, C. (2010) Economic stress, Social support, and Maternal depression: Is social support deterioration occurring? *National of Social Workers*, 34. Nr. 3. 135-143
- Kleiner, S., Pavalko, E. (2010) *Clocking In: The Organization of Work Time and Health in the United States*. The University of North Carolina, 1463 - 1486
- Larsson, H., Olofsson, E., Fagrell, B., Tolvhed, H., Hjelm, J., et al. (2009). Genus inom idrotten. *Svensk idrottsforskning. Organ för Centrum för idrottsforskning*. Nummer 1, 11-15
- Regeringens proposition (2007) *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm
- Rydqvist, L-G., & Winroth, J. (2004) *Idrott, Friskvård, Hälsa & Hälsopromotion*. Malmö: SISU idrottsböcker
- Sandahl, C., Falkenström, E. & Knorrning, M. (2010) *Chef med känsla och förnuft*. Stockholm: Natur & Kultur
- Sai Yi Pan, C.C. (2009). Individual, social, enviromental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public health*
- Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm
- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G.F., Casini, A., et al. (2010) *Physical activity and risk of cognitive decline: ameta-analysis of prospective studies*. Journal of internal medicine. 107 – 117.
- Starrin, B., & Svensson, P-G. (1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Statens folkhälsoinstitut (2009) *Vad kostar hållbara matvanor?* 2 rev. Uppl. Stockholm
- Vetenskapsrådet (1991) *Forskningsetiska principer – inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab.
- Wadman, C., Boström, G. & Karlsson, A-S (2006) *Hälsa på lika villkor*. Statens folkhälsoinstitut.
- AWakita Asano, A., Hayashi, F., Miyoshi, M., Arai, Y., Yoshita, K., Yamamoto, S., et al. (2009) *Demographics, health-related behaviors, eating habits and knowledge associated with vegetable intake in Japanese adults*. Macmillan Publishers Limited. 1335 – 1344.
- Waldron, J., & Dieser, R. (2010) Perspectives of Fitness and Health in College Men and Women. *Journal of College Student Development*, 15. Nr 1. 65-78.
- Wibeck, V (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

**Elektroniska källor:**

Statens folkhälsoinstitut (2010) *Hälsan är ojämnt fördelat*. Tillgänglig från :

<http://www.fhi.se/Metoder/Overgripande-folkhalsoarbete/Jamlikhet-i-halsa/> (Hämtad 2010-11-08)

WHO (2010) *Health and development*. Tillgänglig från: <http://www.who.int/hdp/en/index.html>

(Hämtad 2010-11-07)