

» Er du lykkelig, eller hvad? «

- Et metodekombinerende speciale omkring konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livstil og livskvalitet.

Louise Krogsgaard Nielsen

Institut for Sociologi og Socialt arbejde

Vejleder: Jakob Skjøtt-Larsen

Aalborg Universitet - 2015

Antal ord: 34.839

Forord

Med disse forord ønsker jeg at takke Region Nordjylland for lån af data fra Sundhedsprofil 2013.

Derforuden ønsker jeg at takke de fem informanter, som har været yderst behjælpelige med at lade sig interview, samt mit netværk for deres indsat under rekrutteringen af disse informanter.

Dernæst ønsker jeg også at takke den nyuddannede sociolog Shaline Thedchanamoorthy for hendes rolle som observatør under mine fokusgruppeinterviews, samt for den faglige og personlige sparring under hele forløbet.

Min kæreste Lasse Petersen skal ligeledes have tak for hans uundværlige støtte og opbakning – ikke blot gennem specialeskrivningsperioden men igennem hele min studietid.

En stor tak skal også gå til dansklære Anders Korsgaard Jessen for hans korrekturlæsning af mit speciale.

Slutteligt skal min vejleder Jakob Skjøtt-Larsen have et altoverskyggende tak for hans konstruktive vejledning og faglige sparring – ikke blot i forbindelse med nærværende speciale men for de sidste tre år, hvor han har fungeret som min vejleder, samt i forbindelse med mit studierelevante job som studentermedhjælper på Københavns Universitet, hvor han har været interesseret og hjælpsom. Uden Jakobs vejledning, engagement og fleksibilitet ville jeg aldrig være nået dertil, hvor jeg er i dag, hvorfor jeg er dybt taknemmelig!

Louise Krogsgaard Nielsen

Aalborg Universitet, oktober 2015

Summary

It is by now a well-documented fact that there is inequality in health in Danish society in the form of a social gradient where health problems increase with lower education and income. This inequality in health can either occur because the causative factors are socially skewed, or that socioeconomically advantaged citizens arrange to remove themselves from the harmful conditions, and then there are the self-reinforcing condition where the sick lose their work, income and their competence to act etc.

The differences in the health-related lifestyles is created, maintained and possibly elaborated through a lifetime, which causes a significant social heritage.

Existing literature and research indicates that the health-related lifestyle and quality of life is interdependent – research about health points out that health can be viewed as a measure in itself, as it hereby gives life quality and makes the citizens happy, while research about quality of life points out that health is an import factor in achieving and maintaining the high quality of life.

The aim of this thesis is to study the consequences of inequality in the health for the consistency between health-related lifestyle and quality of life – is it possible to have an unhealthy lifestyle and still be happy? The thesis defines itself to examining the consistency between natives of Northern Jutland health-related lifestyle and quality of life, and their view on this consistency.

To answer this thesis a mixed method is chosen, which is why a quantitative and qualitative analyses are the empirical base for the results. The thesis attaches itself the French sociologist Pierre Bourdieus research process praxeological knowledge, where the purpose is to explain and understand the thesis statement through a view from the outside and a view for the inside.

The purpose of the quantitative analysis is to illustrate a view for the outside of the consequences of inequality in the health for the consistency between health-related lifestyle and quality of life through three quantitative methods – multiple correspondence analysis, bivariate analysis and ordinal logistic regression analysis.

The purpose of the qualitative analysis is on the other hand to illustrate a view from the inside of the citizen's perceptions on the consequences of inequality in the health for the consistency between health-related lifestyle and quality of life through focus group interviews. The aim is to conduct a focus group interview with healthy citizen and a focus group interview with unhealthy citizen to investigate if the citizen's health-related lifestyle is crucial to their opinions and attitudes about the consistency between health-related lifestyle and quality of life.

The thesis theoretical framework of understanding is based on Pierre Bourdieu and the Swedish psychologist Madis Kajandi. Bourdieu is used to structure and simplify the empirical data about the

Summary

inequality in health, whereas Kajandi is used to structure and simplify the empirical data about quality of life. Bourdieu's and Kajandi's theoretical knowledge are thus combined to explain and understand the consequences of inequality in the health for the consistency between health-related lifestyle and quality of life.

The view from the outside is documenting the existing literature and research as it visualizes consistency between health-related lifestyle and quality of life. The multiple correspondences analysis indicates that the citizens' socioeconomic conditions determine their health-related lifestyle. Furthermore does the multiple correspondence analysis indicate that the inequality in health-related lifestyle is essential to the citizen's amount of quality in life – healthy citizens does more likely have a high quality of life than the unhealthy citizen does. However, it appears from the bivariate analysis that almost one third of the unhealthy citizen from north Jutland are very happy – it is thus possible to have an unhealthy lifestyle and still be very happy.

From the ordinal logistic regression analysis it can be stated that the quality of life is determined by more than the health-related lifestyle, as the external conditions of life, interpersonal relationships and the inner psychological state also is essential for the amount of quality of life. The health-related lifestyle does not have all the explanatory power of the inequality in quality of life, but it has an independent effect.

The view from the inside is constructing knowledge about five citizens perception of quality of life and the consistency between health-related lifestyle and quality of life. On the basis of which it may be inferred that healthy citizens believe that their healthy lifestyle has a positive impact in their quality of life, however do the unhealthy citizens not believe that their unhealthy lifestyles has a negative impact on their quality of life. On the contrary, an unhealthy citizen argues that a healthy lifestyle would reduce his quality of life.

It can thereby be concluded that a healthy lifestyle often results in a high quality of life – but it seems that some citizens maintain a high quality of life through an unhealthy lifestyle. Furthermore the thesis establishes that there are other – and more important – factors for the quality of life than the health-related lifestyle.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Summary.....	2
Indholdsfortegnelse.....	4
Indledning.....	6
Kapital 1: Problemfelt.....	7
1.1. Sundhed.....	7
1.2. Ulighed i sundhed	10
1.3. Livskvalitet	15
Kapitel 2: Problemstilling.....	19
2.1. Afgrænsning.....	19
2.2. Fremgangsmåde	20
Kapitel 3: Design og metode.....	23
3.1. Videnskabsteori: Metodologisk relationisme.....	23
3.2. Forskningsdesign: Tværsnitsdesign med elementer fra et komparativt casedesign	25
3.3. Forskningsstrategi: Abduktion.....	26
3.4. Metodekombination.....	27
3.5. Multipel korrespondanceanalyse	29
3.6. Bivariat analyse.....	31
3.7. Ordinal logistisk regressionsanalyse.....	33
3.8. Fokusgruppeinterview	34
Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme.....	37
4.1. Pierre Bourdieu.....	37
4.1.1. Kapitalformer.....	37
4.1.2. Habitus.....	39
4.1.3. Socialt og symbolsk rum	40
4.1.4. Bourdieus relevans i en sundhedskontekst.....	42
4.2. Madis Kajandi	47
4.3. Operationalisering	50
Kapitel 5: Kvantitativ analyse	54
5.1. Analyseforberedelse.....	54

Indholdsfortegnelse

5.1.1. Præsentation af datamateriale.....	54
5.1.2. Variabeloversigt.....	56
5.2. Korrespondanceanalyse	64
5.2.1. Indledende resultater for den multiple korrespondanceanalyse.....	64
5.2.2. Analyse af 1. principalakse	67
5.2.3. Analyse af 2. principalakse	70
5.2.4. Uddybende analyse af det sundhedsrelaterede livsstilsrum	72
5.3. Bivariat analyse.....	77
5.4. Ordinal logistisk regressionsanalyse.....	78
5.5. Opsamling på den kvantitative analyse.....	82
Kapitel 6: Kvalitativ analyse	83
6.1. Analyseforberedelse.....	83
6.1.1. Udvælgelse og indsamling af informanter	83
6.1.2. Interviewguide og interviewstrategi	84
6.2. Analyse af fokusgruppeinterviews	86
6.2.1. Præsentation af informanter.....	86
6.2.2. Hvad er afgørende for livskvaliteten?	90
6.2.2.1. Ydre livsvilkår.....	90
6.2.2.2. Mellemmenneskelige relationer	91
6.2.2.3. Indre psykologisk tilstand	91
6.2.2.4. Opsummering	92
6.2.3. Hvordan er sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet?	93
6.2.3.1. Kostvanernes indflydelse på livskvaliteten.....	93
6.2.3.2. Motionsvanernes indflydelse på livskvaliteten	97
6.2.3.3. Alkoholvanernes indflydelse på livskvaliteten	98
6.2.3.4. Rygevanernes indflydelse på livskvaliteten	99
6.2.3.5. Opsummering.....	100
Kapitel 7: Konklusion	102
Kapitel 8: Specialets validitet og reliabilitet	105
Litteraturliste	107
Bilagsoversigt.....	111
Bilag 4: Interviewguide	112

Indledning

Sundhed og lykke går hånd i hånd – men er lykkelige mennesker sundere, eller er sunde mennesker lykkeligere? Det danske institut for lykkeforskning argumenterer for, at der findes en gensidig afhængighed, hvor vores lykke påvirker vores sundhed, og vores sundhed påvirker vores lykke (Institut for Lykkeforskning 2013:57).

Der eksisterer således en gensidige afhængighed mellem sundhed og livskvalitet – forskning omkring sundhed påpeger, at sundhed kan anskues som mål i sig selv, da den herved giver livet kvalitet og gør den enkelte lykkelig, mens forsknings omkring livskvalitet påpeger, at sundhed er en vigtig faktor for at opnå og opretholde den høje livskvalitet. Det eksisterer således en klar sammenhæng mellem sundhed og livskvalitet. Det er dog efterhånden et veldokumenteret faktum, at der eksisterer en social ulighed i sundhed i det danske samfund i form af en social gradient, hvor sundhedsproblemerne øges ved en lavere uddannelse og indkomst.

Ud fra denne eksisterende viden kan der stilles spørgsmålstegn ved, om der eksisterer en identisk gradient i samfundet i forhold til livskvalitet, idet livskvalitet og sundhed er gensidigt afhængige af hinanden. Er livskvaliteten således også stigende ved stigende uddannelse og indkomst?

Specialet har til formål at undersøge, hvordan forskellige sundhedsrelaterede livsstile kommer til udtryk som sammenhænge mellem forskellige sundhedspraktikker – endvidere, hvordan disse livsstile er relateret til henholdsvis livskvalitet og ulighed. Denne sammenhæng skal analyseres ved hjælp af den franske sociolog og antropolog Pierre Bourdieu samt den svenske psykolog Madis Kajandi.

Ambitionen med specialet er således at synliggøre en nuanceret helhedsforståelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet – er det muligt at føre en usund livsstil og stadig være lykkelig?

Kapital 1: Problemfelt

Ud fra overstående indledning kan det konstateres, at specialets fokusområder er "Sundhed", "Ulighed i sundhed" samt "Livskvalitet". Det følgende er en præsentation af specialets problemfelt og netop disse tre begreber. Problemfeltet har til formål at synliggøre specialets forståelse af disse tre fokusområder samt at redegøre for den eksisterende litteratur og forskning på områderne.

1.1. Sundhed

"Sundhed er ikke en fast definerbar norm eller et legemligt og sjældent eller socialt velbefindende, men en aktiv realisering af den livsmulighed, der findes i alt liv. Liv og sundhed er en kontinuert proces, en medskabelse, et ledebillede for frelseshistorie, hvor mennesket har fået pålagt den opgave at være Guds medarbejder med ansvar for sig selv og sin omverden", citat af Hildegard von Bingen (1098-1179) (Glasdam 2009:17)

Folkesundhed er ikke et nyt interesseområde – middelalderens mest betydningsfulde kvinde Hildegard von Bingens udtalelse fra det 12. århundrede synliggør, at mennesket formentlig altid har været interesseret i at sikre artens reproduktion og overlevelse (Glasdam 2009:17).

Opfattelsen af sundhed og "den sunde krop", samt det der truer den, ændres imidlertid over tid og er forskellig i forskellige kulturer og livsformer – definitionen af sundhed er derfor foranderlig. Sundhed er således ikke et fænomen, som enkelt og tydeligt kan defineres. Sundhedsbegrebet bliver bredere og bredere i takt med den forøgede viden omkring sundhed samt stigningen af eksperter inden for området, hvilket resulterer i flere forhold, der anerkendes som værende betydningsfulde for befolkningens sundhed (Otto 2009:33).

"Da sundhed således ikke er en essens med en fast uforanderlig kerne, men et åbent og foranderligt begreb, kan det bruges til meget. Alle forhold i livet lader sig potentielt underkaste vurderinger ud fra sundhedshensyn, enten som noget, der forebygger sygdom og holder den enkelte rask eller som noget, der giver livet kvalitet og gør den enkelte lykkelig. Sundhed kan med andre ord være både middel og mål" (Otto 2009:37).

Sundhedsbegrebet omfatter således to kontrasterende opfattelser – som *middel* til at forebygge sygdom og som *mål* i sig selv. Den snævre opfattelse af sundhed er de rutiner og bestræbelser, befolkningen gør sig for at forebygge sygdom, hvor sundhed dermed ansues som middel, hvorimod i den brede opfattelse af sundhed er velvære og lykke det centrale, hvorved sundhed bliver et mål i sig selv (Otto 2009:37).

Kapital 1: Problemfelt

Nærværende speciale tillægger sig World Health Organizations (WHO) brede og rummelige sundhedsbegreb, som er defineret på følgende måde: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (World Health Organization 1948). Specialet har således et bredt syn på sundhed, hvor både fysisk, psykisk og socialt velbefindende er centralt – sundhed opfattes således ikke blot som fraværet af sygdom, idet sundhed og sygdom ikke absolut udelukker hinanden.

I tillæg hertil har praktikere iagttaget, at det at være rask ikke er det samme som at være sund, og det at være syg ikke er det samme som at være usund. *“Syg-rask”* og *“sund-usund”* vedrører to forskellige dimensioner – *“syg-rask”* omhandler helbredet og handler overvejende om *kroppen*, hvorimod *“sund-usund”* i overvejende grad handler om *livet*. For praktikere handler sundhed således om vitalitet, altså glæden samt lyst til at leve, samt følelsen af at kunne håndtere hverdagslivet og de dertilhørende udfordringer (Jensen & Johansen 2004:14-15).

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, tillægger sig dette synspunkt, idet han også skelner mellem sundhed og helbred. Det lykkes Antonovsky systematisk at vise, at sundhed og helbred på den ene side ikke er det samme, men at der på den anden side kan synliggøres en klar sammenhæng mellem disse to begreber – det, der kendetegner individer med et godt helbred på trods af påvirkninger og levekår, som mange andre bliver syge af, er nemlig, at de i bestemte betydninger er sundere end de fleste. Disse individer besidder, ifølge Antonovsky, en stærk følelse af sammenhæng. Hovedelementerne i denne følelse af sammenhæng er de tre komponenter begribelighed, håndterbarhed samt meningsfuldhed (Antonovsky 2000:34). Begribelighed omhandler en fornemmelse af, at verdenen er ordnet, sammenhængende og struktureret, altså at verdenen er til at forstå. Håndterbarhed omhandler fornemmelsen af handlekraft, og at man besidder de ressourcer, som er nødvendige for at klare de krav, man bliver udsat for. Slutteligt omhandler meningsfuldhed en fornemmelse af, at livet og dets medfølgende problemer og udfordringer grundlæggende er værd at investere energi i (Antonovsky 2000:34-37). Det er dog ikke muligt at have en stærk følelse af sammenhæng vedrørende alt i livet. Antonovsky argumenterer for, at menneskelivet er sådan skruet sammen, at spænding, tab, lidelse, kriser, sygdom og død altid vil være en del af livet – det er dermed umuligt at fjerne alle årsager til sygdomme og dermed alle sygdomme. Det er fejlagtigt at tror, at hvis bare alle sygdomme blev elimineret, var alle mennesker sunde. Ifølge Antonovsky er det essentielle derimod at forsøge at mobilisere det positive overskud, som gør folk robuste overfor livets tilfældigheder, hvilket er årsagen til, at nogle mennesker klarer sig igennem spændinger, udfoldninger, kriser og problemer, uden at det ødelægger deres helbred. Antonovsky mener derfor, at vi i højere grad bør vende opmærksomheden fra sygdom til sundhed (Jensen & Johansen 2004:88-89).

Kapital 1: Problemfelt

I forhold til det danske samfund vurderer mere end otte ud af ti danskere deres helbred som værende godt eller rigtig godt, dog kan det konstateres, at den danske befolkning ikke lever lige så længe, som de lande vi normalt sammenligner os med. Mange lever i årevis med dårligt helbred, hvilket medfører en forringelse af den enkeltes livskvalitet og samtidig har samfundsøkonomiske konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2014:4). Så på trods af danskernes selv vurderende helbred er rigtig godt, kan det konstateres at middellevetiden i Danmark er en af de laveste i OECD-landene, selvom den de seneste år har været stigende. Dette er en af grundene til den store interesse for den danske befolknings sundhed. Yderligere findes der store forskelle i sundhed i forskellige grupper, samt en erkendelse af, at der skal foretages en samlet samfundsmæssig indsats, såfremt sundhed skal fremmes, liv forlænges og sygdom forebygges, hvilket også er årsager til den store interesse for sundhed. Der kan således fremhæves tre markante årsager til den store samfundsinteresse for sundhed (Vinther-Jensen & Nielsen 2004:42).

I 2007 og 2008 udførte Ministeret for Sundhed og Forebyggelse samt TrykFonden, på initiativ af det daværende Nationale Råd for Folkesundhed, den hidtil største undersøgelse af danskernes kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner (KRAM). I alt deltog 13 kommuner i KRAM-undersøgelsen, som både inkluderer en spørgeskemaundersøgelse samt fysiske helbredsundersøgelser (Statens institut for Folkesundhed 2009:3). I alt besvarede 76.484 danskere spørgeskemaet, mens 18.065 gennemførte helbredsundersøgelsen. Dog kan resultaterne ikke anses som værende repræsentative, idet kvinder er overrepræsenterede, og særligt unge mænd er underrepræsenterede (Statens institut for Folkesundhed 2009:7).

Det kan ud fra KRAM-undersøgelsen udledes, at der procentvis er lidt færre kvinder end mænd, der oplyser, at de har et godt eller rigtigt godt selv vurderet helbred. Desforuden kan det konstateres, at andelen med et godt eller rigtig godt selv vurderet helbred er faldende med alderen, og slutteligt kan der ses en positiv sammenhæng mellem uddannelseslængde og selv vurderet helbred (Statens institut for Folkesundhed 2009:10). I forhold til KRAM-faktorerne kan det konstateres, at kvinder spiser sundere end mænd, ældre spiser mere fedt end unge, hvor unge derimod spiser mere sukker end ældre, og overordnet har personer med en længere uddannelse sundere kostvaner. Det samme er gældende for rygning, idet andelen som ryger er faldende ved stigende uddannelse, yderligere kan det ud fra KRAM-undersøgelsen konstateres, at der er lige mange mænd og kvinder, som dagligt ryger. Mht. alkohol kan det derimod udledes, at i alle aldersgrupper drikker mænd mere end kvinder. Derudover kan det konstateres, at unge oftere overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger end ældre. I forhold til motion kan det ligeledes konstateres, at flere mænd end kvinder i alle aldersgrupper dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden. Andelen som dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden er dog faldende med alderen, men stiger derimod ved stigende uddannelsesniveau (Statens institut for Folkesundhed 2009:8-9).

Kapital 1: Problemfelt

Ud fra resultaterne fra helbredsundersøgelsen kan det konkluderes, at kvinder overordnet har et bedre fysisk helbred end mænd, og ikke overraskende kan det konstateres, at unge har et bedre fysisk helbred end ældre, endvidere kan der ses en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og fysisk helbred – deltagere med en lang videregående uddannelse har oftere et godt fysisk helbred (Statens institut for Folkesundhed 2009:11).

Professor i sundhedspolitiske analyser Signild Vallgård udformede i år 2001 en komparativ analyse af den politiske tilgang til folkesundhed i henholdsvis England, Sverige, Norge og Danmark, hvorudfra hun kunne konstatere, at der ikke eksisterer én specifik Nordisk tilgang til folkesundhed.

Overordnet skelner Vallgård mellem to sundhedsstrategier til at gøre borgernes liv længere og sundere, enten ved at påvirke rammerne for borgernes levevilkår eller gennem adfærdsregulering (Vallgård 2001:386).

“The Danish programme mainly aims at making people conduct themselves in a more healthy way, i.e. change their behaviour, often guided by health professionals” (Vallgård 2001:386). Ifølge Vallgård har Danmark et snævert fokus gennem strategien med adfærdsregulering. Ud fra en analyse af den tidligere danske SR-regerings sundhedspolitik i rapporten *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2000* (Sundhedsministeriet 1999) konkluderer Vallgård, at det danske program primært har fokus på sundhedsadfærd på fire områder: Kost, rygning, alkohol og motion og påpeger samtidig, at det danske program tilnærmelsesvis ikke har fokus på levevilkår (Vallgård 2001:387+390). Vallgård har et kritisk syn på dette snævre syn på sundhedsadfærd og fremhæver England og Sverige for deres mere nuancerede forståelse, da disse lande netop har større fokus på levevilkårenes betydning for sundheden (Vallgård 2001:386).

KRAM-undersøgelsen bekræfter Vallgårdas kritik af den danske politiske tilgang til sundhed, idet den udelukkende fokuserer på KRAM-faktorerne og dermed overser både de mere individuelle valg og også betydningen af de generelle levevilkår i forhold til sundhed, hvilket ligeledes strider mod WHO's brede sundhedsbegreb.

1.2. Ulighed i sundhed

Ud fra resultaterne fra KRAM-undersøgelsen kan det konstateres, at der findes en social ulighed i sundhed, idet flere borgere med en længere uddannelse både selv vurderer deres helbred som værende godt eller rigtig godt, og yderligere gennem helbredsundersøgelsen får bevist, at deres fysiske helbred er bedre end borgere med en kortere uddannelse. Yderligere kan det ud fra de fleste KRAM-faktorer konstateres, at længere uddannede borgere lever sundere end kortere uddannede borgere, idet flere højt uddannede har sundere kostvaner, ryger mindre og dyrker mere motion end de lavere uddannede – dog kan det

Kapital 1: Problemfelt

konstateres, at flere højtuddannede borgere overskrider Sundhedsstyrelsens alkoholanbefalinger end lavere uddannede borger.

KRAM-undersøgelsen er langt fra den første undersøgelse, som synliggør en social ulighed i sundhed – det er dog først inden for de seneste 30 år, at fænomenet for alvor er kommet på den globale dagsorden. I 1977 iværksatte WHO programmet *Sundhed for alle år 2000*, som eksemplificerede det brede sundhedsbegreb igennem fire mål: lighed i sundhed, at lægge år til livet, at lægge sundhed til livet samt at lægge liv til årene. I 1980 blev den skelsættende Black-rapport offentliggjort og har efterfølgende været inspirationskilde til den teoretiske interesse i at forklare mekanismerne bag uligheden i sundhed (Andersen et. al 2009:126-127).

Netop med inspiration fra Black-rapporten forsøger den norske sociolog Jon Ivar Elstad at komme med fem forklaringer på den uligheden i sundhed; 1) Artefakt, 2) Materialistisk/strukturalistisk, 3) Mobilitet, 4) Livsstil/adfærd, 5) Psykosocial – disse fem forklaringer er ikke gensidigt ekskluderende, men komplimenterer hinanden.

Med en *artefakt* forklaring, mener Elstad, at uligheden i sundhed er en konsekvens af den måde, forskerne operationaliserer, måler og fortolker sociale klasser og sundhed på (Elstad 2000:31).

Den *materialistiske/strukturalistiske* forklaring på uligheden i sundhed er, at forskellige positioner i samfundet er udsatte for forskellige eksponeringer – de privilegerede er udsat for færrest skadelige eksponeringer og besidder derfor et sundere helbred (Elstad 2000:32).

Forklaringen på social ulighed i sundhed grundet *mobilitet* er, at privilegerede har deres sociale position i samfundet i kraft af deres helbred, ikke at privilegerede får et bedre helbred grundet deres position (Elstad 2000:32).

Hvis borgernes *livsstil/adfærd* benyttes som forklaring på uligheden i sundhed, skyldes uligheden i sundhed, at de forskellige grupper i samfundet har forskellig sundhedsadfærd og sundhedsrelateret livsstil, som er mere eller mindre skadeligt for helbredet (Elstad 2000:32).

Slutteligt er den *psykosociale* forklaring på uligheden i sundhed en konsekvens af de psykologiske reaktioner fra de eksponeringer, borgeren udsættes for i hverdagen (Elstad 2000:32).

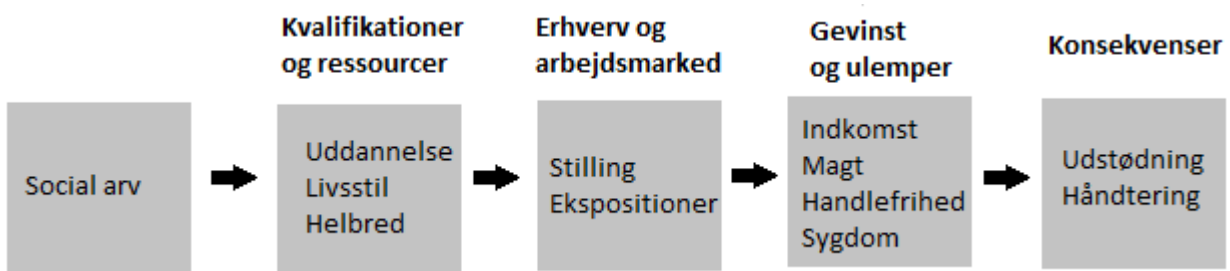
Den danske sociolog Niels Kr. Rasmussen argumenterer ligeledes for, at der er flere årsager til, at sundhed er fordelt socialt ulige i den danske befolkning, og han argumenterer for, at det tilnærmelsesvis ikke er muligt at forestille sig et sundhedsproblem, som ikke er socialt korreleret. Dette kan enten skyldes, at årsagsfaktorerne er socialt skævt fordelte, eller at de ressourcestærke borgere selv sørger for at fjerne sig fra de helbredsskadelige forhold – og så er der de selvforstærkende forhold; de syge mister handlekompetence, mister arbejde, mister indkomst etc. (Rasmussen 1999:4-5).

Kapital 1: Problemfelt

Rasmussen argumenterer for, at sociale forskelle i sundhedsvaner og livsstil skabes, vedligeholdes og eventuelt uddybes i et livsforløb, som inddrager betydningen af den sociale arv samt de meget tidlige påvirkninger fra familien og de nære sociale omgivelser (Rasmussen et. al 2007:159). Endvidere er udviklingen af generelle evner, såsom handlekompentence, essentielle for senere at kunne ændre adfærd i en sundhedsmæssig fornuftig retning (Rasmussen 1999:5). Den sociale arv anses således for et vigtigt element i forståelsen af ligheden i sundhed, og der kan derfor argumenteres for, at den enkeltes sundhedsvaner som barn har betydning for menneskets sundhedsvaner og dermed helbredsstilstand som voksen.

Rasmussen har udviklet en model, som synliggør, hvordan uligheden i sundhed skabes, udvikles og fastholdes i et livsforløb, hvor nogle af de aktive mekanismer er forsøgt illustreret i figur 1.1. (Rasmussen et. al 2007:162).

Figur 1.1. Trin i produktionen af sociale forskelle i sundhed og sygelighed



(Rasmussen 1999:6)

Ud fra figur 1.1. kan det udledes, at den sociale arv har betydning for de uddannelsesmæssige kvalifikationer individet opnår. Det er for eksempel ud fra undersøgelser blevet påvist, at store forskelle i unges uddannelsesforløb er meget afhængig af forældrenes uddannelsesniveau.

Den sociale arv ses ligeledes afspejlet i individets helbred. Individets livsstil og sundhedsvaner er socialt korreleret. Individets uhensigtsmæssige sundhedsvaner afspejler sundhedsvaner, som ses hos forældrene samt i den nære kammeratskabskreds.

Disse tre faktorer – uddannelse, livsstil og helbred – er vigtige elementer af den menneskelige kapital, som påvirker de muligheder, individet har for at klare sig på arbejdsmarkedet. Uddannelsens betydning er evident – meget få vellønnede, attraktive jobs gives til individer uden en videregående uddannelse. De attraktive jobs er for eksempelvis job uden helbredsrisici. En usund livsstil – eksempelvis rygning – er ved at blive et handicap for at få et attraktivt job, det samme er et dårligt helbred.

Kapital 1: Problemfelt

På arbejdsmarkedet får man løn, ulemper og gevinster – disse gevinster kunne eksempelvis være magt eller handlefrihed, hvor ulemperne kunne være sygdom grundet arbejdsforholdene. Konsekvenserne af disse forskellige ansættelsesforhold kan både være håndtering samt risiko for udstødning (Rasmussen 1999:6-7 & Rasmussen 2007:161-162).

”I dag er usund kost, rygning, alkohol og for lidt idræt og motion årsag til ca. 40 pct. af alle sygdomme og tillige dødsfald. Og den usunde livsstil er mest udbredt i de mindre ressourcestærke grupper (Forebyggelseskommissionen 2009:5).

Alle lande i verden har store og ofte stigende sociale forskelle i deres befolkningers helbredstilstand, hvilket fik WHO til at nedsætte kommissionen *Commission on Social Determinants of Health* i 2005. På baggrund af en rapport udgivet af denne kommission vedtog WHO i 2009 resolutionen: *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Denne resolution opfordrer medlemslandene til at gennemføre nationale analyser af årsagerne samt indsatserne mod social ulighed i sundhed, og derfor udgav Sundhedsstyrelsen i 2011 rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* (Sundhedsstyrelsen 2011:3).

I denne rapport er det beskrevet, at Danmark har to sundhedspolitiske mål: længere middellevetid med færre syge år, samt reducere social ulighed i sundhed. Danmark har dog været udfordret i begge mål. Årsagen til den svage middellevetidsudvikling er, at Danmark ikke i samme omfang som andre lande, har implementeret de strukturelle forbyggende tiltag på tobaks- og alkoholområdet.

Social ulighed i sundhed vil altid eksistere – idet der findes en systematisk association mellem individernes placering i samfundet og deres helbred. Denne association findes både blandt mænd og kvinder samt i alle aldersgrupper. Individer med en kort videregående uddannelse rammes oftere af de store folkesygdomme, og som regel er konsekvenserne – i form af dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne – desuden mere alvorlig for denne samfundsgruppe (Sundhedsstyrelsen 2011:7).

”Beregnes den sociale ulighed i sygdomsbyrde, som forskellen mellem uddannelsesgrupper i leveår tabt ved for tidlig død og langvarig alvorlig sygdom, er kronisk obstruktiv lungesygdom, hjertesygdom, demens, lungekræft og depression tilsammen de sygdomme, der står for 2/3 af uligheden i Danmark” (Sundhedsstyrelsen 2011:7).

Som årsag til social ulighed kan det ud fra *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* udledes, at der er defineret tre typer af determinanter, som hver griber ind i forskellige mekaniser, som hver producerer ulighed i sundhed. Disse tre determinanter er følgende (Sundhedsstyrelsen 2011:7-8):

Kapital 1: Problemfelt

1. Tidlige determinanter der påvirker den sociale position samt helbredet
 - a. Børns tidlige udvikling
 - b. Skolegang
 - c. Det sociale nærmiljø
2. Sygdomsårsager som påvirkes af den sociale position
 - a. Indkomst
 - b. Langvarig arbejdsløshed
 - c. Social udsathed
 - d. Fysisk miljø
 - e. Arbejdsmiljø
 - f. Sundhedsadfærd
 - g. Tidlig nedsættelse af funktionsevne
3. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser
 - a. Sundhedsvæsenets rolle
 - b. Det ekskluderende arbejdsmiljø

Ulighed i sundhed i Danmark er dermed forårsaget af flere mekanismer, og for at reducere uligheden i sundhed, er det nødvendigt at inddrage andre sektorer potentialer end blot sundhedssektoren. En koordineret og tværgående politik kan derfor forbedre folkesundhed for alle – både som mål i sig selv, men også som middel til samfundets økonomiske udvikling (Sundhedsstyrelsen 2011:7).

Problematikken omkring ulighed i sundhed kan enten anskues som en dikotomi, hvor en dårligt stillet minoritet med betydelige sundhedsproblemer kan udskilles fra resten af den danske befolkning, ellers kan problematikken anskues som en social gradient, hvor sundhedsproblemerne øges med lavere uddannelse og indkomst. Disse to anskuelser er dog ikke uforenlige størrelser. Man kan have en gradient op gennem det sociale hierarki og samtidig have en mere eller mindre stabil samfundsgruppe, som er ramt af særligt tunge sociale og sundhedsmæssige problemer (Andersen et. al 2009:129+145-146).

Ud fra overstående kan det konstateres, at social ulighed i sundhed er knyttet til eksistensen af de sociale hierarkier i samfundet, hvilket er en form for ulighed i samfundet, som næppe kan afskaffes. Uanset hvordan samfundet indrettes, vil der øjensynligt eksistere socioøkonomiske uligheder, og en vis ulighed i både indtægter, formue samt placering i det sociale hierarki er formodentlig en nødvendighed for at sikre dynamikken i samfundet. Udsigten til en særlig belønning enten i form af højere indkomst eller status medfører en højere produktivitet blandt borgerne – et samfund med en vis grad af indkomstulighed eller med en form for socialt hierarki vil øjensynligt have en højere levestandard end et uden. Hvis denne

opfattelse er korrekt, må vi nødvendigvis acceptere et vist niveau af ulighed i samfundet, og dermed også et vist niveau af ulighed i sundhed (Andersen et. al 2009:140).

1.3. Livskvalitet

Forskning i livskvalitet og lykke findes interessant af flere forskellige fagdiscipliner – eksempelvis både psykologi, sociologi, teologi, og økonomi. Lykkeforskningen omfavner alt fra store globale undersøgelser, hvor intentionen er befolkningssammenligninger af lykke, til mindre kvalitative undersøgelser af enkeltpersoners beretninger omkring lykkelige hændelser (Olsen 2013:361)

Overordnet findes der to forskellige grundopfattelser af lykke – den hedonistiske lykkeopfattelse og den eudaimoniske lykkeopfattelse. Den hedonistiske lykkeopfattelse er en form for lykke mennesket oplever, når det føler sig godt tilpas – føler glæde og trives. Målet inden for den hedonistiske lykkeopfattelse er dermed at opnå et nydelsesfuldt liv med så få ubehagelige oplevelser som muligt. Den hedonistiske lykkeopfattelse stammer fra nyttefilosofferne, som sætter lighedstegn mellem nytte og lykke – de to mest centrale figurer her indenfor er de engelske filosoffer Jeremy Bentham og John Stuart Mills. Bentham mener, at mennesket er styret af en søgen efter at opnå lyst og nydelse samt at undgå smerte og ubehag. Han argumenterer for, at der kan udføres en lykkekalkule, der afvejer lyst og nydelse på den ene side, og ulyst og smerte på den anden side. Stuart Mills har et mere idealistisk syn på lykke. Han argumenterer for, at intellektuelle og åndelige glæder er højere og finere end kødlige lyster, og vejer således tungere i lykkeregnskabet – både for det enkelte individ, men også for samfundet. Han lægger således et kvalitativt og vurderende element ind i sin opfattelse af lykke – hvorfor den nærmer sig den eudaimoniske lykke (Olsen 2013:362).

Den eudaimoniske lykkeopfattelse er derimod en form for lykke, som forbindes med at have en god skæbne som menneske. Denne lykkeopfattelse er, modsat den hedonistiske lykkeopfattelse, ikke kun et følelsesmæssigt anliggende, men indebærer også et kognitivt element i form af menneskets refleksioner over sit liv. Siden Aristoteles har den eudaimoniske lykkeopfattelse været forbundet med at gøre det godt ikke blot for sig selv, men også for fællesskabet. Den danske psykolog Svend Brinkmann formulerer følgende omkring den eudaimoniske lykkeopfattelse; Man kan kun forstå, hvad et menneske er, hvis man ved, hvad et menneske bør gøre – dvs. hvis man ved, hvilke dyder og moralske egenskaber det bør være udstyret med for at fungere som menneske. Mennesket skal således for at blive et egentligt menneske – og dermed lykkelig – realisere dyderne (Olsen 2013:362-363).

Yderligere kan der også skelnes mellem en kortvarig og en langvarig form for lykke. En kortvarig lykke er noget, mennesket oplever i specielle situationer, hvor man gennemstrømmes af stærke positive følelser, så som når studenterhuen sættes på hovedet, når underskriften sættes på ansættelsessamtalen, eller når

Kapital 1: Problemfelt

forlovelsesringens sættes på fingeren. Disse lykkelige momenter kaldes højdepunktsoplevelser. Den langvarige lykke beskrives derimod som en grundlæggende og dybere livstilfredshed – en varig følelse, som er uafhængig af momentets omstændigheder (Institut for lykkeforskning 2013:7).

Der eksisterer en række forskellige opfattelse af samt definitioner på lykke, men overordnet skelnes der mellem tre – livstilfredshed, subjektiv velvære og lykke. Disse tre opfattelser lægger vægten forskelligt i forhold til den hedonistiske og eudaimoniske lykkeopfattelse, dog er det fælles for alle tre opfattelse, at der opsættes forskellige skaler, som respondenterne skal placerer sig i forhold til, når lykke empirisk skal undersøges (Olsen 2013:363).

Når lykke opfattes som livstilfredshed, sker målingen oftest med ét enkelt globalt spørgsmål: "Er du alt i alt meget tilfreds, nogenlunde tilfreds, ikke særlig tilfreds eller slet ikke tilfreds med det liv, du lever?" Ellers anvendes en talskala, hvor respondenterne skal graduere deres livstilfredshed. Når livstilfredshed måles gennem denne type spørgsmål, får man et mål som både inkluderer hedonistiske og eudaimoniske træk. Det er således en evaluering af tilværelsen, som både kan rumme, hvor meget man nyder livet, og om livet findes meningsfuldt (Olsen 2013:364).

Når lykke opfattes som subjektivt velvære tages der udgangspunkt i livstilfredshed, men man supplerer den med en måling af respondentens følelser. Subjektivt velvære defineres som en persons oplevelse af behagelige følelser, fravær af negative følelser og en høj grad af livstilfredshed. Ved den subjektive velfærd sker målingen gennem den såkaldte *Satisfaction With Life Scale*, som er en fempunktsmåling, som indbefatter fem spørgsmål om respondentens generelle livstilfredshed, og om respondenterne har opnået de vigtige mål i livet. Ved målingen af den subjektive velvære får respondenterne fem udsagn og skal graduere disse fra 1 til 7. De fem udsagn er; 1) I de fleste henseender er mit liv tæt på mit ideal, 2) Betingelserne for mit liv er fremragende, 3) Jeg er tilfreds med mit liv, 4) Indtil nu har jeg fået de vigtigste ting, jeg ønsker i livet, 5) Hvis jeg kunne leve mit liv om igen, ville jeg ændre nærmest ingenting. Til at måle positive og negative følelser er den såkaldte *Positive And Negative Affed Scale* udbredt. Denne skala måler tilværelsens positive og negative sindstilstande. I målingen af subjektivt velvære træder den affektive komponent tydeligere frem, hvorfor den hedonistiske lykkeopfattelse træder tydeligere frem end den eudaimoniske lykkeopfattelse (Olsen 2013:265).

Slutteligt kan lykke måles som lykke (happiness), hvor målingen sker ud fra spørgsmålet; Alt taget i betragtning, vil du så sige du er: 1) Meget lykkelig, 2) Ret lykkelig, 3) Ikke særlig lykkelig, 4) Slet ikke lykkelig. Om lykke (happiness) er et udtryk for en hedonistisk eller eudaimonisk lykkeopfattelse er afgjort af sprogrådet. På dansk forbindes ordet "lykkelig" med en vis affektiv, og kan således betragtes som hedonistisk lykkeopfattelse, men dette er ikke absolut tilfældet på eksempelvis engelsk med ordet "Happy" (Olsen 2013:366).

Kapital 1: Problemfelt

Nærværende speciale benytter et eksisterende datasæt i den kvantitative analyse, som måler livskvalitet ud fra følgende spørgsmål: Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?, hvor respondenterne herefter skal graduere deres livstilfredshed på en 10 punktskala. Derfor kan der argumenteres for, at nærværende speciale opfatter lykke som livstilfredshed, og lægger sig således både op af den hedonistiske og eudaimoniske lykkeopfattelse.

Ud fra de utallige lykkeundersøgelser kan der efterhånden indkredses en række betydningsfulde forhold for borgernes lykke og livstilfredshed. På samfundsplan kan det udledes, at den materielle velstand er betydningsfuld – dog flader betydningen af det materielle ud med stigende velstand. Andre betydningsfulde faktorer er tryghed, frihed, økonomisk lighed, social deltagelse, fravær af fordomme, tillid til andre mennesker og til en vis grad uddannelse. På det personlige plan er det sociale netværk, personligheden og civilstanden betydningsfuld. Samfund og personer, som scorer lavt på disse faktorer, har således en lavere livstilfredshed og lykke end samfund og personer, som scorer højt (Olsen 2013:366).

Det er veldokumenteret, at sociale relationer og netværk er særdeles betydningsfuldt for borgernes oplevelse af livstilfredshed, velvære, deres evne til at håndtere vanskelige situationer samt deres fysiske og psykiske helbred (Olsen 2013:369). Der kan således argumenteres for, at sociale bånd fremme borgernes lykke. Den engelske professor i økonomi Nattavudh Powdthavee har udført en usædvanlig men spændende undersøgelse af sociale relationer og lykke, hvor han forsøger at sætte pris på værdien af nære sociale relationer ud fra den såkaldte *Shadow pricing methods* (Olsen 2013:370). Powdthavees undersøgelse dokumenterer, at jævnlig kontakt med venner og familie har en ganske betydelig og signifikant effekt på livstilfredsheden – jo mere kontakt, desto højere livstilfredshed. Ud fra økonomiske regnestykker kunne Powdthavves påvise at borgere, der prioriterer at bruge deres tid på at tjene penge, og dermed blot ser deres venner eller familie mindre end en gang månedlig, skal tjene omkring £63.000 ekstra for at opnå samme livstilfredshed som borgere, der ser deres venner eller familie de fleste dage. Tilsvarende er gevinsten for at tale med sine naboer omkring £40.000. Til sammenligning er respondenternes gennemsnitlige realindkomst £9.800 per indbygger. Ud fra sit datamateriale kunne Powdthavees yderligere påvise, at antal børn er negativt korreleret med livstilfredsheden – jo flere børn, desto lavere livstilfredshed. Uddannelse er ligeledes negativt korreleret med livstilfredshed – jo højere uddannelse, desto lavere livstilfredshed. Yderligere er et dårligt helbred også negativt korreleret med livstilfredshed – jo flere indlæggelsesdage, desto lavere livstilfredshed. Når Powdthavees omregner helbredets betydning til økonomiske termer, kan han konstatere, at et godt helbred er £300.000 værd kontra et dårligt helbred. Arbejdsløshed samt det at besidde et handicap har lignende effekt på livstilfredsheden. Ægteskabet har desforuden en stor betydning for livstilfredsheden – gifte og samlevende har betydelig større livstilfredshed

Kapital 1: Problemfelt

end enlige. Fraskilte har dog en endnu lavere livstilfredshed end singler. Omsat til økonomiske termer har et ægteskab en økonomisk gevinst på £60.000, mens en skilsmisse har et tab på £57.000 per år. Yderligere kan det ud fra undersøgelsen påvises, at livstilfredsheden har en U-kurve – livstilfredsheden topper i ungdommen og alderdommen, mens den rammer bunden midt i livet (Olsen 2013:370-371).

Det kan yderligere ud fra de utallige lykkeundersøgelser konstateres, at danskerne er et af de mest lykkelige folkefærd – i *World Database of Happiness* blev Danmark nr. 2, i *European Social Survey 2008* blev Danmark nr. 1, i *Gallup World Poll 2011* blev Danmark nr. 1, i *Eurobarometer 2012* blev Danmark ligeledes nr. 1 og slutteligt i *OECD Your Better Life Index 2013* blev Danmark nr. 5 (Institut for Lykkeforskning 2013:13).

I 2013 udgav det danske Institut for Lykkeforskning rapporten "*Der er et lykkeligt land*" i samarbejde med Danica Pension, som havde til formål at klarlægge, hvorfor danskerne er lykkeligere end resten af verden.

"Rapporten viser, at vores lykke i høj grad hænger sammen med tryghed, tillid og frihed. Det er også de idealer og grundlæggende værdier, som vi gerne beskriver Danmark ud fra. Rapporten peger imidlertid også på, at større fokus på helbred og sundhed vil gøre os endnu lykkeligere (Institut for Lykkeforskning 2013:5).

Rapporten synliggør således, at sundhed er afgørende for borgernes livskvalitet. Dog er sundhed blot én blandt flere afgørende faktorer for at opnå og opretholde en høj livskvalitet.

Kapitel 2: Problemstilling

Det kan ud fra overstående præsentation af specialets tre fokusområder konstateres, at der eksisterer en ulighed i sundhed i det danske samfund i form af en social gradient, hvor sundhedsproblemerne øges ved lavere uddannelse og indkomst. Yderligere kan det ud fra Institut for Lykkeforsknings rapport "*Der er et lykkeligt land*" konstateres, at sundhed og livskvalitet går hånd i hånd, men når Danmark gentagende gange bliver kåret som et af verdens lykkeligste lande og samtidig har en lavere middellevetid end andre OECD-lande, giver dette anledning til undren.

Med udgangspunkt i overstående undren over sammenhængen mellem sundhed og livskvalitet er følgende problemformulering udformet:

- ***Hvilke konsekvenser har uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet – er det muligt at besidde en usund livsstil og stadig være lykkelig?***

Formålet med nærværende speciale er at opnå viden omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Er et liv i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen kostråd det liv, som medfører den højeste livskvalitet, eller er det muligt at have en usund livsstil og stadig være lige så lykkelig, som borgere med en sund livsstil?

2.1. Afgrænsning

Det følgende er en præsentation af de til- og fravalg, der er blevet foretaget i forbindelse med specialets population.

Specialets kvantitative analyse bygger på et eksisterende datasæt ved navn *Sundhedsprofil 2013* fra Region Nordjylland, som har til formål at synliggøre nordjyderes sundhed. Den efterfølgende kvalitative analyse fungerer som et supplement til den kvantitative analyse. Da *Sundhedsprofil 2013* således er grundstenen for kommende analyser, er specialet – ligesom *Sundhedsprofil 2013* – afgrænset til udelukkende at analysere på den nordjyske befolkning og dermed sammenhængen mellem nordjyderes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet.

Sundhedsprofil 2013 inkluderer nordjyder fra 16 år og op efter, men i nærværende speciale er populationen afgrænset yderligere til udelukkende at inkludere nordjyder i alderen 30-60 år. Denne afgrænsning er sket, da de yderliggende aldersgrupper varierer meget i deres sundhedsrelaterede livsstil – netop grundet deres alder, hvilket ikke findes interessant. Derfor er specialets population voksne nordjyder, hvis sundhedsrelaterede livsstil er sammenlignelig, idet variationer her indenfor skyldes variationer i de strukturerede betingelser for forskellige livsstil.

Yderligere er der valgt både at inkludere mænd og kvinder i specialets population, idet sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet øjensynligt kan have en sammenhæng mellem køn.

Opsummerende kan det således konstateres, at specialets ambition er at undersøge konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsrelateret livsstil blandt nordjyske mænd og kvinder i alderen 30-60 år.

2.2. Fremgangsmåde

Det følgende vil være en kort og præcis redegørelse af specialet analysestrategi, hvis formål er at gøre læseren bekendt med analysens overordnede formål samt struktur. Der vil derfor forekomme en præsentation af analysens opbygning samt af samspillet mellem teorierne og metoderne.

Specialet har til formål at analysere konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. For at besvare denne problemformulering bedst muligt, er der valgt at udføre en metodekombinerende analyse – dermed er det både en kvantitativ og en kvalitativ analyse, der er det empiriske grundlag for kommende konklusion.

Første trin i besvarelsen af problemformuleringen er en tredelt kvantitative analyse, som indbefatter en multipel korrespondanceanalyse, en bivariat analyse samt en ordinal logistisk regressionsanalyse. Den multiple korrespondanceanalyse har til formål at synliggøre de bagvedliggende mønstre i den nordjyske befolknings sundhedsrelaterede livsstile, hvorefter borgernes livskvalitet og sociale baggrundsfaktorer vil inkluderes som supplementære variabler. Dette muliggør en analyse af sammenhængen mellem borgernes social baggrund og deres sundhedsrelaterede livsstil samt sammenhængen mellem borgernes livskvalitet og deres sundhedsrelaterede livsstil. Den multiple korrespondanceanalyse synliggør således sammenhængen mellem forskellige sundhedspraktikker og mønstre i sundhedsrelaterede livsstil samt deres relation til livskvalitet og ulighed.

For en mere detaljeret analyse af denne sammenhæng udføres der en bivariat analyse, hvis formål er at krydstabulere borgernes livskvalitet med deres sundhedsrelaterede livsstil. Denne sundhedsrelaterede livsstil udledes på baggrund fra borgernes placering langs 1. principalakse fra korrespondanceanalyse, som opsummerer om borgeren har en sund eller en usund livsstil. Den bivariante analyse synliggør således de præcise forhold for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, og dermed hvor mange nordjyske borgere, som fører en usund livsstil og samtidig er lykkelige.

Det sidste stadie i den kvantitative analyse er en ordinal logistisk regressionsanalyse, som har til formål at kontrollere de ydre livsvilkårs, de mellem menneskelige relationers samt den indre psykologiske tilstands

Kapitel 2: Problemstilling

betydning for nordjydernes livskvalitet. Den ordinale logistiske regressionsanalyse inkluderes således for at analysere om andre faktorer, end den sundhedsrelaterede livsstil er afgørende for uligheden i livskvaliteten.

Den kvantitative analyses samlede formål er således at konstruere et blik udefra omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, og ikke mindst om sundhedsrelaterede livsstile i sig selv skaber øget livstilfredshed, eller om denne i højere grad medierer en relation mellem fordelingen af ressourcer og livstilfredshed.

Det andet trin i besvarelsen af problemformuleringen er en kvalitative analyse, hvis empiriske grundlag er to fokusgruppeinterviews. Intentionen er at udføre ét fokusgruppeinterview af lykkelige borgere med en sund livsstil, samt ét fokusgruppeinterview af lykkelige borgere med en usund livsstil. Ambitionen er at analysere, hvordan forskellige sundhedsrelaterede livsstile påvirker opfattelsen af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Den kvalitative analyse besidder således et komparativt element, da formålet er at analysere sunde borgeres meninger og holdninger om sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet samt usunde borgeres holdninger og meninger om sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet og dermed forskellene og lighederne mellem de to livsstiltypers opfattelse af konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Den kvalitative analyse bidrager således med et blik indefra omkring opfattelsen af forholdene mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. I tillæg til det objektiverede blik fra den kvantitative analyse, resulterer kommende metodekombinerende analyse i en nuanceret helhedsforståelse af konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Specialets teoretiske forståelsesramme er den franske sociolog Pierre Bourdieu og den svenske psykolog Madis Kajandi. Specialet er til dels teorifortolkende, hvorfor Bourdieus og Kajandis teoretiske perspektiver vil blive benyttet til at strukturere og simplificere, og dermed forklare og forstå, de empiriske resultater, som synliggøres i den kvantitative og kvalitative analyse. Kombinationen af Bourdieu og Kajandi muliggør en afkodning af empirien gennem en teoretisk analyse. Bourdieu skal primært benyttes i afkodningen af uligheden i sundhed, hvor det primære formål med Kajandi er at afkode de afgørende faktorer for livskvaliteten. Bourdieus holdninger til både den videnskabsteoretiske retning og den kvalitative interviewform vil yderligere blive inkluderet.

For at gå fra problemformuleringen til konklusionen skal det indgående kendskab til den eksisterende litteratur og forskning kombineres med tre forskellige kvantitative analyser samt en kvalitativ analyse, hvis

Kapitel 2: Problemstilling

resultater skal forklares og forstås ved hjælp af Bourdieus og Kjaandis teoretiske forståelsesrammer. Sammenlagt munder dette forhåbentlig ud i en nuanceret og nytænkende konklusion om konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Kapitel 3: Design og metode

Med specialets problemfelt fastslået vil det følgende være en redegørelse af specialets design og metode. Først vil der forekomme en præsentation af specialets design og dermed den overordnede forskningsmetode, herunder den anvendte videnskabsteori samt specialets forskningsdesign og forskningsstrategi. Det efterfølgende vil være en redegørelse af specialets metodiske tilgang, hvor der vil forekomme en kort argumentation for, hvorfor metodekombination er optimalt til besvarelsen af nærværende problemstilling. Slutteligt vil specialets kvantitative og kvalitative metoder beskrives, hvori der vil indgå en beskrivelse af metodernes anvendelse i specialet.

3.1. Videnskabsteori: Metodologisk relationisme

Metodologisk relationisme er en videnskabsteoretisk tilgang, som er særlig fremtrædende inden for sociologien. Fælles for de forskellige udlægninger er, at de alle besidder et relationelt perspektiv og dermed tænker i relationer og funktioner (Jacobsen 2012:582-587).

”Undersøgelsen af samfundet bør have fokus på relationer og funktioner. Udgangspunktet er hverken en opfattelse af samfundet som summen af individer eller som uafhængig struktur. Det interessante ligger derimod i de relationer og netværk, som individerne indgår i” (Jacobsen 2012:587).

Pierre Bourdieu er en af de mest fremtrædende nyere sociologer, der argumenterer for den relationelle tænkning. Han finder det nødvendigt at have et blik for betydningen af relationerne mellem forskellige dominerende og dominerede positioner for at kunne indfange kompleksiteten af det sociale rum, hvilket er hans betegnelse for samfundet (Jacobsen 2012:585). Ifølge Bourdieu må verden derfor tænkes relationelt (Bourdieu & Wacquant 1996:210). En af Bourdieus hovedpointer er, at det udelukkende er gennem modstilling og sammenligning mellem fænomener, at et fænomen kan tillægges en given betydning (Jacobsen 2012:585-586). Nærværende speciale tager udgangspunkt i Bourdieus måde at anskue verden på, hvor individet eller strukturen isoleret set ikke kan tilkobles en værdi, men derimod udelukkende opnår værdi, når det sættes i relation til noget andet. Det er derved hverken det enkelte individ eller samfundsstruktur, som er essentielt i metodologisk relationisme, men derimod relationerne mellem disse. Det er således forskellene, der giver mening.

Bourdieu pointerer, at i konstruktionen af analysegenstanden er det afgørende, at man tænker relationelt og benytter en enkelt teknik – *”en systematisk opstilling af relevante træk, der karakteriserer en gruppe sociale aktører eller institutioner”* (Bourdieu & Wacquant 1996:206+211). Da specialet har til formål at analysere den sundhedsrelaterede livsstils påvirkning på livskvalitet, skal der udføres en systematisk opgørelse af de forskellige sundhedsvaner, som er fælles i funktionel og strukturel forståelse. Der benyttes

Kapitel 3: Design og metode

dermed en relationel tilgang til at opgøre nordjydernes sundhedsvaner. Efterfølgende skal disse sundhedsvaner reduceres til, analytisk set, relevante forskelle, hvilket gør det muligt at skelne mellem forskellige sundhedsmæssige livsstile på et overordnet plan. Dette konstruktionsarbejde danner et billede af det sociale rum, i dette tilfælde det symbolske rum, som består af objektive abstrakte relationer, og det er netop disse relationer, som udgør den sociale virkelighed (Bourdieu & Wacquant 1996:212). Bourdieu argumenterer for, at konstruktionen af analysegenstanden kræver, at man indtager en aktiv og systematisk holdning til "facts" for at kunne tackle et konkret og empirisk fænomen, i dette tilfælde sammenhængen mellem den nordjyske befolkning sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet, med det formål at konstruere en model, der for at være stringent ikke absolut behøver at være en matematisk formel eller et abstrakt udsagn. Målet er derfor en sammenkobling af relevante træk og data, som munder ud i et forskningsprogram, der kan generere systematiske spørgsmål og samtidig lægger op til systematiske svar (Bourdieu & Wacquant 1996:214).

Til at organisere den menneskelige viden om omverdenen kan der ifølge den tyske filosof Ernst Cassirer sondres mellem to forskellige perspektiver – "substantielle begreber" og "funktionelle eller relationelle begreber" (Jacobsen 2012:583). "Substantielle begreber" henviser til en substantialistisk læsning, som betragter alle former for menneskelig praktik og forbrug for sig og for sin egen skyld - uafhængig af omverdenen. Hvis man skal forstå et fænomen, er det derfor nødvendigt at søge efter nogle grundlæggende træk, som kendetegner dette fænomen. Ud fra den substantialistiske logik opfattes forbindelserne mellem de sociale positioner og de menneskelige smagspræferencer som direkte og mekaniske relationer (Bourdieu 1997:18 + Jacobsen 2012:583). "Funktionelle eller relationelle begreber" henviser derimod til en adækvat læsning, hvor det essentielle er forholdet mellem de sociale positioner samt individernes dispositioner (habitus) og positioneringer (den sundhedsrelaterede livsstil). Formålet er dermed at indfange virkelighedens relationelle og processuelle karakter i stedet for at lede efter det undersøgte fænomens grundlæggende karaktertræk (Bourdieu 1997:20 + Jacobsen 2012:583).

Med den metodologiske relationisme som videnskabsteoretisk udgangspunkt tillægger specialet sig de "funktionelle og relationelle begreber" og anskuer således de sundhedsrelaterede livsstile og livskvalitet relationelt. Derfor er det ikke specialets intention at finde grundlæggende karakteristika for eksempelvis en usund livsstil. Den usunde livsstil bliver derimod synliggjort gennem relationerne i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, som senere konstrueres ud fra en multipel korrespondanceanalyse. Det er ligeledes i denne multiple korrespondanceanalyse, hvor Bourdieus anbefalinger af konstruktionen af analysegenstanden kommer til udtryk.

3.2. Forskningsdesign: Tværnsitsdesign med elementer fra et komparativt casedesign

Nærværende speciale udfører både en kvantitativ samt en kvalitativ analyse for at undersøge konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Grundet disse to supplerende analyser er specialets forskningsdesign en kombination af et tværnsitsdesign og et komparativt casedesign. Det følgende vil være en præsentation af specialets forskningsdesign.

Med et tværnsitsdesign er man interesseret i variationer. Disse variationer etabes udelukkende, når man analyserer mere end en case. Empiriindsamlingen omkring disse multiple cases udføres mere eller mindre samtidigt, hvorfor der ikke eksisterer en tidsdimension i et tværnsitsdesign. For at kunne etablere variationen mellem disse multiple cases er kvantitativ og kvantificerbar data nødvendigt, da man herigennem kan måle variationerne ved hjælp af systematiske og standardiserede metoder. Hvis disse tre elementer opfyldes, er det muligt at synliggøre mønstre i sammenhænge. Med et tværnsitsdesign er det derfor muligt at undersøge forholdet mellem variabler, men da empirien er indsamlet på et tidspunkt, skaber dette en uklarhed om kausalretningen. Med et tværnsitsdesign er det således muligt at synliggøre en sammenhæng mellem to variabler, men vanskeligere at bekræfte kausalretningen (Bryman 2008:44). Tværnsitsdesignet benyttes i den kvantitative analyse, idet denne analyse netop har til formål at analysere variationerne inden for sundhedsrelateret livsstil samt deres relation til livskvalitet og ulighed. Denne analyse udføres på eksisterende kvantitative datasæt med 20.220 respondenter og har dermed multiple cases. Endvidere er data indsamlet på tilnærmelsesvis samme tidspunkt. Denne kvantitative analyse har således et klassisk tværnsitsdesign og resulterer i et øjebliksbillede af nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet.

Den kvalitative analyse har derimod et casedesign, som helt konkret er en empirisk analyse, som undersøger et historisk eller samtidigt fænomen i den sociale kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. En case repræsenterer, eller relaterer sig til, en mere generel sammenhæng eller en større population (Antoft & Salomonsen 2007:29+31-32). Med et casedesign i nærværende speciale er det hensigten at "zoome ind" på sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og deres livskvalitet, som synliggøres i den kvantitative analyse. Casen er yderligere afgrænset geografisk, idet specialets population er nordjyder i alderen 30-60 år. Den kvalitative analyses case repræsenterer dermed både en generel sammenhæng samt en større population. Casen er af den type, som Bryman kalder den eksemplificerende case, hvor casen er et repræsentativt udsnit af det undersøgte fænomen. Formålet med denne casetype er at indfange omstændighederne og vilkårene for nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet (Bryman 2008:56).

Den kvalitative analyse har helt konkret et komparativt casedesign, idet et komparativt casedesign med fordel kan anvendes, når målet er at teste sammenhænge (Antoft & Salomonsen 2007:46). Et komparativt casedesign studerer to kontrasterende cases med mere eller mindre identiske metoder (Bryman 2008:58). *”Den viden, som generes fra kvalitative komparative casestudies, fremstår desuden ofte mere overbevisende, og derfor anses de for at frembringe mere robuste resultater og konklusioner”* (Antoft & Salomonsen 2007:46). Formålet med den kvalitative analyse er således at analysere forskellene og lighederne mellem opfattelserne af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Hensigten med kommende analyser er at generere ny empirisk viden omkring konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsadfærd, og tolkningen omkring denne nye viden tager både afsæt i teoretisk viden fra Bourdieu og Kajandi samt i empirisk viden og data, hvorfor analyserne er teorifortolkende og ateoretiske. Specialet er således hverken teoritestende eller teorigenerende. Den kvantitative analyse er teorifortolkende, hvorfor Bourdieu og Kajandi vil blive benyttet til at strukturere og simplificere de empiriske fund, mens den kvalitative analyse både er teorifortolkende samt ateoretisk, idet der vil forekomme elementer, hvor teorierne mister deres styrke og relevans i analysearbejdet, hvorfor den videnskabelige tolkning udelukkende tager afsæt i den empiriske viden (Antoft & Salomonsen 2007:34+38-39).

3.3. Forskningsstrategi: Abduktion

Specialet har hverken haft en konsekvent induktiv eller deduktion strategi, men derimod en abduktiv forskningsstrategi, *”der betegner en metodisk tilgang til dannelse af de hypoteser, der går forud for verifikation eller falsifikation* (Langergaard et. al 2006:111). Med denne forskningsstrategi foregår hypotesedannelsen systematisk og bygger på velbegrundede gæt om sammenhænge frem for dristige og vilde gæt. Abduktion danner således grundlag for en logisk slutning. Abduktion er en forskningsstrategi, der tager udgangspunkt i overraskende resultater, som ikke umiddelbart kan forklares. Resultatet af den abduktive strategi er, at det overraskende resultat kan forklares som en naturlig forekomst. Med en abduktiv forskningsstrategi er det ikke udelukkende formålet at verificere eller falsificere viden som videnskabelig, men derimod en opdagelse ny viden gennem de overraskende resultater (Langergaard et. al 2006:111-112).

”Når man har opstillet en abduktiv slutning, så kan man udvikle den deduktivt til en teori, ligesom man deduktivt kan slutte sig til forskellige konsekvenser. Disse konsekvenser kan man endelige undersøge induktivt” (Langergaard et. al 2006:112).

Kapitel 3: Design og metode

Denne forskningsstrategi har specialet ladet sig inspirere af, idet både deduktion og induktion spiller en rolle i specialets arbejde med teori (Langergaard et. al 2006:112).

Den abduktive forskningsstrategi for nærværende speciale kommer til udtryk gennem den allerede eksisterende viden omkring ulighed i sundhed og dermed viden om, at efterlevelsen af Sundhedsstyrelsens kost- og alkoholanbefalinger udspiller sig forskelligt i de forskellige samfundsgrupper, som eksisterer i Nordjylland. Grundet denne eksisterende viden har hypotesedannelsen, i dette tilfælde dannelsen af problemformuleringen, derfor været systematisk og bygger derfor på velbegrundede antagelser. I kommende analyse er det hensigten at udføre en multipel korrespondanceanalyse, en bivariat analyse samt en ordinal logistisk regressionsanalyse for at analysere sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet. Grundet den ulige fordeling af ressourcer besidder borgerne forskellige sundhedsrelaterede livsstile, og intentionen er således at analysere, om disse forskellige sundhedsrelaterede livsstile medfører forskellige mængder livskvalitet. Formålet med denne kvantitative analyse er at analysere konsekvenserne af denne ulighed i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvaliteten, hvor jeg som forsker endnu ingen eksisterende viden besidder omkring denne sammenhæng.

Denne forskningsstrategi benytter sig både af den induktive strategi, idet sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet fra begyndelsen er ukendt, og den deduktive strategi, da den kvalitative analyse skal anses som et supplement til den kvantitative analyse.

Grundet den systematiske hypotesedannelse, kombinationen af induktion og deduktion samt opdagelsen af ny viden, benytter specialet den abduktive forskningsstrategi.

3.4. Metodekombination

Specialets abduktive tilgang resulterer i en metodekombinerende analyse, hvor der både inddrages kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Intentionen med metodekombinationen er at indsamle forskellige informationstyper omkring sammenhængen mellem sundhedsadfærd og livskvalitet, hvilket resulterer i en helhedsforståelse og dermed en mere dækkende og fyldestgørende analyse og konklusion, end en undersøgelse med blot én metodisk tilgang vil munde ud i.

Der eksisterer to formål med en metodekombinerende undersøgelse – de to metodiske tilgange kan *supplere* hinanden, eller de kan *validere* hinanden. Når metodekombination benyttes til validering af resultaterne, er det muligt at trække på faglige konventioner samt logiske argumenter, men for vurderingen af hvor vidt en udlægning af et udsagn eller et svarmønster er korrekt og dækkende, er en empirisk krydskontrol nødvendigt, og der skal derfor inddrages forskellige metoder (Riis 2001:113). Denne metodekombination kaldes også for metodetriangulering.

Kapitel 3: Design og metode

Nærværende speciale vil benytte metodekombination, hvorfor målet er, at den kvantitative og kvalitative analyse skal supplere hinanden. Det er således ikke formålet, at den kvalitative analyse skal validere resultaterne fra den kvantitative analyse. Idet der benyttes to forskellige metodiske tilgange, frembringes der således to former for informationer, som begge er væsentlige for at danne en dækkende fremstilling af og forklaring på problemstillingen. Gennem supplerung søger man således at frembringe og kombinere forskellige typer af information, for derigennem at illustrere forskellige aspekter af problemkompleksiteten (Riis 2001:113-114). Både kvantitative og kvalitative metoder har væsentlige begrænsninger, som delvist kan overvindes gennem kombinationen af metoderne i et fælles forskningsdesign. Uden kombinationen kan analyserne risikere at hvile på udokumenterede antagelser (Riis 2001:151-152).

I nærværende speciale er det formålet at udføre en multipel korrespondanceanalyse, en bivariat analyse samt en ordinal logistisk regressionsanalyse for at synliggøre sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsrelateret livsstil. Gennem denne kvantitative analyse konstrueres konteksten, hvor analyseproblemet kan placeres og studeres. Derefter er det intentionen at udføre to fokusgruppe-interviews, hvor omdrejningspunktet bliver resultaterne fra den kvantitative analyse. Den analytiske kontekst skabes dermed i den kvantitative analyse, som derefter fungerer som kriterium for udvælgelsen af interviewpersoner til fokusgruppeinterviewene og ligeledes er fortolkningsrammen for den kvalitative analyse (Skjøtt-Larsen 2014:67).

Det er således hensigten at indsamle information omkring sammenhængen mellem den nordjyske befolknings sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet med to forskellige metodiske tilgange, hvor resultaterne herfra skal ses i forlængelse af hinanden for at kunne konstruere en så nuanceret og fyldestgørende analyse som muligt.

Specialets analyse og metodekombinerende tilgang er inspireret af Pierre Bourdieu og hans forskningsprocespraksis videnskabelig viden. Det første trin i denne strategi er et blik udefra, som indebærer viden fra et udefrakommende perspektiv. Et sådan blik udefra bliver muliggjort gennem adgangen til systematisk indsamlet data samt brugen af statistiske metoder. For at konstruere praksisvidenskabelig viden er det nødvendigt at reflektere over, hvilke begrænsninger det objektiverende perspektiv bibringer, hvilket er det andet trin i forskningsprocessen. Det tredje og afgørende trin i konstruktionen af praksisvidenskabelig viden er kombinationen af at "forklare" og "forstå" – og dermed en kombination af blikket indefra og udefra. Bourdieu argumenterer således for, at man bevæger sig fra *opus operatum*, hvor man analyserer strukturer til *modus operandi*, hvor man analyserer principperne bag disse strukturer i praksis. Systematik lokaliseres dermed i *opus operatum*, fordi det eksisterer i *modus operandi*. Det tredje trin i forskningsprocessen involverer

derfor eksplicit undersøgelse af *modus operandi*, som er logikken i praksis, der producerer de strukturer, som kan observeres gennem det udefrakommende perspektiv (Harrits 2011:156-157).

Bourdieu's forskningsprocesser kommer til udtryk i nærværende speciale, idet der laves et blik udefra gennem specialets multiple korrespondanceanalyse, bivariate analyse og ordinale logistiske regressionsanalyse. Denne kvantitative analyse konstruerer et blik udefra på de strukturer og forskelle, der findes i sammenhængen mellem sundhedsrelaterede livsstile og livskvalitet, men for at få en nuanceret analyse findes det nødvendigt at inkludere en kvalitativ analyse, hvor der udføres fokusgruppeinterviews. Formålet med denne kvalitative analyse er at forstå nordjydernes opfattelse af sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsadfærd. Idet specialets blik indefra udføres gennem fokusgruppeinterview, formår analysen dermed at kombinere forklaringen og forståelsen af sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet.

3.5. Multipel korrespondanceanalyse

Med metodologisk relationisme som specialets videnskabsteoretisk ståsted er der valgt at udføre en multipel korrespondanceanalyse i kommende kvantitative analyse, da denne metodeform netop bygger på den relationelle tænkning, som er fundamentet for Bourdieus forståelse af det sociale rum.

”Korrespondanceanalyse er en statistisk analyseform – en form for geometrisk dataanalyse – som vinder stadig større udbredelse internationalt såvel som herhjemme. Årsagen er, at den er en af de såkaldt multivariate analysemetoder, hvor man kan arbejde eksplorativt med flere variable ad gangen, i modsætning til de mere traditionelle statistiske metoder, hvor man enten arbejder med ganske få variabler eller ud fra antagelser om bagvedlæggende matematiske modeller” (Høyen 2010:11)

Inden for sociologiske undersøgelser er multivariate analysemetoder interessante, idet sociologer arbejder med komplekse problemstillinger med formodninger om, at der er mange variabler, der indvirker på og samtidig beskriver en bestemt tilstand (Høyen 2010:11). Grundtanken med en korrespondanceanalyse er, at sammenhængen mellem to eller flere kategoriserede variabler kan gengives i en overskuelig grafisk afbildning og dermed forenkle korrelationsstrukturen (Jæger 2003:2). En korrespondanceanalyse er dermed mest fordelagtig, når der opereres med store datasæt, hvor mange variabler skal inkluderes for at beskrive et bestemt fænomen eller sammenhæng.

Formålet med en korrespondanceanalyse er at undersøge, hvordan variabler i et datamateriale forholder sig til hinanden og kan optræde i to former, en simpel og en multipel. Den simple korrespondanceanalyse (CA) undersøger sammenhængen mellem to variabler, hvorimod den multiple korrespondanceanalyse (MCA) undersøger sammenhængen mellem flere variabler, hvor variablerne oftest er knyttet til et antal

Kapitel 3: Design og metode

individer. Variablerne, som kan inkluderes i en korrespondanceanalyse, er kategoriske variabler, hvilket vil sige variabler, der er underopdelt i kategorier, som gensidigt udelukker hinanden (Høyen 2010:13). Nærværende speciale vil benytte en multipel korrespondanceanalyse, idet denne form giver mulighed for at inkludere flest variabler i analysen. Det er dermed muligt at definere nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil gennem adskillige variabler omhandlende KRAM-faktorerne og dermed skabe det mest nuancerede billede af sundhedsrelaterede livsstile.

Grundet den multiple korrespondanceanalyse eksplorative, deskriptive og forklarende analytiske tilgang er det muligt, ud fra adskillige udvalgte variabler, at synliggøre generelle mønstre og bagvedliggende strukturer i nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil uden nogen forudindtaget formodning omkring dette mønster (Høyen 2010:7). Derfor kan der også argumenteres for, at en multipel korrespondanceanalyse har en induktivt snarere end en deduktiv analyseteknik, idet der ikke nødvendigvis arbejdes med specifikke årsagsforklarende hypoteser (Jæger 2003:10). Der kan dermed argumenteres for, at modellen følger data frem for omvendt (Hjellbrekke 1999:8)

Den grundlæggende antagelse ved en multipel korrespondanceanalyse er, at sammenhængen mellem variabler fra en krydstabel kan udtrykkes i geometriske termer som afstande mellem variablernes kategorier. Man går således fra data fra en krydstabel til punkter på et kort.

Få er nå frem til disse punkter på et kort må følgende fremgangsmåde følges. Først fremstiller man en relation mellem to variabler – I og J – i en tabel. Rækkerne og kolonnerne i denne krydstabel håndteres symmetrisk. Summen af de betingede fordelinger opsummeres til n. Herefter finder man gennemsnitsprofilen og kategoriernes vektor ved at omdanne værdierne i tabellen til proportioner med udgangspunkt i n. Herefter kan række- og kolonneprofilerne findes ved at omdanne værdierne i krydstabellen til proportioner med udgangspunkt i begge marginalfordelinger, hvilket resulterer i to tabeller. Hver profil fremstilles herefter som et punkt i et flerdimensionelt rum. Alle kategorier tilhørende en variabel fremstilles som en sky af punkter – en sky for rækkevariablen I og en sky for kolonnevariablen J. En multiple korrespondanceanalyse bygger på individer X kategorier, hvilket resulterer i en individsky samt en kategorisky, som rummer mere en blot kategorierne fra én variabel (Hjellbrekke 1999:56).

Det geometriske mål for afstanden mellem variabelkategorierne kaldes i en multipel korrespondanceanalyse for X^2 -afstanden – denne afstand afspejler de respektive punkter på kortets afvigelse fra gennemsnittet af deres relative række- og søjlefordeling i krydstabellen (Jæger 2003:5). Dermed kan sammenhængen mellem to variabler udtrykkes gennem afstanden mellem variablernes kategorier, og X^2 -afstanden afspejler således kategoripunkternes afvigelse fra et gennemsnit af deres relative række- og søjlefordeling i krydstabellen.

Kapitel 3: Design og metode

Udgangspunktet for en multipel korrespondanceanalyse er således en omfattende krydstabel, og resultatet af en multipel korrespondanceanalyse er to punktskyer i et flerdimensionelt rum. Det er umuligt at visualisere sådan et flerdimensionelt rum, og det er dermed nødvendigt at reducere dimensionerne. Ved sådan en reduktion sker der et vist informationstab, hvor det essentielle naturligvis er at minimere dette informationstab. Dermed er det efterstræbelsesværdigt at reducere det flerdimensionale rum til et rum af lavere dimensioner, men som så nøjagtigt som muligt afbilder X^2 -afstanden. Helt konkret svarer det til at lede efter det plan, som er tættest på alle punkterne (Høyer 2010:33-34).

Intentionen med udførelsen af en multipel korrespondanceanalyse i nærværende speciale er at konstruere et rum ud fra forskelle og ligheder i nordjydernes sundhedsvaner. De nordjyder, som er placeret tæt på hinanden i rummet, har tilnærmelsesvis ens sundhedsvaner, hvorimod de nordjyder, som er placeret langt fra hinanden, har helt forskellige sundhedsvaner.

I en korrespondanceanalyse skelnes der mellem aktive og passive variabler. De aktive variabler skaber rummet, hvorimod de passive variabler kan inkluderes som supplementærvariabler og bidrager dermed ikke til rumkonstruktionen, men kan hjælpe med fortolkningen af rummet. De aktive variabler vil derfor i nærværende speciale være variabler som omfatter nordjydernes sundhedsvaner, herigennem deres kost, rygevaner, alkoholforbrug samt deres aktivitetsniveau. Efter konstruktionen af det sundhedsrelaterede livsstilsrum vil der inddrages passive variabler, som nordjydernes livstilfredshed, ressourcer samt andre baggrundsfaktorer.

3.6. Bivariat analyse

Den bivariate analyse skal ses som en forlængelse af den multiple korrespondanceanalyse. Det kan allerede nu afsløres, at korrespondanceanalysens 1. principalakse opsummerer borgerens sundhedsniveau. Borgere, som er placeret på principalaksens positive side, fører en usund livsstil, mens borgere, som er placeret på principalaksens negative side, fører en sund livsstil. Denne principalakse skal omformateres til en variabel, som angiver borgerens samlede sundhedsniveau. Intentionen med den bivariate analyse er således at krydstabulere borgerens samlede sundhedsniveau – altså deres placering langs 1. principalakse – med deres livstilfredshed.

En krydstabel synliggør om frekvensen af den afhængige variabel varierer inden for den uafhængige variabels kategorier. I kommende analyse ansues borgerens sundhedsniveau som den uafhængige variabel, mens borgerens livstilfredshed ansues som den afhængige variabel. Borgerens sundhedsniveau ansues således som værende afgørende for deres livstilfredshed. Hvis frekvenserne er forskellige, kan det konstateres, at sundhedsniveauet påvirker livstilfredsheden (Agresti & Finlay 2009:223).

Kapitel 3: Design og metode

Til at analysere sammenhængen mellem de to kategoriske variabler benyttes de summariske mål χ^2 og gamma. χ^2 anvendes i udgangspunktet på nominal variabler, mens gamma anvendes på ordinalskalerede variabler (Agresti & Finlay 2009:238). På trods af kommende bivariate analyse krydstabulerer ordinalskalerede variabler, er det valgt både at inkludere χ^2 og gamma, idet krydstabellen kan have signifikante forskelle, uden de nødvendigvis peger i en bestemt retning, hvor χ^2 vil være et bedre mål end gamma.

Formålet med en χ^2 test er at teste nul-hypotesen om uafhængighed mellem variablerne. Resultatet af denne χ^2 -test er en X^2 værdi, som udelukkende har positive værdier. Jo højere en X^2 desto mindre er sandsynligheden for en sand nul-hypotese og dermed uafhængig mellem variablerne. χ^2 testen synliggør således, om variablerne er afhængige eller uafhængige af hinanden, men ikke styrken på sammenhængen (Agresti & Finlay 2009:224+229).

Gammatesten synliggør derimod både sammenhængens styrke og retning, og resultatet af en gammatest er en gammakorrrelationskoefficient. Gammakorrrelationskoefficienten kan have en værdi mellem -1 og 1. Jo tættere på 1 eller -1 desto stærkere er sammenhængen, og det positiv eller negativ fortegn angiver regningen (Agresti & Finlay 2009:242-243). Gammakorrrelationskoefficientens rangorden er opstillet i tabel 4.1.

Tabel 3.1. Styrken for gammakorrrelationskoefficienter

Gammakorrrelationskoefficient	Styrke
0-0,9	Ingen sammenhæng
0,1-0,19	Svag sammenhæng
0,2-0,29	Moderat sammenhæng
0,3-1	Stærk sammenhæng

**Identiske rangorden med negative gammakorrrelationskoefficienter*

χ^2 og gamma kan yderligere benyttes til at udregne P-værdier og dermed signifikansniveauet (Agresti & Finlay 2009:229). P-værdien placerer sig mellem 0 og 1. Jo mindre P-værdien er, desto mindre sandsynligt er det, at korrrelationskoefficienten skyldes en fejl i stikprøven. En lav P-værdi betyder således, at korrelationen sandsynligvis skyldes en virkelig korrelation i stikprøven (deVaus 2002:263-264). I samfundsaglige undersøgelser skal P-værdien være under 0,05 for at blive accepteret, hvorfor man arbejder med et 95% signifikansniveau. Sandsynligheden for at tage fejl er således 5%, når resultaterne er statistiske signifikante.

3.7. Ordinal logistisk regressionsanalyse

Efter den multiple korrespondanceanalyse og den bivariate analyse er det intentionen at udføre en regressionsanalyse for at kontrollere for andre faktorerers påvirkning på livstilfredsheden. Livstilfredshed er således regressionsanalysen afhængige variabler, og idet variabelen er ordinalskalet, udføres der således en ordinal logistisk regressionsanalyse (Tuft 2000:53). Grundideen med en ordinal logistisk regressionsanalyse er at samle forskellige binære logiske regressionsanalyser i én samlet.

Formelen for en ordinal logistisk regressionsanalyse er:

$$P(y \leq j) = \frac{a_j - \beta x}{\text{logit}} \quad j = 1, 2, \dots, c - 1$$

C er antallet af kategorier i den afhængige variabel. I nærværende tilfælde har variabelen livstilfredshed 3 kategorier, hvorfor j henholdsvis er 1 og 2. I en ordinal logistisk regressionsanalyse ses der på kumulerede odds, da man ser på oddsene for j eller derunder. Det er en forudsætning, at regressionskoefficienten β er ens i populationen, og det således udelukkende er konstantleddet a_j , der er forskelligt (Agresti & Finlay (2009:497). For at undersøge dette udføres der en test af parallelle linjer, hvor nul-hypotesen er, at regressionskoefficienterne er ens. I modsætningen til andre statistiske tests skal nul-hypotesen ikke forkastes, da regressionskoefficienterne skal være tilnærmelsesvis ens hen over responskategorierne. P-værdien skal således være over 0,05 – og dermed insignifikant – for at kunne anvende den ordinale logistiske regressionsmodel (Norušis 2011:74-75).

Når den ordinal logiske regressionsanalyse skal afrapporteres, sker det ved odds-ratio, som er eksponentialfunktionen til regressionskoefficienten β , som angiver chancen eller risikoen for, at respondenter i en given kategori på den uafhængige variabel stiger et trin på den afhængige variabel i forhold til en person i referencekategorien på den uafhængige variabel (Agresti & Finlay 2009:497). Odds-ratio kan udelukkende besidde positive værdier. Hvis odds-ratio er større end 1, er chancen for succes større for den undersøgte gruppe end for referencegruppen, hvor chancen for succes er mindre for den undersøgte gruppe end for referencegruppen, hvis odds-ratio er mindre end 1 (Agresti & Finlay 2009:237).

Yderligere inkluderes R^2 (nagelkerke) ligeliges i afrapporteringen af den logistiske regressionsanalyse i nærværende speciale. Værdien for R^2 ligger inden for intervallet 0 og 1 og indikerer andelen af variationen inden for den afhængige variabel, der kan forklares ved den prædikative effekt af de forklarende variabler, som inkluderes i regressionsanalysen. Hvis R^2 er 0 betyder det, at modellen ingen forklaringskraft har, hvor 1 betyder, at modellen forklarer den totale variation i den afhængige variabel. Jo større værdi R^2 har, desto bedre er modellens forklaringskraft. (Agresti & Finlay 2009:332-333).

3.8. Fokusgruppeinterview

Efter den kvantitative analyse, hvis intention er at give et blik udefra af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, er det intentionen at udføre kvalitative fokusgruppeinterviews. Ambitionen med den kvalitative analyse er at skabe et nuanceret billede af problemstillingen, hvor resultatet bliver en supplerende analyse af subjektive opfattelser af sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsrelateret livsstil.

Fokusgruppeinterviews er en interviewform, som den danske professor Bente Halkier definerer som en forskningsmetode, der producerer data via gruppeinteraktion omkring et givent emne (Halkier 2009:9). Kombinationen af gruppeinteraktion og et forskerbestemt fokus producerer empirisk data omkring betydningsdannelse i grupper. Disse betydningsdannelser foregår i hverdagslivet som en del af individernes sociale erfaringer. Sociale erfaringer bliver til mere eller mindre selvfulgelige repertoier, som individerne anvender, når de handler og fortolker sig igennem dagligdagens aktiviteter i samspil med andre. Fokusgruppeinterviews muliggør potentielt, at deltagerne i deres interaktion udtrykker sådanne ellers tavse samt "taget for givet" repertoier for betydningsdannelse. Fokusgruppeinterviews er således specielt gode til at producere data omkring mønstre i indholdsmæssige betydninger i gruppers beretninger, forhandlinger og vurderinger (Halkier 2009:10). Fokusgruppeinterviews er kendetegnet ved en ikke-styrende interviewform, hvor det essentielle er at få mange forskellige synspunkter på det undersøgte emne frem (Kvale & Brinkmann 2009:170).

For at komme med en valid analyse af sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet, som synliggøres i den kvantitative analyse, kræves der en kombination af teoretiske refleksioner samt en kvalitativ opfølgning (Halkier 2009:19). Kommende fokusgruppeinterviews skal netop benyttes til denne kvalitative opfølgning, og anvendes dermed til indsamling af viden omkring nordjydernes egen opfattelse samt forklaring på sammenhængen mellem deres sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet samt den kollektive betydningsdannelse, som fremhæves gennem interaktionen. Den kvantitative analyse synliggør således sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet ud fra den multiple korrespondanceanalyse, bivariate analyse samt den ordinale logistiske regressionsanalyse, hvor fokusgruppeinterviewene og de medfølgende mange synspunkter på sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsrelateret livsstil kommer med en forklaring og forståelse herpå. Nærværende speciale benytter således fokusgruppeinterviewenes som supplement til den kvantitative analyse.

Der findes både styrker og svagheder ved brug af fokusgruppeinterviews. En af styrkerne er, at denne interviewmetode er god til at producere data omkring sociale gruppers fortolkninger, normer og interaktioner, hvorimod de er mindre velegnet til at producere data omkring individers livsverdner. En af

Kapitel 3: Design og metode

svaghederne ved fokusgruppeinterviews er dermed, at hver enkelt deltager ikke har "samme mængde taletid" i fokusgruppeinterviews som i individuelle interviews. Forskeren har yderligere ikke samme mulighed for at spørge ind til den enkeltes forståelse og erfaring ved fokusgruppeinterviews som ved individuelle interviews. En anden styrke ved fokusgruppeinterviews er, at det er den sociale interaktion, som er kilden til data, da deltageres sammenligninger af erfaringer og forståelser i gruppeprocesserne producerer viden om kompleksiteterne i betydningsdannelse og sociale praksisser, som er svære for forskeren at fremhæve i individuelle interviews eller gruppeinterviews. Der findes dog også en svaghed i, at det netop er den sociale interaktion, som er kilden til data, da der kan opstå konkrete gruppeeffekter, hvor deltagerne eksempelvis bliver påvirket af og efterfølgende indtager andre deltagers holdninger og meninger i frygt for at afvige fra normen (Halkier 2009:13-14).

Under et fokusgruppeinterview fungerer forskeren som moderator. En moderator i et fokusgruppeinterview har en anden rolle, end en interviewer har i et individuelt interview, idet det er en anden og mere omfattende form for social interaktion, som foregår. Der findes to særlige karaktertræk ved en moderator 1) moderatoren skal få deltagerne til at tale sammen, 2) moderatoren skal kunne håndtere de sociale dynamikker blandt deltagerne (Halkier 2009:48-49).

Niveauet for moderatorens involvering og dermed også struktureringen af fokusgruppeinterviewene er essentiel. Jo mere struktureret et fokusgruppeinterview er, desto mere moderatorinvolvering kræves der (Halkier 2009:38). Der findes tre modeller for fokusgruppeinterviews – en løs model, en stram model og en tragtmodel.

Den løse og åbne model af moderatorinvolvering og strukturering indbefatter meget få, brede og åbne startspørgsmål, og med denne model er man mest interesseret i at høre deltagerne diskutere frem for, at de besvarer specifikke spørgsmål. Hvis forskeren ikke har en forforståelse omkring problemstillingen, kan den løse model være fordelagtigt, idet deltagerne fortæller så meget som muligt ud fra deres egne perspektiver, hvorved undersøgeren lærer en del nyt om feltet. En af ulemperne ved denne løse model er dog, at det kan være vanskeligt at udføre en systematisk sammenligning, da de forskellige fokusgrupper potentielt kan diskutere meget forskellige vinkler i problemfeltet.

Den stramme model for moderatorinvolvering og strukturering har flere og mere specifikke spørgsmål under fokusgruppeinterviewene og egner sig bedst til projekter, hvor det primære fokus er på indholdet af diskussionerne og ikke absolut på interaktionen mellem deltagerne. Samtidig egner den stramme model sig bedst til projekter, hvor forskeren allerede besidder en relativ omfattende viden om feltet og derfor gerne vil stille nogle relativt præcise spørgsmål. Ulempen herved er, at muligheden for at opnå ny viden begrænses, men fordelene er samtidig, at forskeren med stor sikkerhed får produceret viden i forhold til det specifikke problemfelt.

Kapitel 3: Design og metode

Idet der både findes fordele og ulemper ved den stramme og den løse model for strukturering og moderatorinvolvering benytter mange forskere tragtmodellen, som kombinerer den løse og stramme model, og dermed starter fokusgruppeinterviewene åbent og slutter mere struktureret (Halkier 2009:38-40). Det er netop denne tragtmodel, som vil blive benyttet til struktureringen og moderatorinvolveringen for kommende fokusgruppeinterviews. Med denne model er det både muligt at indsamle ny viden omkring sammenhængen mellem livskvalitet og sundhedsrelateret livsstil, idet deltagerne åbent kan diskutere deres holdninger og erfaringer herom, og afslutningsvis stille gruppen flere specifikke spørgsmål omkring deres sundhedsrelaterede livsstil og sociale baggrundsfaktorer og dermed være sikker på at kunne udføre en systematisk sammenligning mellem de to fokusgruppeinterviews. I kommende analyse vil der udelukkende blive analyseret på det indholdsmæssige fra fokusgruppeinterviewene og dermed ikke på interaktionen mellem deltagerne.

Bourdieu argumenterer for, at forholdet mellem interviewer og deltagerne under et kvalitativ interview er ulige. Han udtaler følgende: *"It is the investigator who starts the game and who sets up the rules"* (Bourdieu 1996:19). Dette er øjensynligt også gældende under et fokusgruppeinterview, idet det udelukkende er moderatoren, som ensidigt og uden forudgående forhandlinger fastlægger fokusgruppeinterviewets formål og de efterfølgende anvendelsesmuligheder. Denne asymmetri i interviewsituationen understreges af den sociale asymmetri mellem moderator og deltagerne, hvis moderatoren indtager en højere placering i hierarkiet end deltagerne. Her er det specielt mængden af kulturel kapital, som er afgørende. Med denne asymmetri for øje bør moderatoren forsøge at reducere den symbolske vold i fokusgruppeinterviewene så meget som muligt (Bourdieu 1996:19). Det kan dermed konstateres, at moderatorens og interviewpersonernes respektive placering i det sociale rum har en betydning, idet alle interviewsituationer uundgåeligt rummer moderatoren og interviewpersonernes gensidige objektivisering af hinanden (Bourdieu 1996:21). Kvaliteten af fokusgruppeinterviewene forbedres eller forringes således, grundet sammenhængen mellem moderatorens og deltagernes habituelle sammensætning af objektive egenskaber – så som alder, uddannelse, påklædning samt de personlige egenskaber – så som situationsfornemmelse, empati, sprog, kommunikationstalent, charme.

Interviewsituationer er således altid en konstrueret situation af sociale relationer, som konstrueres ud fra de sociale relationer mellem moderatoren og deltagerne (Bourdieu 1996:18+34).

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

Med specialets metodologiske og metodiske ståsted fastlagt, vil det følgende være en præsentation af specialets teoretiske ståsted.

For at undersøge hvilke konsekvenser uligheden i sundhed har for sammenhængen mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstile og livskvalitet, er der valgt at inddrage den franske sociolog og antropolog Pierre Bourdieu som primær teoretiker. Med hans klassiske begreber er det muligt at forklare uligheden i den sundhedsrelaterede livsstil. Yderligere vil den svenske psykolog Madis Kajandi og hans brede og rummelige livskvalitetsmodel inddrages for at kunne identificere afgørende faktorer for livskvaliteten.

4.1. Pierre Bourdieu

Sociologiens formål og et af de gennemgående temaer er ifølge Bourdieu at fremanalysere de mekanismer, som sørger for, at strukturerne i den sociale verden skaber classeskel, og hvordan dette opretholdes og reproduceres i et moderne samfund, til trods for forestillingen om lighed (Prieur 2006:23). Bourdieu argumenterer således for, at der eksisterer et classeskel i moderne samfund, og samtidig påstår han, at der er homologi mellem aktørernes sociale position og deres positioneringer, hvilket resulterer i en ulighed i sundhedsrelaterede livsstile (Rosenlund & Prieur 2006:126-127).

Det følgende vil være en præsentation af Bourdieus tre klassiske begreber "Habitus", "Kapitalformer" samt "Social og symbolsk rum". Herefter vil der komme en præsentation af Bourdieus relevans i en sundheds-kontekst.

4.1.1. Kapitalformer

Bourdieu argumenterer for, at kapital eksisterer i tre forskellige fremtrædelsesformer: økonomisk kapital, social kapital og kulturel kapital (Bourdieu 1986:243). Dertil eksisterer der en fjerde kapitalform – symbolsk kapital, som hver af de tre grundlæggende kapitalformer kan fremtræde som (Bourdieu & Wacquant 1996:104). *"Det er dog vigtigt at understrege, at den skitserede sondring mellem tre grundlæggende kapitalformer (økonomisk, kulturel og social) [...] skal forstås som en bekvem og overskuelig, men også forenklet grundmodel"* (Esmark 2006:93).

Til trods for denne forenkledede grundmodel kan man med kapitalbegrebet anskueliggøre, hvordan ikke-materielle aspekter af det sociale liv – eksempelvis smag, kultur og viden – reelt virker i den virkelige verden (Esmark 2006:88).

4.1.1.1. Økonomisk kapital

Den økonomiske kapital består i besiddelsen af ejendomsretten til produktionsmidler, høje indtægter samt økonomisk magt – dermed besiddelsen af materielle ressourcer (Jerlang & Jerlang 2003:382).

4.1.1.2. Kulturel kapital

Kulturel kapital kan fremtræde i tre forskellige undertyper: inkorporeret, objektiveret og institutionaliseret form (Bourdieu 1986:243).

Inkorporeret kulturel kapital rummer mentale og legemlig disposition – så som måder at tale, bevæge og klæde sig på samt som viden og smag. Opsummeret som det system af opfattelseskategorier og handlingsorienteringer, som beskrives med begrebet *habitus*, som senere præsenteres. Kulturel kapital i inkorporeret form modificeres løbende hele livet, men er først og fremmest et resultatet af den primære socialisering i familien og afspejler derfor både forældrenes og bedsteforældrenes historie og sociale position i samfundet. Kulturel kapital i denne tilstand overføres effektiv og tilnærmelsesvis automatisk fra den ene generation til den næste, blot gennem eksempelvis at spise, tale sammen, købe ind og tage på familieudflugter – altså gennem hverdagsrutiner. Inkorporeret kulturel kapital er imidlertid også labil og kan derfor være svært at sammenligne objektivt og må i princippet konstant manifesteres i konkrete handlinger (Esmark 2006:89-90).

Institutionaliseret kulturelt kapital eksisterer som officielle anerkendte akademiske grader, adlestitler, professionsbetegnelse o. lign. Sådanne officielle titler eller diplomer indikerer entydigt et skel mellem aktørne – de, som besidder institutionaliseret kulturelt kapital, og de som ikke gør, hvilket dermed neutraliserer den inkorporerede form for kulturel kapital labile karakter (Esmark 2006:90).

Objektiveret kulturel kapital eksisterer endeligt i form af malerier, bøger, redskaber o. lign. Kulturel kapital i objektiveret form kan dermed være en forudsætning for at opnå og realisere inkorporeret kulturel kapital, idet der ikke er meget perspektiv i at være kvik i skolen og dermed lære at regne og skrive, hvis der hverken er bøger, aviser, computer eller plads i hjemmet til at styrke og udvikle de færdigheder, som skal benyttes til at studere. Omvendt forudsætter udbyttet af objektiveret kulturel kapital, at man også besidder inkorporeret kulturel kapital, idet der ikke er megen glæde ved at erhverve sig en bogsamling, hvis man ikke kan læse, forstå og diskutere værkerne på den korrekte måde. Dermed har kulturel kapital i objektiveret og inkorporeret form en gensidig påvirkning på hinanden (Esmark 2006:91).

4.1.1.3. Social kapital

Social kapital er summen af de faktiske eller potentielle ressourcer, som er knyttet til besiddelsen af varige netværk af institutionaliserede relationer (Bourdieu 1986:248). Social kapital refererer således til de netværk af familie, venner, studiekammerater, kollegaer samt andre mere eller mindre varige forbindelse en aktør har adgang til, og med udbytte kan mobilisere til den prestige, aktøren ønsker af det givne netværk (Esmark 2006:92).

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

”Ved social kapital tænkes på summen af de eksisterende og potentielle ressourcer, den enkelte eller en gruppe har til rådighed i kraft af deres stabile relationer og mere eller mindre anerkendte forbindelser, dvs. netværk” (Bourdieu og Wacquant 1996:383).

At udbygge og samtidig opretholde sin sociale kapital kræver imidlertid en evig arbejdsindsats i form af besøg, tjeneste og gentjenester, deltagelse i møder og selskabelige sammenkomster o. lign. Gamle netværker må løbende bekræftes, mens nye må indstiftes for at holde liv i den gensidige respekt, tilhørsforhold og solidaritet, hvilket er det, som gør den sociale kapital virksom i praksis. Idet social kapital både kræver tid, arbejde samt i mange tilfælde evnen til at begå sig korrekt, er den i et vist omfang afhængig af aktørens mængde af økonomisk og kulturel kapital. Dog er det vigtigt at understøtte, at social kapital kan åbne døre, som hverken penge eller fine titler alene formår at åbne. Besiddelsen af social kapital kan dermed være en forudsætning for, at en aktør kan realisere sin økonomiske eller kulturelle kapital (Esmark 2006:93).

4.1.1.4. Symbolsk kapital

Ud fra præsentationen af de tre grundlæggende kapitalformer kan det konkluderes, at alt i princippet fungerer som kapital. Det afgørende er, i hvilken grad det producerer forskelle og dermed kan omsættes til anerkendelse og prestige, hvilket er det Bourdieu omtaler som symbolsk kapital. Symbolsk kapital er dermed den form, enhver af de grundlæggende kapitalformer kan antage, hvis de bringes i spil i en sammenhæng, hvor de bliver anerkendt og dermed bliver tilskrevet en bestemt værdi. For at en grundlæggende kapitalform kan antage en sådan symbolsk effekt, må der nødvendigvis eksistere en efterspørgsel og dermed et marked af aktører – som i kraft af deres habitus – er disponerede for at genkende den pågældende kapital, for derefter at anerkende den symbolske værdi (Esmark 2006:94).

4.1.2. Habitus

Habitus er *”et socialt konstrueret systemet af strukturerede og strukturerende holdninger, der er tilegnet i en praksis og konstant er orienteret mod praktiske mål”* (Bourdieu og Wacquant 1996:106-107).

Bourdieu betegner habitus, som et sæt erhvervede dispositioner, som ubevidst er blevet inkorporeret, og skal forstås som noget, der er til disposition – altså noget som kan benyttes, men ikke nødvendigvis bliver benyttet (Prieur 2006:39).

Habitus er dermed en kropsliggørelse af aktørens objektive livsvilkår, hvorfor alle de påvirkninger – sociale erfaringer, selvskabte eller påførte, bevidste eller ubevidste – aktøren udsættes for, bliver inkorporeret og lagret i kroppen og dermed bliver til aktørens habitus (Jerlang & Jerlang 2003:371). Det er denne habitus,

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

som er afgørende for aktørens måde at tænke handle og agere på. Når aktøren tænker, handler og agerer, sker det dermed ubevidst eller nærmere førbevidst (Jerlang & Jerlang 2003:371).

Habitus henviser til *"et åbent system af holdninger, der hele tiden udsættes for nye erfaringer, som enten forstærker eller modificerer det. Habitus består af dybtgående og varige strukturer, men de er ikke uforanderlige"* (Bourdieu & Wacquant 1996:118). Til trods for dette er det nødvendigt at understrege, at langt de fleste aktører statistisk set lever et liv i overensstemmelse med de strukturerer, som formede deres habitus i første instans. Aktørerne vil således gentagende gange komme ud for erfaringer, som bekræfter og cementerer deres holdninger (Bourdieu & Wacquant 1996:118). Habitus referer således til en træghed, men ikke til det uforanderlige hos aktøren. Aktørernes livsbetingelser er i konstant udvikling, hvorfor habitus er i udvikling livet igennem – dog mødes det nye konsekvent med det gamle som udgangspunkt. Aktørens habitus vil således altid forandres af nye erfaringer – dog aldrig radikalt – fordi den føler sig "hjemme" i det felt den er født i (Prieur 2006:42 + Bourdieu & Wacquat 1996:113).

4.1.3. Socialt og symbolsk rum

Teorien omkring det sociale og symbolske rum kan anvende til at påvise homologien mellem aktørernes sociale position i samfundet og deres sundhedsrelaterede livsstil. Det bliver dermed muligt at påvise, hvordan valg, som sædvanligvis opleves som individuelle og bestemt af den personlige smag – eksempelvis hvilken mad man serverer og indtager, er afgjort af aktørens sociale baggrund (Rosenlund & Prieur 2006:115). Bourdieu argumenterer således for, at der eksisterer en stærk sammenhæng mellem aktørernes sociale position, deres dispositioner og positioneringer (Bourdieu 1997:20).

"Det sociale rum er konstrueret på en sådan måde, at agenter, som påtager sig samme eller lignende positioner, er placeret i ensartede forhold og underkastet ensartede betingelser og har alle chancer for at have ensartede dispositioner og interesser og således for at producere praktikker, som endda er ensartede" (Bourdieu 1998:57).

Det er mængden og fordelingen af økonomisk og kulturel kapital, som er afgørende for aktørens placering i det sociale rum (Bourdieu 1998:57). Aktørerne indtager således en relationel position i forhold til hinanden i det sociale rum ud fra mængden og sammensætningen af deres kapital. Aktørernes fordeling og sammensætning af kapital er således afgørende for placeringen i det sociale rum. Jo tættere aktørerne er placeret på hinanden i det sociale rum, desto mere til fælles har de, og jo længere de er placeret fra hinanden, desto mindre til fælles har de (Bourdieu 1997:21).

Aktørerne tilpasser sig denne position i det sociale rum og har derfor en "fornemmelse af ens placering". Det er denne fornemmelse af ens placering, som medfører, at aktørerne holder sig til deres "almindelige"

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

sted og får andre til "at holde afstand," hvilket imidlertid ofte foregår helt ubevidst og kan tage form som generthed eller arrogance. Aktørernes fornemmelse for ens placering samt deres habitus er afgørende for alle aktørens længerevarende forhold – så som kærlighedsaffærer, giftemål, venskaber, forretningspartnere (Bourdieu 1998:57-58). Sandsynligheden for, at en aktør placeret i toppen af det sociale rum vil gifte sig med en aktør placeret i det sociale rums bund er minimal. Der findes to årsagsforklaringer herpå. Først og fremmest er der minimal chance for, at to aktører, placeret så forskelligt i det sociale rum, vil mødes i det fysiske rum. Hvis dette skulle ske, vil aktørerne øjensynligt ikke være på bølgelængde med hinanden, idet de ikke vil forstå eller fatte empati for hinanden. Befinder aktørerne sig til gengæld tæt på hinanden i det sociale rum, er de derimod på forhånd disponeret for at nærme sig hinanden i det fysiske rum (Bourdieu 1997:27).

Opsummerede kan det konstateres, at aktørerne placeres forskelligt i det sociale rum grundet mængden og fordeling af kulturel og økonomisk kapital. Grundet disse forskellige placeringer i det sociale rum har aktørerne forskellige synspunkter, hvilket i ordets betydning er et syn fra et bestemt punkt – altså et syn fra en bestemt placering i det sociale rum. Aktørerne vil således have forskellige og ligefrem modsatte synspunkter, idet synspunkterne er afhængige af fra hvilket punkt, der ses fra (Bourdieu 1998:59).

Det er dog nødvendigt at understøtte, at det sociale rum udelukkende muliggør dannelsen af *teoretiske klasser*, som grundlæggende blot er forklarende. De teoretiske klasser, som konstrueres i det sociale rum, er således fiktive klasser på papiret. På trods af at disse positioner udelukkende er teoretiske, kan de dog ansøres i den virkelige verden gennem empirisk arbejde (Bourdieu 1997:26).

"Mens rummet af sociale positioner henviser til en objektiv social struktur, henviser rummet af livsstile til repræsentationer af denne struktur til en symbolsk og subjektiv virkelig" (Rosenlund & Prieur 2006:126). Det symbolske rum er således konstrueret ud fra aktørernes livsstilsforskelle – i nærværende speciale sundhedsrelateret livsstilsforskelle, hvorfor det symbolske rum vil blive kaldt det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Empirisk kan disse livsstilsforskelle komme til udtryk gennem variationer i forbruget, kundskaber og etiske dispositioner (Rosenlund & Prieur 2006:126).

Det symbolske rum skal ligesom det sociale rum tolkes relationelt. Hver sundhedsrelateret livsstil står i modsætningsforhold til andre sundhedsrelaterede livsstile (Rosenlund og Prieur 2006:143).

"Disse to forskellige former for sociale forskelle hænger sammen på en systematisk måde. Kontraster, modsætninger og ligheder indenfor rummet af livsstil har deres modstykker inden for rummet af sociale positioner, og når samfundet er en rimelig ligevægtstilstand, vil rummene være homologe" (Rosenlund & Prieur 2006:126-127).

Til trods for at det sociale og symbolske rum systematisk hænger sammen, må de behandles som selvstændige enheder, netop fordi de repræsenterer forskellige sider af virkeligheden, som ikke bør blandes sammen – dog er de gensidigt afhængige af hinanden. *”De forholder sig til hinanden som to oversættelser af den samme sætning”* (Rosenlund og Prieur 2006:127).

Opsummerende kan det konstateres, at rummet af sociale positioner kan genskrives til rummet af positioneringer med dispositionerne som mellemlid (Bourdieu 1997:23).

4.1.4. Bourdieus relevans i en sundhedskontekst

Bourdieu og hans klassiske begreber findes særdeles anvendelige inden for en sundhedskontekst. Det følgende vil være en præsentation af Bourdieus relevans i denne sundhedskontekst, hvor der yderligere vil blive redegjort for flere sundhedsundersøgelser, som netop trækker på Bourdieu og hans teoretiske forståelse.

Den danske professor Kristian Larsen, hvis primære tilgang er inspireret af Bourdieu, argumenterer for, at der findes en bred samfundsmæssig forestilling om, hvad der er sundt og usundt samt normalt og unormalt, som ingen er upåvirket af. Der findes således en slags doxa på området for, hvordan kroppen skal se ud, hvad den skal spise, hvordan den skal bevæge sig og afholde sig fra at ryge og drikke for meget alkohol mv. Diskurser og praktikker i forbindelse med sundhed og sundhedsideal er således uomgængelige og virksomme for alle i et moderne samfund, og ingen er helt resistente over for disse idealer, og selv de aktører, som tager afstand herfra, må distancere sig i forhold til bestemte sundhedsideal (Larsen 2010:63-64).

Larsen argumenterer for, at der gennem metamagtfeltet samt feltet for sundhedsviden er tale om en udvikling af en særlig form for smag for sundhed. Sundhed kan således betegnes som et slags objekt for investering. Der eksisterer en samtidig konstruktion af et produktionsfelt, hvor der produceres viden om sundhed og et konsumtionsfelt, hvor der produceres aftagere af disse produkter. Disse to niveauer er uadskillelige, kapital og marked konstitueres således samtidigt. Når dominante sociale grupper fordelagtigt investerer i denne kapital, kan man anskue sundhed som en kapital, idet den udgør en distinktiv fordel. Sundhed kan ifølge Larsen anskues som en inkorporeret kulturel kapital, hvilket yderligere skyldes, at der sker forandringer i det sociale rum. Historisk set har kroppen været objekt for investeringer med hensyn til udseende, fysiognomi osv., men sociologisk set kræves der i et moderne samfund nye former for trimning og optimering af kroppen. En sund krop er således ”salgbar” på arbejdsmarkedet, i reproduktionsmarkedet samt på behandlingsmarkedet. Kroppens udseende, størrelse, fysiognomi mv. udgør i dag, til forskel fra 20-30 år siden, en særlig status for inklusion eller eksklusion. Den samtidig øgede individualisering gør

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

investeringerne i den sunde krop til en vigtig form for inkorporeret kulturel kapital (Larsen 2010:64-65). Investeringsarbejdet i den sunde krop er en uendelig proces og foregår således i alle døgnets timer, hvorfor kroppens hvile, søvn og inaktivitet ligeledes indgår i dette investeringsarbejde. Man kunne forestille sig, at en selvstændig bestræber sig på at inddrage søvnen som en måde at optimere sin krop på ud fra forventningen om, at rigelig søvn er et middel til, at den selvstændige kan være virksom og god for hans virksomheds produktion. Larsen argumenterer for, at den selvstændiges investering i søvnen konverteres til øget produktivitet i hans firma, hvormed sundhedskapital konverteres til økonomisk kapital (Larsen 2010:65-66).

”Arbejdet består i at investere tid, penge og energi foran spejlet, i træningscentre, på kostkurser og diæter og på det rette outfit i form af løbetøj, cremer mv. Det betyder, at visse former for investering i sundhedskapital kræver penge (økonomisk kapital), venskabsrelationer, fx institutionaliseret som foreninger (social kapital), og også evnen til at læse, skrive og tale på visse måder (kulturel kapital). Ikke mindst kræver investeringsarbejdet en for nogle sociale grupper knap ressource, nemlig tid” (Larsen 2010:66).

Investeringen i sundhedskapital kræver således ressourcer og nødvendiggør andre typer af kapital som forudsætning for, at investeringsarbejdet skal bære frugt (Larsen 2010:68).

Larsen påpeger, at det er de dominerende grupper, som sætter reglerne for, hvad der er sundt, og hvad der er usundt, samt hvordan dette skal italesættes og praktiseres, hvorfor det er denne gruppe, som selvklart læser spillet bedst, idet det er denne gruppe, som har konstrueret spillereglerne. Denne gruppe besidder samtidig de nødvendige ressourcer af økonomisk, social og kulturel art til at praktisere sundhed som investering, hvilket medfører en social ulighed i sundhed (Larsen 2010:69).

Den engelske sociolog Simon J. Williams påpeger ligeledes, at der synes at være en logisk forbindelse mellem sundhed, overbevisninger om sundhedsvedligeholdelse og sundhedsadfærd. Ud fra empiriske undersøgelser mener Williams dog, at denne logiske forbindelse mellem viden og handling er overvurderet, hvorfor der gradvist er sket et skift væk fra at forklare sundhedsadfærd udelukkende gennem borgerens logik, viden og overbevisning til i stedet at fokusere på adfærden i sig selv og på de sociale forhold, hvor borgernes liv og arbejde former deres livsstil (Williams 1995:580).

I tråd med Bourdieus teoretiske holdning, argumenterer Williams for, at livsstil anses som et produkt af habitus og udtrykkes gennem smag. Yderligere indikerer Williams, at borgerne udvikler en smag for, ”hvad der er til rådighed for dem”. Williams argumenterer for, at disse smagspræferencer danner grundlaget for klasserelevante livstile, som fungerer symbolsk som tegn på social position, status og sontring (Williams

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

1995:590). Arbejderklassen er mere opmærksom på styrken af den fysiske krop end på formen og har tendens til at foretrække billige og nærende fødevarerprodukter, mens de mere privilegerede foretrækker fødevarerprodukter, som er velsmagende og sundhedsgivende (Williams 1995:593). Williams finder det vigtigt at påpege, at det ikke er mængden af økonomisk kapital, som resulterer i disse klasserelevante livsstile, men derimod borgernes smagspræferencer. Forskellene i forbruget skyldes modsætningen mellem smagen af luksus og smagen af nødvendighed (Williams 1995:594).

Et andet centralt aspekt i sundhedskonteksten er motion og sportsaktiviteter, hvor Williams argumenterer for, at forholdet mellem aktivitetsniveau og klasse, ligesom fødevarerforbruget, ikke nødvendigvis er afgjort af mængden af økonomisk kapital (Williams 1995:594). Arbejderklassen har tendens til at blive tiltrukket af de sportslige aktiviteter, som kræver fysisk styrke – eksempelvis vægtløftning og brydning – og som yderligere kræver en stor indsats, energi og endda smerte, som potentielt kan skade kroppen – så som boksning og motorcykelkørsel. De funktioner der derimod appellerer til den mere privilegerede klasse er kombineret i sportsgrene som golf, tennis, sejlads, ridning, polo, skiløb og bjergbestigning – praktiseret i eksklusive omgivelser, lagt væk fra den "vulgære skare" og på tidspunkter, borgeren selv vælger (Williams 1995:595-596).

Ved hjælp af Bourdieu synliggør Williams således forholdet mellem klasse, sundhed og livsstil. Det er klasserelateret habitus, der gennem smag og kropsliggjorte dispositioner, samt volumen og sammensætningen af kapital, der er afgørende for borgernes livsstil og samtidig resulterer i en klasserelateret ulighed i sundhed og sygdom (Williams 1995:598).

Den tyske professor Thomas Abel benytter ligeledes Bourdieu i hans sundhedsundersøgelse, hvor han argumenterer for, at kulturel, økonomisk og social kapital med fordel kan benyttes i sundhedsforskningen. Abel mener dog, at den nuværende forskning omkring sammenhængen mellem kulturel kapital og ulighed i sundhed er begrænset af to grunde 1) der mangler en specifik definition af sundhedsrelevant kulturel kapital og 2) den sociale uligheds multidimensionale effekt overses, idet forskere udelukkende arbejder med uddannelse og indkomst og dermed forsømmer det komplekse samspil mellem social, økonomisk og kulturel kapital. Med sin undersøgelse forsøger Abel derfor at udlede en teoretisk afledt definition på sundhedsrelateret kulturel kapital samt at illustrere samspillet mellem kapitalformerne i den sociale reproduktion af uligheder på sundhedsområdet (Abel 2007:1).

Ud fra eksisterende forskning påpeger Abel, at der eksisterer en sammenhæng med sundhed og kulturel kapital, og med Bourdieus generelle begreb om kulturel kapital, er det muligt at definere den sundhedsrelevante kulturelle kapital, som omfatter alle kultureltbaserede ressourcer, som er tilgængelige for

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

befolkningen til fordel for deres helbred (Abel 2007:1-2). Sundhedsbøger, internetadgang og rekreationsudstyr er eksempler på objektiveret kulturel kapital, hvor den inkorporerede kulturelle kapital omfatter sundhedsrelaterede værdier, adfærdsmæssige normer, viden samt operationelle færdigheder. Abel fokuserer primært på den inkorporerede kulturelle kapital, da det er denne form for kulturel kapital, der forbinder befolkningens sociale position med det adfærdsmæssige aspekt af ulighed i sundhed (Abel 2007:2).

Samspillet mellem de forskellige former for kapital kan forstås som et grundlæggende princip, som opererer i de processer, som fører til social skelnen, ulighed og reproduktionen af sociale klasser. Det grundlæggende princip om kapital konvertering kan ligeledes benyttes i sundhedskonteksten, og Abel argumenterer for, at kulturel, social og økonomisk kapital påvirker befolkningshelbredet gennem forskellige mønstre af interaktioner (Abel 2007:2-3).

Økonomisk kapital giver borgerne muligheder, hvoraf mange er relevante for deres helbred. De kan eksempelvis købe sunde, og ofte dyre, madvarer. De kulturelle ressourcer er dog afgørende for den økonomiske ramme, idet sundhedsrelaterede værdier og normer, viden og opfattelser guider borgerne i deres sundhedsrelaterede livsstil. Den økonomiske kapital kommer ofte til kort, da den ikke kan forklare de usunde forbrugsmønstre så som rygning, inaktivitet, usund kost eller forhøjet alkoholindtag, idet de er mere afgjort af borgerens normer og værdier end deres økonomiske indkomst. Kulturel kapital er således medvirkende i brugen af økonomiske ressourcer til sundhedsmæssige gevinster.

Kulturel kapital er ligeledes afgørende for borgernes brug af en sundhedseffektiv social kapital, idet kulturelle ressourcer letter borgerens brug af social kapital for sundhedsmæssige gevinster. I form af fælles værdier og operationelle færdigheder giver kulturel kapital mulighed for at deltage aktivt i og drage fordel af sociale netværker, der tilbyder støtte på sundhedsområdet.

Ligesom den kulturelle kapital er afgørende for den sociale og økonomiske kapital, er den sociale og økonomiske kapital afgørende for borgernes chance for at erhverve sig en sundhedseffektiv kulturel kapital. Økonomisk kapital kan være påkrævet i deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter, hvor penge ofte er en nødvendighed for at få adgang til bestemte læringsfaciliteter eller -programmer. Social kapital kan ligeledes øge borgernes chance for at akkumulere sundhedsrelevante oplysninger, ekspertviden og rådgivning. Medlemskaber i netværker og sociale grupper har vist sig at forbedre viden om sundhed. Abel synliggør således et tæt samspil mellem de tre forskellige former for sundhedsrelevante kapitaler, som er gensidige afhængige af hinanden (Abel 2007:3).

Den canadiske sociolog Gerry Veenstra adopterer ligeledes Bourdieu og hans kulturelstrukturalistiske tilgang til at opfatte samt identificere sociale klasser i det sociale rum og forsøger at identificere denne

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

klasseopdelings sundhedsmæssige konsekvenser. Ved hjælp af en multipel korrespondanceanalyse grupperer Veenstra sociale klasser ud fra kulturel smag og dispositioner, livsstil, social baggrund, kulturel kapital, økonomisk kapital, social kapital samt erhvervmæssige forhold (Veenstra 2007:14). Herudfra identificerer Veenstra fire klasser – en professionel klasse, en middelklasse, en arbejderklasse og en klasse af ensomhed.

Den professionelle klasse er veluddannet og velhavende. Den uddannelsesmæssige kvalifikation er dog den vigtigste af de to. Denne klassers kulturelle præferencer vedrørende fysiske aktiviteter er aerobic, kajak, yoga, løb og vægttræning, mens de karakteristiske præferencer i forhold til magasiner er *The New Yorker*, *Architectural Digest* og *Scientific American*, og mht. bøger præfererer denne klasse *Kamouraska* og *The Wealthy Barbar*. Medlemmer af denne klasse er ligeledes tilbøjelige til at deltage i en række klubber og foreninger.

Middelklassen rummer over moderat veluddannede med en ganske høj husstandsindkomst, så som dygtige kontorelever og salgsassistenter, vejledere og mellemledere. Med hensyn til den kulturelle smag kender middelklassen oftest til Andy Warhol, Michael Jordan og Brett Favre, og har fornylig skimmet magasinet *Penthouse*. Denne gruppe drikker lejlighedsvis alkohol, men ryger ikke. De har tillid til andre mennesker i samfundet samt til det politiske og værdsætter at bruge tid med deres naboer.

Arbejderklassen har få uddannelsesmæssige kvalifikationer og arbejder oftest i ufaglærte eller fagligt manuelle erhverv og er langt fra velhavende. Borgere, som tilhører denne klasse, ryger og drikker alkohol og bor ofte i bevægelige boliger uden nogen form for kontakt til deres naboer.

Klassen af ensomhed er ikke kendetegnet ved en bestemt erhvervmæssige baggrund, men er derimod karakteriseret af unge singler, separerede eller skilte, hvis boligsituation virker midlertidig (Williams 2007:26-27).

Yderligere kan Veenstra konstatere, at der er en sammenhæng mellem disse fire sociale klasser og deres sundhed. Den professionelle klasse synes at have et fremragende selv vurderet helbred, mens arbejderklassen synes at have et fair eller dårligt selv vurderet helbred. Både klassen af ensomme og arbejderklasse synes at indikere depressive symptomer. Yderligere kan den psykiske og psykologiske fortolkning af den samlede velvære ligeledes forklares gennem disse sociale klasser (Veenstra 2007:27).

Ud fra Larsens, Williams', Abels og Veenstras anvendelse af Bourdieus i sundhedskonteksten kan det konstateres, at der eksisterer en vis form for sundhedskapital, som i reglen følger volumen af andre kapitalformer. Grundet uligheden i volumen af social, økonomisk og kulturel kapital eksisterer der således ligeledes en ulighed i befolkningens mængde af sundhedskapital, hvilket resulterer i ulighed i sundhed.

4.2. Madis Kajandi

Den svenske psykolog Madis Kajandi har formuleret den bredeste og mest rummelige forklaring på livskvalitetsbegrebet og har herudfra konstrueret en livskvalitetsmodel (Henriksen 2007:23). Kajandi har konstrueret denne livskvalitetsmodel, for at kunne arbejde med psykisk syge patienters livskvalitet, men modellen er samtidig anvendelig på andre samfundsgruppers livskvalitet (Kajandi 1989:68).

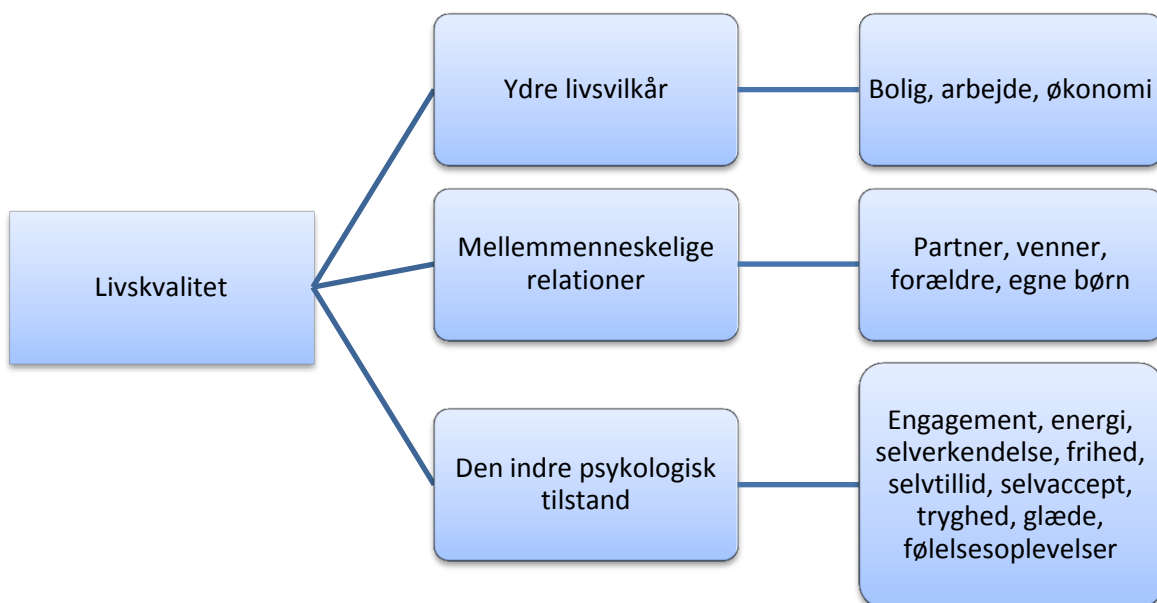
For Kajandi betyder livskvalitet:

”att människan hat för det första visse yttre livsvillkor uppfyllda genom att ha ett arbete, en egen ekonomi och ett boende som motsvarer hennes kapacitet och förmågen, för det andra att hon har goda, mellanmännsliga relationer av vilka minst en utgör ett nära förhållande med en annan människa och som helst inbegriper sexuell samvaro och för det tredje att människan inre psykologiska liv i övrigt präglas av aktivitet, självkänsla och en god grundstämning av glädje och trygghet” (Kajandi 1981:50).

Livskvalitet kan således ifølge Kajandi opdeles i tre livsniveauer – ydre livsvilkår, mellemmenneskelige forhold og den indre psykologiske tilstand. Disse tre livsniveauer anser Kajandi som værende indbyrdes lige vigtige for livskvaliteten. Jo bedre ens ydre livsvilkår er, jo bedre ens mellemmenneskelige forhold er og jo bedre ens indre psykologiske tilstand er, desto bedre er ens livskvalitet (Kajandi 1981:51).

Hovedstrukturerne i Kajandis livskvalitetsmodel er synliggjort i figur 4.1. nedenfor.

Figur 4.1. – Kajandis livskvalitetsmodel



(Kajandi 1989:68)

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

Inspirationen til denne tredeling af livskvalitet har Kajandi fået hos den finske sociolog Erik Allard og hans begreb "at have", "at elske", "at være" (Kajandi 1989:68).

Velfærd skal ifølge Allardt defineres ud fra begrebet "behov"; "*Välfärd är ett tillstånd, där människorna har möjligheter att få sina centrala behov tillfredsställda*" (Allardt 1975:16). Ifølge Allardt rummer behovsbegrebet mere end blot materielle behov, da mennesket *også* har behov for kærlighed og omsorg samt muligheden for at etablere og realisere sine sociale identiteter. Derfor konstruerede Allardt det udvidede velfærdsbegreb "at have" (levestandardniveauet), "at elske" (fællesskabsrelationer) og "at være" (modpol til fremmedgørelsen). Disse begreber synliggør Allardts fokus på både den objektive og den subjektive form for velfærd (Larsen 2007:37).

"At have": Behov relateret til materielle og upersonlige ressourcer, så som indkomst, bolig, helbred, uddannelse og beskæftigelse (Kajandi 1981:28-29).

"At elske": Behov relateret til fællesskab, kærlighed og venskab, så som fællesskabstilknytning, familietilknytning og venskabsrelationer (Kajandi 1981:28-29).

"At være": Behov relateret til selvrealisering og ikke-fremmedgørelse, så som personlig prestige, politiske ressourcer, uundværlighed og at gøre interessante ting (Kajandi 1981:28-30).

Det kan ud fra Allards velfærdsundersøgelse fra 1970'erne konkluderes, at der er en stærk sammenhæng mellem "at have"- og "at være"-komponenterne, hvorfor der er stærk sammenhæng mellem levekår og fremmedgørelse. "At elske" synes at være uafhængig af "at være"- og "at have"-komponenterne. Kærligheds- og venskabsrelationer synes således *ikke* at være relateret til levestandardniveauet eller fremmedgørelsen (Larsen 2007:41).

Ud fra Allardts "at have", "at elske", "at være" konstruerede Kajandi således sit livskvalitetsbegreb med lignende tredeling – ydre livsvilkår, mellemmenneskelige forhold og den indre psykologiske tilstand.

De ydre livsvilkår rummer over aktørens arbejde, økonomi og bolig – dermed de materielle ressourcer. Det er således nødvendigt for aktøren at besidde materielle ressourcer for at opnå en høj livskvalitet. En vis økonomisk baggrund er nødvendig, idet der skal penge til mad, tøj og husleje. Med en ordentlig bolig rammes familielivet ind, idet der her er mulighed for at mødes og tilbringe tid sammen. Boligforholdene er betydningsfulde for de følelsesmæssige forhold i familien, som er betydningsfulde for oplevelsen af livskvalitet. En ordentlig økonomi medfører muligheden for at gøre de ting, man har lyst til, hvilket skaber en selvfølelse. For at opnå en ordentlig økonomi kræves der oftest et lønnet arbejde. Udover at medføre en

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

økonomisk gevinst giver et arbejde også aktørerne en vis identitet og følelse af selvværd. Det er nødvendigt for aktøren at udnytte sin arbejdskapacitet for at opnå en højere livskvalitet.

Det kan således udledes, at de ydre vilkår og de materielle ressourcer er afgørende for aktørernes oplevelse af livskvalitet (Henriksen 2007:24-25 & Kajandi 1981:51).

De mellemmenneskelige forhold rummer over aktørernes relationer – herunder de nære relationer, familien og vennerne. Forholdet til andre mennesker er afgørende for aktørernes opfattelse af sig selv. Samvær og fællesskab med andre er for hovedparten en nødvendighed for opnå en høj livskvalitet. Mennesket er et relationelt væsen, dermed forstår og virkeliggør aktøren sig selv bedst i forhold til andre mennesker. Det er sjældent, en aktør bevidst vælger at isolere sig fuldstændigt fra sin omverden. Isolation og ensomhed medfører et negativt og smertefuldt forhold til andre mennesker. For at opnå en høj livskvalitet har aktøren behov for et tæt varigt kærlighedsforhold. Yderligere har aktøren behov for givende forhold til en bredere kreds af mennesker, hvor aktøren føler tilhørsforhold samt venskab. Slutteligt har aktøren behov for familierelationer – både en varm og åben relation med oprindelsesfamilien, men også med mulige børn, så aktøren herigennem oplever forælderrollen som værende succesfuld.

Ifølge Kajandi er de vigtigste værdipersoner i aktørens liv således en partner, venner, forældre og egne børn. Dog har naboer, kollegaer og andre personer i nærmiljøet naturligvis også en betydning for aktørens livskvalitet (Henriksen 2007:25 & Kajandi 1981:52-53).

Den indre psykologiske tilstand rummer over aktørens grundstemning af glæde, aktivitet og selvopfattelse – dermed over aktørens personlige oplevelse af livet. Dette er den subjektive side af livskvalitetsbegrebet, hvor aktørens livsbaggrund, selvforståelse, hverdagsbevidsthed samt forventninger til fremtiden er udgangspunktet for oplevelsen af livskvalitet. Denne subjektive side af livskvalitetsbegrebet medfører en psykologisk dimension, som udtrykker sig i aktørens oplevelse af engagement, energi, selverkendelse, selvtillid, frihed, tryghed, selvaccept, glæde og andre følelsesoplevelser. Disse er alle udtryk for vigtige psykologiske behov, som nødvendigvis må tilfredsstilles for at aktøren føler, at livet er godt og meningsfuld og dermed kan opnå en høj livskvalitet (Henriksen 2007:25-26 & Kajandi 1981:53).

Elementerne til de mellemmenneskelige relationer og den indre psykologiske tilstand har Kajandi fået hos den norske psykolog Siri Næss (Kajandi 1989:68). Næss argumenterer for, at livskvalitet er det samme som at have det godt, og opstiller herudfra fire hovedområder, som alle er vigtige elementer af livskvalitetsbegrebet (Henriksen 2007:26).

En aktør har højere livskvalitet i jo højere grad aktøren

1. **er aktiv** – dvs. har appetit og livslyst, interesserer sig for og engagerer sig i noget uden for sig selv, som opleves som meningsfyldt, har energi og overskud til at føre ens interesser ud i livet, har mulighed for at gennemføre sine planer, har frihed til at opleve selvkontrol over egne handlinger og er selvrealiseret, og dermed udvikler og bruger sine evner og muligheder.
2. **har gode mellemmenneskelige relationer** – dvs. har et nært, varigt og gensigt forhold til mindst et andet menneske samt har en følelse af fællesskab og gruppeidentitet, eksempelvis med venner, naboer og kollegaer.
3. **har selvværd** – dvs. selvsikkerhed, sikker på egne evner og dygtighed, følelse af at mestre, af at være nyttig, tilfreds med sig egen indsats, acceptere sig selv, har ingen skyld eller skam og lever op til egne normer og idealer.
4. **har en grundstemning af glæder** – dvs. har rige og intense oplevelser af skønhed, har samhørighed med naturen, er åben og modtagelig, tager ikke afstand fra den ydre verden, har en grundstemning af tryghed, harmoni og føler at livet er rigt og givende samt et fravær af uro, bekymringer, rædsel, depression, ubehag og smerte (Kajandi 1981:43).

Næss' opfattelse af livskvalitet er således psykologisk og individcentreret. Det er den enkelte aktørs egne oplevelser og fortolkning af livet, som er det essentielle. Hun opererer således med de subjektive aspekter, som ikke kan måles, vejes eller beskrives objektivt (Henriksen 2007:27).

Med inspiration fra Allardt og Næss konstruerer Kajandi således det tredelte livskvalitetsbegreb, som både inkluderer den subjektive og objektive dimension.

4.3. Operationalisering

Det teoretiske udgangspunkt for kommende analyser er således Bourdieu og hans tre klassiske begreber "Habitus", "Kapitalformer" og "Social og symbolsk rum", samt Kajandi og hans brede livskvalitetsmodel. Bourdieu og hans teoretiske forståelsesramme skal primært benyttes i analyserne af uligheden i de sundhedsrelaterede livsstile, hvor konsekvenserne af denne ulighed skal analyseres i forhold til den nordjyske befolknings livskvalitet. Det er netop i forhold til borgernes livskvalitet, Kajandis teoretiske forståelsesramme findes anvendelig.

Det følgende vil være en operationalisering af Bourdieu og Kajandi, hvor der vil forekomme en præsentation af, hvordan begreberne anvendes i kommende analyser – yderligere vil der forekomme en redegørelse af sammenhængen mellem Bourdieu og Kajandi.

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

Bourdieu's begreb habitus anvendes i nærværende speciale til at forstå, hvordan aktørernes sundhedsrelaterede livsstil ikke kan betragtes som en bevidst livsstil – med bevidste til- og fravalg – men nærmere som en livsstil, der er afgjort af aktørernes primære socialisering og livets erfaringer. Dette kan eksemplificeres gennem nordjydernes rygevaner. På trods af det store fokus på rygningens sundheds-skadelige konsekvenser, ryger 17,1% af den nordjyske befolkning dagligt. Dette bør ikke anskues som et bevidst valg, men derimod en konsekvens af borgernes habitus. Habitusbegrebet har således en central rolle i opfattelsen af, hvordan aktørernes livsvilkår og lagring af erfaringer både udgør rammerne, men også mulighederne for den enkelte aktørs sundhedsrelaterede livsstil.

Bourdieu's teori omkring det sociale rum og livsstilrummet resulterer i nærværende speciale i en konkret fremstilling af det sundhedsrelaterede livsstilsrum ved hjælp af en multipel korrespondanceanalyse, som har til formål at synliggøre de nordjyske aktørers sundhedsrelaterede livsstile. Aktørerne vil således ud fra deres sundhedsvaner blive placeret i det symbolske rum, hvor det centrale er relationerne mellem aktørernes placeringer. Det relationelle perspektiv betyder, at en livsstil ikke kan ses uafhængigt af andre livsstile. En sund livsstil henter således sin betydning gennem sin opposition til en usund livsstil og ikke mindst til de grupper, som fører denne livsstil. På den måde skriver sundhed sig også ind i en bredere sundhedskonflikt mellem samfundsgrupper.

De forskellige sundhedsrelaterede livsstile, som tydeliggøres i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, har sit modstykke i det sociale rum, som i nærværende speciale vil blive inkluderet vha. supplementærvariabler i den multiple korrespondanceanalyse og derfor ikke konkret bliver konstrueret som et selvstændigt rum.

Idet den kommende kvantitative analyse bygger på et eksisterende datasæt, er dette datasæt således afgrænsende for nærværende speciale, herunder i operationaliseringen af de tre kapitalformer. Specielt den økonomiske kapital operationaliseres uhensigtsmæssigt og mangelfuldt grundet datasættets manglende fokus på de økonomiske forhold. Om borgerne har været belastet af deres økonomi inden for de seneste 12 måneder er således den bedste – og eneste – indikation på borgerens økonomiske kapital. Denne indikation kan dog findes misvisende, idet en borger med en høj husstandsindkomst sagtens kan føle sig belastet af økonomien. Et bedre mål for den økonomiske kapital havde således været husstandsindkomsten eller blot værdien af borgerens bolig og bil.

Den kulturelle kapital kommer til udtryk gennem borgernes uddannelsesniveau, hvor borgerne enten er under uddannelse eller har en grundskole uddannelse, en erhvervsfaglig uddannelse, en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse, hvor borgere med en lang videregående uddannelse besidder den største mængde kulturelle kapital.

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

Den sociale kapital kommer derimod til udtryk gennem borgernes mængde af kontakt med venner og familie – ses de dagligt, ugentligt, månedligt eller sjældnere med venner og familie, som de ikke bor med? Yderligere er der valgt at analysere på tilfredsheden af mængden af kontakt med venner og familie. Hypotetisk set kunne nogle borgere være tilfredse med at ses ugentligt med venner og familie, hvor andre borger vil være utilfreds med ”blot” at se deres venner og familie ugentligt. For at minimere fejltolkninger inddrages tilfredsheden med mængden af kontakt således:

I kommende analyse vil Bourdieus tre klassiske begreber således være gensidigt afhængige – baseret på borgerens habitus klassificerer borgeren sig selv i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, i overensstemmelse med den position borgeren optager i det sociale rum, som er afgjort af mængden og sammensætningen af kapital.

Nærværende speciale tillægger sig Kajandis brede og rummelige opfattelse af livskvalitetsbegrebet og benytter hans livskvalitetsmodel i kommende analyse til at synliggøre, hvilke faktorer der er afgørende for aktørens mængde af livskvalitet.

Ud fra livskvalitetsmodellen kan det konstateres, at borgerens ydre livsvilkår er afgørende – dermed borgerens job, bolig og økonomi. Der kan argumenteres for, at disse ydre livsstilskår kan operationaliseres til det, Bourdieu angiver som økonomiske og kulturel kapital.

Yderligere indikerer livskvalitetsmodellen, at borgerens mellem menneskelige forhold er afgørende for livskvaliteten – altså borgerens netværk og forhold til partner, venner, forældre og børn. Disse mellem menneskelige forhold kan operationaliseres til det Bourdieu angiver som social kapital. Slutteligt kan det ud fra livskvalitetsmodellen udledes, at borgerens indre psykologiske tilstand er afgørende for livskvaliteten. Denne indre psykologiske tilstand refererer til borgerens personlige oplevelse af livet og gøres i nærværende speciale målbar ud fra borgernes positive og negative følelse og dermed, hvor ofte de er rolige og afslappende samt triste til mode. Her kommer Bourdieu til kort, da han ikke beskæftiger sig med disse subjektive forhold.

Kajandis teoretiske livskvalitetsmodel anvendes i nærværende speciale til at forstå, hvordan borgernes mængde af livskvalitet ikke er tilfældig, men derimod er afgjort af de ydre livsvilkår, mellem menneskelige forhold samt den psykologiske tilstand. Borgerens livskvalitet er således et resultat af utallige aspekter af livet.

Ud fra overstående kan det konstateres, at Kajandi og Bourdieu fordelagtigt kan kombineres, idet de komplimenterer hinanden. Ved hjælp af Bourdieus grundlæggende kapitalformer kan de objektive forhold i Kajandis livskvalitetsmodel forklares. Mængden af den økonomiske, kulturelle og sociale kapital er således

Kapitel 4: Teoretisk forståelsesramme

– ifølge Kajandi – afgørende for livskvaliteten. Dog opererer Kajandi yderligere også på et subjektivt plan, da livskvalitetsmodellens tredje faktor for en god livskvalitet er den indre psykologiske tilstand, som Bourdieu ikke opererer med. Til trods for teoriernes komplimenterende egenskaber, er der områder, hvor de må supplere hinanden, da de hver især findes utilstrækkelige.

Bourdieu's forklarelseskraft er størst i den kvantitative analyse, hvor uligheden i sundheden skal forklares, hvorimod Kajandis livskvalitetsmodel både anvendes i den kvantitative og kvalitative analyse, hvor afgørende faktorer for livskvaliteten skal analyseres.

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

5.1. Analyseforberedelse

5.1.1. Præsentation af datamateriale

Specialets kvantitative analyse bygger på et allerede eksisterende datamateriale ved navn "Sundhedsprofil 2013" fra Region Nordjylland. Det følgende vil være en præsentation af "Sundhedsprofil 2013" samt en vurdering af datasættets eksterne validitet og reliabilitet for at sikre kvaliteten.

Region Nordjyllands "Sundhedsprofil 2013" har fire overordnede formål: 1) At beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen. Denne beskrivelse omfatter helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, brug af sundhedsvæsenet samt faktorer, som har betydning for sundhedstilstanden. 2) At beskrive udviklingen i sundhed og sygelighed, hvilket muliggøres, idet der er udført lignende undersøgelser i 2007 og 2010. 3) At tilvejebringe datamateriale til brug for regional og kommunal sundhedsplanlægning samt udarbejdelsen af sundhedspolitikker. 4) At tilvejebringe et grundlag for forskning inden for folkesundhed.

Resultaterne fra sundhedsprofilundersøgelsen skal anvendes som grundlag for sundhedsaftaler i 2014, herunder konkrete målsætninger for forebyggelse, pleje og behandling, genoptræning samt rehabilitering. Sundhedsprofilen bygger på et sundhedsbegreb, som anser sundhed som værende andet og mere end blot fraværet af sygdom, dermed som et spørgsmål om fysisk, psykisk og social trivsel (Hayes 2014:16).

Spørgeskemaet, som ligger til grund for sundhedsprofilen, er udviklet i et nationalt samarbejde mellem regionerne, Sundhedsstyrelsen samt Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaet består af 54 kernespørgsmål, som er anvendt af alle fem regioner, derudover har Region Nordjylland og de nordjyske kommuner besluttet at inkludere 26 lokale spørgsmål.

Undersøgelsen er baseret på en repræsentativ stikprøve, som er udtrukket tilfældigt blandt borgerne i alderen 16 år og op. Som minimum skal der være 2.000 borgere pr. kommune, på nær kommuner med meget lave indbyggertal. Region Nordjylland har dog besluttet at udvide undersøgelsen med 14.000 personer fordelt efter kommunernes indbyggertal, hvilket sammenlagt giver en stikprøve på 35.700 nordjyske borgere.

Data er indsamlet fra 30. januar 2013 til 1. maj 2013. 30. januar udsendte Post Danmark spørgeskemaet i papirform samt et følgebrev, som muliggjorde besvarelsen på internettet. Medio februar blev 1. rykker udsendt som postkort, hvor 2. rykker blev sendt medio marts med et nyt spørgeskema. I alt besvarede og

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

returnerede 20.220¹ nordjyder spørgeskemaet, hvilket medfører en svarprocent på 56,6%. (Hayes 2014:16+18).

Respondenterne til denne spørgeskemaundersøgelse er tilfældigt udtrukket, hvilket har en positiv indvirkning på den eksterne validitet, som omhandler undersøgelsens generaliserbarhed – hvorvidt resultaterne er gældende og repræsentative, og dermed gældende for en større population (deVaus 2001:28-29). Dog forekommer der en geografisk skævvridning, grundet udvidelsen af respondenterne, som er fordelt efter kommunernes indbyggertal. Det vurderes dog, at denne "skævvridning" forhøjer undersøgelsens eksterne validitet, da det øjensynlig gør stikprøven mere repræsentativ, da forholdene mellem respondenter fra de forskellige kommuner med denne geografiske skævvridning bliver mere tro mod virkelighed. Yderligere har undersøgelsens svarprocent også en positiv indflydelse på undersøgelsens eksterne validitet (Bryman 2008:156). "Sundhedsprofil 2013" har en svarprocent på 56,6%, hvilket vurderes som værende tilfredsstillende. Samlet set vurderes det således, at "Sundhedsprofil 2013" har en høj ekstern validitet grundet svarprocenten samt udvælgelsen af respondenter.

Præsentationen af "Sundhedsprofil 2013" og dataindsamlingsprocessen er åben og præcis, hvilket har en positiv indflydelse på undersøgelsens reliabilitet, hvor reliabiliteten indikerer, om undersøgelsen kan gentages og stadig opnå samme resultater (deVaus 2001:30). Yderligere kan det konstateres, at spørgeskemaet til "Sundhedsprofil 2013" har tydeligt formulerede og let forståelige spørgsmål, hvilket mindsker risikoen for misforståelser. Konstruktionen af spørgeskemaet sikre således en god reliabilitet.

Spørgeskemaet indeholder 80 spørgsmål, som omhandler syv områder: 1) Helbred og trivsel, 2) Social kapital, 3) Sundhedsvaner, 4) Sygelighed, 5) Social ulighed, 6) Sundhedsprofil for unge og 7) Sundhedsprofil for ældre. Følgende vil være en præsentation af nordjydernes helbred og trivsel, sundhedsvaner samt social ulighed, da dette er specialets fokusområder.

Det kan ud fra "Sundhedsprofil 2013" for Region Nordjylland konstateres, at nordjyderne generelt har det godt. 84,7% vurderer deres helbred som værende godt, mens 21,1% er meget tilfredse med livet. Andelen med et godt selv vurderet helbred er højest for den yngre del af befolkningen, hvorimod flest i den ældre del af befolkningen er tilfredse med livet (Hayes 2014:6).

For at belyse borgernes sundhedsvaner samt identificere sundhedsfremmende potentialer er der spurgt til hverdagsvaner relateret til KRAM-faktorerne.

¹ Kommende kvantitative analyser inkluderer 8867 af disse 20220 respondenter, idet stikprøven udelukkende inkluderer respondenter i alderen 30 til 60 år. Samtidig er de respondenter, som har mere end en missing værdi, ligeledes frasorteret.

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

17,9% har usunde kostvaner. Der er i alle i aldersgrupper flere mænd end kvinder med usunde kostvaner. 17,1% af den nordjyske befolkning ryger dagligt. 7,9% er storrygere, og ryger dermed mere end 15 cigaretter om dagen. Fordelingen blandt rygere er tilnærmelsesvis ens, dog er der flere storrygende mænd end kvinder.

7,9% af borgerne har et højrisikoforbrug af alkohol, hvilket vil sige, at kvinder drikker mere end 14 genstande om ugen og mænd mere end 21 genstande. 11,5% af nordjyderne har et drikkemønster, som viser tegn på en problematisk alkoholadfærd, hvor der er klart flere mænd end kvinder, som viser tegn på problematisk alkoholadfærd.

17,1% er fysisk inaktive i fritiden. Mænd dyrker i højere grad end kvinder konkurrence- og motionsidræt, mens kvinderne dyrker lettere motion. Andelen af fysisk inaktive er størst blandt de ældre i befolkningen. 51,1% og dermed over halvdelen af den nordjyske befolkning er moderat eller svært overvægtige – 57,5% af mændene er overvægtige, hvorimod 44,4% af kvinderne er overvægtige (Hayes 2014:7-8).

”Sundhedsprofil 2013” synliggør, at der er store sociale uligheder i sundhed, sygelighed og trivsel i Region Nordjylland, når der måles på uddannelse. Ser man på KRAM-faktorerne, viser sundhedsprofilen, at der er social ulighed i en række faktorer – især ved kost og rygning ses der en klar uddannelsesmæssig gradient. Billedet er dog tvetydigt i forhold til alkoholforbruget, og når der tales om fysisk aktivitet er billedet mere komplekst. Kort uddannede borger har en markant større risiko for at være fysisk inaktive i deres fritid end højere uddannede borgere. Omvendt har de kortere uddannede borgere en større sandsynlighed for at besidde et tungt eller hurtigt job, som er fysisk anstrengende, ligesom de har størst sandsynlighed for at være aktive i mindste 30 minutter i dagen, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, hvis man medregner fysisk aktivitet i arbejdet.

Yderligere viser sundhedsprofilen ligeledes en tydelig social ulighed i helbred og trivsel. Desto lavere borgernes højst fuldførte uddannelse er, desto dårligere er deres fysiske og mentale helbred samt deres livskvalitet (Hayes 2014:9).

5.1.2. Variabeloversigt

Det følgende vil være en oversigt over den kvantitative analyses anvendte variabler. Først vil den multiple korrespondanceanalyse aktive variabler præsenteres, hvorefter der vil forekomme en præsentation af de passive variabler. Ud fra de aktive variabler konstrueres der én variable omhandlende borgernes samlede sundhedsrelaterede livsstil, som benyttes i den bivariante analyse samt i den ordinale logistiske regressionsanalyse. Disse to analyser inkluderer yderlige relevante passive variabler samt andre supplerende variabler, som præsenteres slutteligt.

5.1.2.1. Aktive variabler

For at kunne udføre en multipel korrespondanceanalyse og dermed synliggøre et mønster i nordjydernes sundhedsadfærd er der anvendt et batteri af flere variabler, som indikerer nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil ud fra forskellige temaer. Derfor omhandler de aktive variabler udelukkende borgernes sundhedsrelaterede livsstil, som er opdelt i fire temaer; 1) kost, 2) rygning, 3) alkohol og 4) motion.

Konstruktionen af det sundhedsrelaterede livsstilsrum sker udelukkende ud fra adfærdsvariabler, hvorfor rummet ikke er konstrueret ud fra nordjydernes holdninger til sundhed eller deres forandringsvillighed.

Det følgende er en beskrivelse af hvert enkelt tema, samt en argumentation for inddragelsen af de enkelte variabler.

Kost

Første tema gøres målbart ud fra fem variabler omhandlende aktørernes kostvaner – deres indtag af frugt, grøntsager, fastfood, sodavand og usunde snacks så som kage, is og slik. For at få et så nuanceret et billede af nordjydernes kostindtag som muligt, er der valgt både at inkludere variabler omkring indtaget af sunde fødevarer samt usunde fødevarer, da dette medfører et utal af mulige kostvaner.

De udvalgte variabler omkring aktørens kostvaner er præsenteret i tabel 5.1.

Tabel 5.1. Kost

Variabel	Anvendte svarkategori
Hvor ofte spiser du grøntsager?	1: Ofte (10%) 2: Middel (27%) 3: Sjældent (47%) 4: Meget sjældent (17%)
Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?	1: 3-6 dagligt (23%) 2: 1-2 dagligt (40%) 3: 3-6 ugentligt (21%) 4: 0-2 ugentligt (15%)
Hvor ofte drikker du sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker?	1: Dagligt (9%) 2: Ugentligt (39%) 3: Månedligt (16%) 4: Sjældnere (36%)
Hvor ofte spiser du kage, chokolade, is, slik, snacks, chips?	1: 5-7 gange om ugen (12%) 2: 3-4 gange om ugen (19%) 3: 1-2 gange om ugen (39%) 4: 1-3 gange om måneden (20%) 5: Sjældnere / aldrig (10%)
Hvor ofte spiser du fastfood?	1: Ugentligt (14%) 2: Månedligt (50%) 3: Sjældnere / aldrig (37%)

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

For alle temaerne er kategorier, som indeholder mindre en 5% af populationen, blevet slået sammen med en nærliggende kategori for at forhindre en skævvridning af det sundhedsrelaterede livsstilsrum.

Oprindeligt var variabelen omhandlende aktørernes indtag af grøntsager tre variabler omhandlende aktørens indtag af 1) blandende grøntsager 2) andre rå grøntsager og 3) tilberedte grøntsager. I denne sammenhæng er det underordnet, hvilken tilberedningsform grøntsagerne har, hvorfor de er rekodet til en samlet variabel, som indikeret indtaget af grøntsager.

Rygning

Andet tema gøres målbart ud fra en enkelt variabel omkring rygning, som er præsenteret i tabel 5.2.

Tabel 5.2. Rygning

Variabel	Anvendte svarkategorier
Rygning	1: Storryger (7%) 2: Småryger (12%) 3: Eksryger (32%) 4: Aldrig ryger (49%)

Overstående variabler omhandlende rygning er resultatet af en rekodning af to variabler:

- 1) Ryger du?
- 2) Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag.?

Storrygerne omfatter aktører, som ryger mere end 15 cigaretter dagligt, hvor smårygere omfatter aktører, som dagligt som maksimum ryger 15 cigaretter samt lejlighedsrygerne, som ryger mindst én gang om ugen eller sjældnere.

Det findes tilstrækkeligt udelukkende at inkludere denne ene variabel omkring aktørernes rygevaner, da den både synliggør om aktørerne ryger og om aktørernes forbrug af cigaretter.

Alkohol

Tredje tema gøres målbart ud fra 2 variabler omhandlende aktørernes alkoholvaner. Den ene variabel indikerer om aktøren drikker mere end det anbefalede – 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (Sundhedsstyrelsen 2015). Den anden variabel indikerer, hvor ofte aktøren drikker mere end 5 genstande ved samme lejlighed, som bliver frarådet af Sundhedsstyrelsen (2015).

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Ud fra disse to variabler kan det synliggøres, om aktørerne har et problematiserende alkoholforbrug, eller om de holder sig inden for Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

De udvalgte variabler omkring aktørernes alkoholvaner er præsenteret i tabel 5.3.

Tabel 5.3. Alkohol

Variabel	Anvendte svarkategorier
Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?	1: Ugentlig (10%) 2: Månedligt (17%) 3: Sjældnere (53%) 4: Aldrig (19%)
Overskridelse af genstandsgrænsen	1: Overskrider genstandsgrænsen (7%) 2: Overskrider ikke genstandsgrænsen (93%)

Variablen, som indikerer om aktørerne overskrider genstandsgrænsen for mængden af alkoholindtagelse, er resultatet af en rekodning af 2 variabler:

- 1) Køn
- 2) Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

De aktører, som overskrider genstandsgrænsen, er således kvinder, som drikker mere end 7 genstande ugentligt og mænd, som ugentligt drikker mere end 14 genstande.

Motion

Fjerde tema gøres målbart ud fra 2 variabler omhandlende aktørernes motionsvaner. Den ene variabel indikerer aktørernes aktivitetsniveau, hvor den anden variabel omhandler, hvor ofte aktøren er aktiv mindst 30 minutter om dagen, som anbefales af Sundhedsstyrelsen (2012). Disse to udvalgte variabler synliggør således både intensiteten af aktørernes motionsvaner samt mængden af motion.

De udvalgte variabler omkring aktørernes motionsvaner er præsenteret i tabel 5.4.

Tabel 5.4. Motion

Variabel	Anvendte svarkategorier
Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse for din fysiske aktivitet i fritiden?	1: Regelmæssig hård træning 2: Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer om ugen 3: Lettere motion, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejdet mindst 4 timer om ugen 4: Stillesiddende
Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? (Medregn både arbejde og fritid)	1: 0-1 dag om ugen (17%) 2: 2-3 dage om ugen (26%) 3: 4-5 dage om ugen (24%) 4: 6-7 dage om ugen (32%)

Det er således disse 10 aktive variabler, som det sundhedsrelaterede livsstilsrum skal konstrueres ud fra. Variationen i aktørernes sundhedsadfærd indikerer dermed forskellene i aktørernes sundhedsrelaterende livsstil. Efter en indledende analyse af de væsentligste akser i rummet for sundhedspraktikker vil 1. principalakse, som opsummerer aktørernes samlede sundhedsniveau, omformatet til én variabel som indikerer borgernes sundhedsadfærd, som skal benyttes i den bivariate analyse og den ordinale logiske regressionsanalyse. Disse 10 aktive variabler bliver således nedsmeltet til én overordnet variabel omhandlende borgernes sundhed.

5.1.2.2. Passive variabler

Der er udvalgt en række passive variabler, hvis fordeling skal undersøges i relation til det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Disse passive variabler omhandler aktørernes sociale baggrundsfaktorer, deres kapitalmængde samt deres helbred og trivsel. Udover undersøgelsen af fordelingen af de passive variablers kategorier i relation til det sundhedsrelaterede livsstilsrum, og dermed årsagerne til samt konsekvenserne af uligheden i den sundhedsrelaterede livsstil, benyttes variabler ligeledes i den videre analyse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet i den bivariate analyse samt den ordinale logistiske regressionsanalyse.

Sociale baggrundsfaktorer

For at synliggøre aktørernes sociale baggrund er der inddraget variabler omhandlende aktørernes køn, alder og civilstatus, som er præsenteret i tabel 5.5.

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Tabel 5.5. Sociale baggrundsfaktorer

Variabel	Anvendte svarkategorier
Er du:	1: Kvinde (53%) 2: Mand (48%)
Alder	1: 30-39 år (10%) 2: 40-49 år (16%) 3: 50-59 år (20%)
Civilstatus	1: Enlig (29%) 2: Gift/Samlevende (72%)

Aldersvariablen er konstrueret ud fra aktørernes fødeår og er fremstillet i ti års intervaller.

Kapital

For at kunne analysere aktørernes kapitalmængdes betydning for deres sundhedsrelaterede livsstil, inddrages der variabler omhandlende aktørernes kulturelle, økonomiske og sociale kapital. Denne kapitalmængde gøres målbar ud fra variabler, som indikerer deres uddannelsesniveau, økonomiske situation samt kontakt med venner og familie.

Disse variabler er præsenteret i tabel 5.6.

Tabel 5.6. Kapital

Variabel	Anvendte svarkategorier
Kulturel kapital: Uddannelse	1: Under uddannelse (11%) 2: Grundskole (22%) 3: Erhvervsfaglig uddannelse (36%) 4: Kort videregående uddannelse (7%) 5: Mellemlang videregående uddannelse (18%) 6: Lang videregående uddannelse (6%)
Økonomisk kapital: Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af din økonomi?	1: Nej (62%) 2: Ja, lidt (24%) 3: Ja, en del (8%) 4: Ja, meget (5%)
Social kapital: Hvor ofte er du i kontakt med venner, som du ikke bor sammen med?	1: Dagligt (27%) 2: Ugentligt (45%) 3: Månedligt (21%) 4: Sjældnere / aldrig (8%)
Social kapital: Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?	1: Dagligt (34%) 2: Ugentligt (45%) 3: Månedligt (15%) 4: Sjældnere / aldrig (6%)

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Social kapital: Er du generelt i kontakt med familie, venner og bekendte, som du ikke bor sammen med, så ofte, som du gerne vil?	1: Ja (77%) 2: Nej (23%)
---	-----------------------------

Uddannelsesvariablen er et resultat af en rekodning af to variabler:

- 1) Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?
- 2) Er du under uddannelse?

Helbred og trivsel

Variablerne angående aktørernes helbred og trivsel omfatter indikatorer på deres generelle velbefindende og gøres målbar ud fra variabler omhandlende deres selvvaluerede helbred og livstilfredshed samt BMI. Disse variabler er præsenteret i tabel 5.7.

Tabel 5.7. Helbred og trivsel

Variabel	Anvendte svarkategorier
Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?	1: Fremragende (11%) 2: Vældig godt (36%) 3: Godt (38%) 4: Dårligt (15%)
Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?	1: Vældig god livstilfredshed (47%) 2: God livstilfredshed (37%) 3: Dårlig livstilfredshed (14%)
BMI	1: Undervægtig (2%) 2: Normalvægtig (44%) 3: Overvægtig (37%) 4: Svær overvægtig (17%)

Variablen omhandlende aktørernes selvvaluerede livstilfredshed er en rekodning. Oprindeligt skulle aktørerne vurdere deres livstilfredshed på en skala fra 1-10. En vældig god livstilfredshed svarer til 9 og 10 på denne skala, en god livstilfredshed svarer til 7 og 8 på skalaen, hvor en dårlig livstilfredshed svarer til 1-6 på 10 punkts skalaen.

Variablen omhandlende aktørernes BMI er et resultat af en rekodning af deres vægt og højde.

5.1.2.3. Supplerende variabler til den ordinale logistiske regressionsanalyse

Udover udvalgte overstående passive variabler vil den ordinale logistiske regressionsanalyse yderligere analysere på borgernes ydre livsvilkår samt deres indre psykologiske tilstand.

Ydre livsvilkår

Variablerne angående aktørernes ydre livsvilkår omfatter indikatorer på mængden af kulturel og økonomisk kapital, som er præsenteret ovenfor samt deres boligsituation og arbejde. Aktørernes boligsituation og arbejde gøres målbart ud fra variabler omhandlende belastninger på disse områder og er præsenteret i tabel 5.8.

Tabel 5.8. Ydre livsvilkår

Variabel	Anvendte svarkategorier
Har du ingen for de seneste 12 måneder følt dig belastet af din boligsituation?	1: Nej (83%) 2: Ja, lidt (11%) 3: Ja, meget (6%)
Har du ingen for de seneste 12 måneder følt dig belastet af dit arbejde?	1: Nej (62%) 2: Ja, lidt (24%) 3: Ja, en del (8%) 4: Ja, meget (5%)

Indre psykologisk tilstand

Variablerne angående aktørernes indre psykologiske tilstand omfatter indikatorer på en positiv og negativ indre tilstand og gøres målbar ud fra variabler omhandlende deres følelser, og disse er præsenteret i tabel 5.9.

Tabel 5.1. Indre psykologisk tilstand

Variabel	Anvendte svarkategorier
Inden for de sidste 4 uger, har du følt dig rolig og afslappet...	1: det meste af tiden (64%) 2: lidt af tiden (33%) 3: på intet tidspunkt (2%)
Inden for de sidste 4 uger, har du følt dig trist til mode...	1: det meste af tiden (5%) 2: lidt af tiden (54%) 3: på intet tidspunkt (40%)

Begge variabler er rekodet – kategorien ”det meste af tiden” var oprindeligt to kategorier ”hele tiden” og ”det meste af tiden”, mens kategorien ”lidt af tiden” ligeledes oprindeligt var to kategorier ”noget af tiden” og ”lidt af tiden”.

5.2. Korrespondanceanalyse

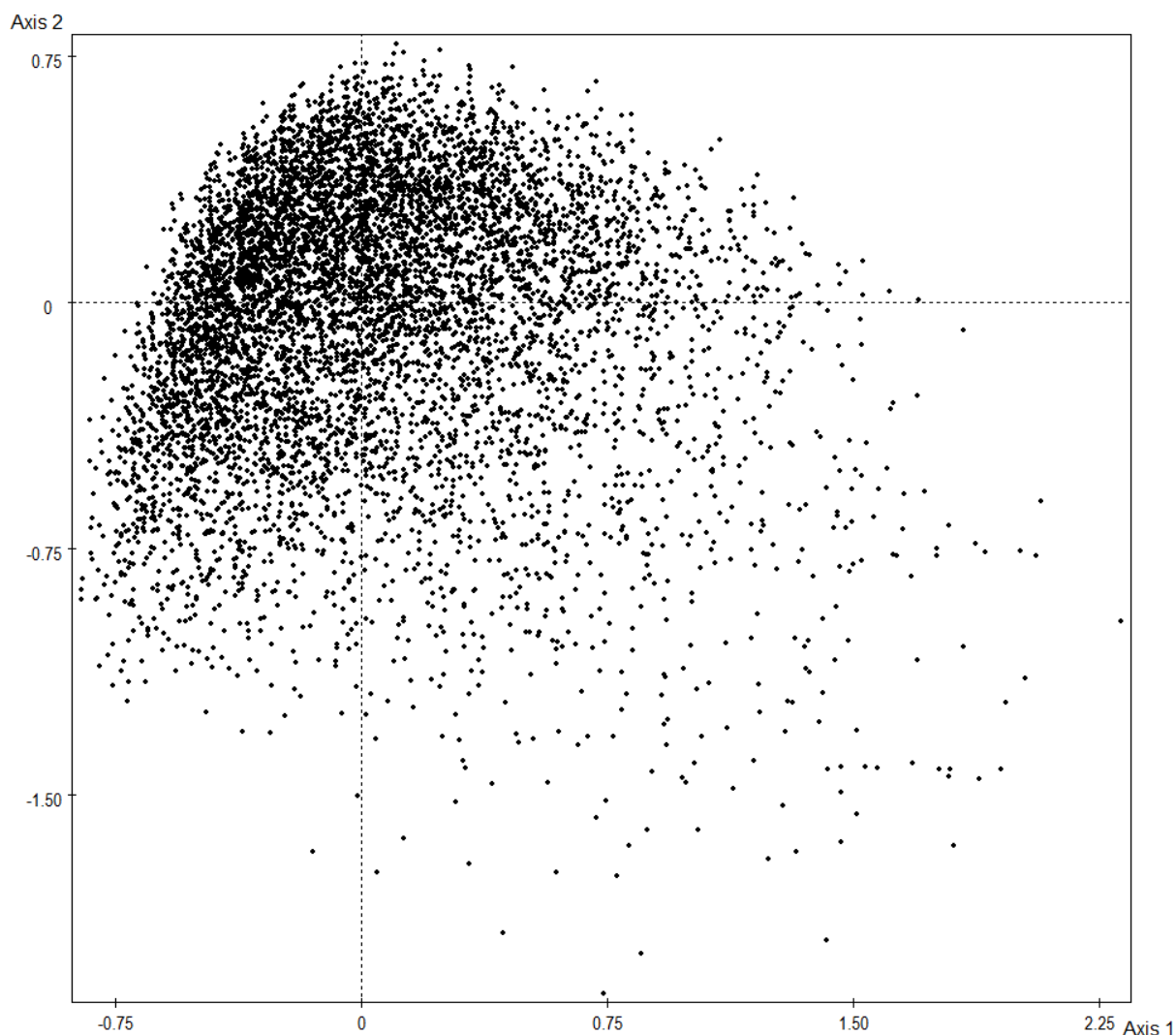
Efter præsentationen af den kvantitative analyseforberedelse vil resultaterne af den multiple korrespondanceanalyse nu præsenteres. Først vil den multiple korrespondanceanalyses overordnede resultater beskrives, hvorefter 1. og 2. principalakse vil analyseres, og slutteligt vil der forekomme en uddybende analyse af det sundhedsrelaterede livsstilsrum.

5.2.1. Indledende resultater for den multiple korrespondanceanalyse

Som beskrevet i variabeloversigten inddrages der i forbindelse med denne multiple korrespondanceanalyse variabler omhandlende aktørens sundhedsrelaterede livsstil i henhold til fire temaer; 1) Kost, 2) Rygning, 3) Alkohol og 4) Motion. Disse fire temaer er grundstenene for udarbejdelsen af det sundhedsrelaterede livsstilsrum, hvorfor der i alt indgår 10 aktive variabler fordelt på 38 kategorier i denne multiple korrespondanceanalyse.

Resultatet af denne multiple korrespondanceanalyse er to skyer – en kategorisky samt en individsky. Kategoriskyen er omdrejningspunktet for kommende analyse af principalakserne, og individskyen er afbilledet i figur 5.1.

Figur 5.1. Individsky



Det kan ud fra figur 5.1. konstateres, at der er en skævvridning i individskyen. Dog vurderes det, at aktørerne placerer sig tilfredsstillende omkring barycenter.

5.2.1.1. Overordnet og specifik varians

Den overordnede varians i individ- og kategoriskyen er identisk og er afgjort af forholdet mellem variabler og kategorier.

Den overordnede varians i skyen er $(38/10)-1 = 2,8$, givet ved formel $(K/Q)-1$, hvor K er antallet af kategorier, og Q er antallet af variabler, som inddrages i den multiple korrespondanceanalyse (Le Roux & Rouanet 2010:35).

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Variablernes bidrag til varians i den overordnede sky beregnes ud fra formelen: $Ctr_q = \frac{K_q - 1}{K - Q}$, hvor K_q angiver antallet af kategorier i variabel Q (Le Roux & Rouanet 2010:38).

Tabel 5.10. er en oversigt over variablernes bidrag til varians i den overordnede sky samt de fire temaers samlede bidrag til den overordnede sky.

Tabel 5.10. Temaernes bidrag til den overordnede sky

Tema	Antal variabler	Antal kategorier	Variablens bidrag	Temaets bidrag
Kost	5	20	Frugt: 10,71% Grøntsager: 10,71% Sodavand: 10,71% Fastfood: 7,14% Usunde snacks: 14,29%	53,56%
Rygning	1	4	Rygning: 10,71%	10,71%
Alkohol	2	6	5 genstande: 10,71% Genstandsgrænsen: 3,57%	14,28%
Motion	2	8	Aktivitetsniveau: 10,71% 30 min: 10,71%	21,42%

Ideelt set skal hvert tema tilnærmelsesvis have samme bidragsværdi til den overordnede sky, og det kan ud fra tabel 5.10. konstateres, at dette langt fra er tilfældet for nærværende multiple korrespondanceanalyse, idet kost bidrager med 53,56%, hvorimod rygning kun bidrager med 10,71% til den overordnede sky. Under udvælgelsen af variablerne til de forskellige temaer var jeg opmærksom på at konstruere temaer med tilnærmelsesvis samme antal variabler. Dog var fokus i højere grad på det indholdsmæssige i forhold til konstruktionen af temaerne. Det essentielle var således at skabe temaer, som indholdsmæssigt giver mening og virker udtømmende for temaet. Derfor blev det ikke fundet relevant at inddrage flere variabler omkring rygning, ligesom det blev fundet nødvendigt at inddrage alle fem variabler omkring kost for at inddrage den nødvendige information omkring aktørernes kostvaner. I det konstruerede rum skal man således være opmærksom på, at kost i højere grad end de andre temaer har medvirket til at skabe afstand mellem borgerne i det sundhedsrelaterede livsstilsrum.

Den multiple korrespondanceanalyse har tendens til at underdrive de første principalakser samlede varians, hvorfor der udregnes modificerede egenverdier. Disse modificerede egenverdier beregnes ud fra formelen: $\lambda'_\ell = \left(\frac{Q}{Q-1}\right)^2 (\lambda_\ell - \bar{\lambda})^2$, hvor λ'_ℓ = modificerede egenverdier, λ_ℓ = egenverdier, $\bar{\lambda} = \frac{1}{Q}$ og Q er antallet af aktive variabler som ovenfor.

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Efter udregninger af de modificerede eigenværdier, udregnes de modificerede rater, som er hver akse andel af variansen. De modificerede rates udregnes ved at dividere de modificerede eigenværdier med summen af alle modificerede eigenværdier.

Slutteligt beregnes de kumulerede modificerede rater, hvorfra man kan udlede hvor mange principalakser, der skal inkluderes i analysearbejdet.

Resultaterne af udregningerne af de modificerede eigenværdier, modificerede rates og kumulerede modificerede rates kan aflæses i tabel 5.11.

Tabel 5.11. Modificerede eigenværdier, modificerede rates og kumuleret modificerede rates

Akse	Eigenværdi	Modificerede Eigenværdi	Modificerede Rater	Kumulerede Modificerede Rater
1	0,2061	0,0139	0,5750	0,5750
2	0,1699	0,0060	0,2493	0,8243
3	0,1440	0,0024	0,0990	0,9233
4	0,1273	0,0009	0,0381	0,9614
5	0,1182	0,0004	0,0170	0,9783
6	0,1147	0,0003	0,0111	0,9894
7	0,1111	0,0002	0,0063	0,9957
8	0,1069	0,0001	0,0024	0,9981
9	0,1053	0,0000	0,0014	0,9995
10	0,1030	0,0000	0,0004	0,9999
11	0,1009	0,0000	0,0000	1,0000
12	0,1006	4,1E-07	1,7E-05	1

Ved en multipel korrespondanceanalyse skal der inddrages akser, indtil 80% af skyens overordnede varians er forklaret (Le Roux & Rouanet 2010:51-52). Det kan ud fra de modificerede rater i tabel 5.11. konstateres, at 1. principalakse bidrager med 57,50% af skyens overordnede varians, hvor 2. principalakse bidrager med 24,93%. Sammenlagt kan det ud fra de kumulerede modificerede rates konstateres, at 1. og 2. principalakse opsummer 82,43% af skyens overordnede varians. Derfor vil nærværende multiple korrespondanceanalyse analysere de aktive variabelers kategoriers placering langs 1. og 2. principalakse.

5.2.2. Analyse af 1. principalakse

Til analysen af 1. principalakse er der konstrueret en analysetabel, som tager udgangspunkt i de aktive variabelers kategorier, som bidrager mere end gennemsnittet ($\frac{100}{38}=2,63$).

For de variabler, hvor der blot er kategorier, som bidrager over gennemsnitte på den ene side af principalaksen, inddrages kategorien med den højeste bidragsværdi med den modsatte orientering langs principalaksen. Disse kategorier angives med parentes i analysetabellen (Le Roux & Rouanet 2010:52)

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Variablerne er placeret i analysetabellen ud fra deres samlede bidragsværdier, og dermed er de øverste variabel i analysetabellen de variabler, som bidrager mest. Kategorierne er placeret i analysetabellen ud fra deres koordinater i kategorikortet.

Tabel 5.12. Analysetabel for 1. principalakse

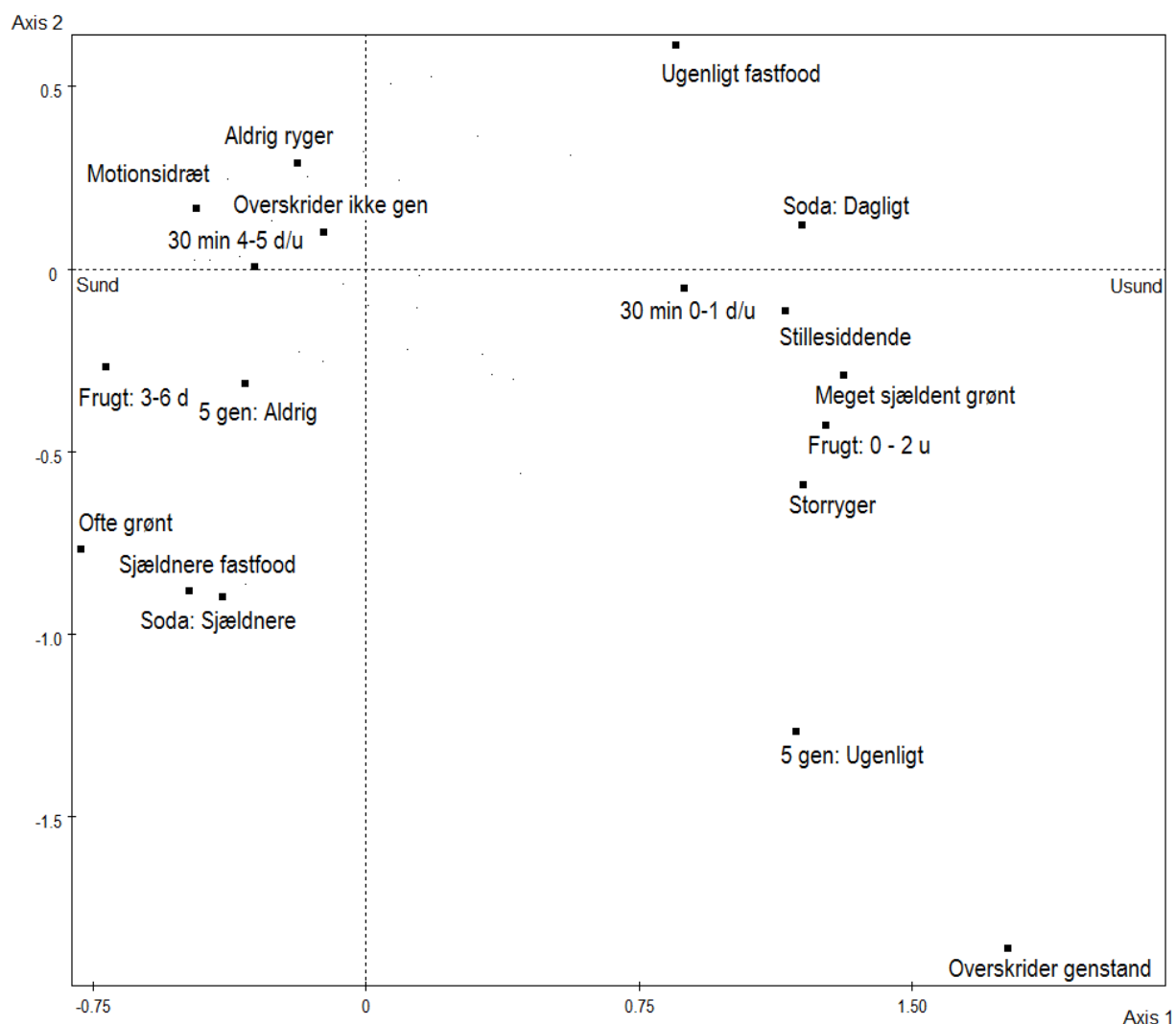
Variable	Variablernes bidrag	Kategoriernes Orientering		Kategoriernes bidrag	
		Negativ	Positiv	Negativ	Positiv
Frugt	19,76	3-6 stk. dagligt	0-2 stk. ugentligt	5,73	11,83
Grøntsager	16,71	Oftede	Meget sjældent	3,23	10,68
Aktivitetsniveau	11,91	(Motionsidræt)	Stillesiddende	(2,47)	8,99
Sodavand	9,49	(Sjældnere*)	Dagligt	(2,10)	5,61
Fastfood	8,57	Sjældnere*	Ugentlig	2,83	5,71
30 min aktiv om ugen	8,43	(4-5 dage/ugen)	0-1 dag/ugen	(1,17)	6,70
Rygning	8,36	(Aldrig ryger)	Stor ryger	(0,85)	6,49
Genstandsgrænsen	7,01	(Overskrider ikke)	Overskrider	(0,53)	6,47
Hvor tit > 5 genstande	6,79	(Aldrig)	Ugentlig	(0,62)	5,75

*Sjældnere end månedligt

I alt er der 12 kategorier, som bidrager mere end gennemsnittet.

Ud fra analysetabellen kan det konstateres, at alle fire temaer er repræsenteret i 1. principalakse. *Kost* bidrager med 54,53%, *Rygningen* med 8,36 %, *Alkohol* med 13,80% og *Motion* bidrager sammenlagt med 20,34%. Så på trods af at alle fire temaer er repræsenteret i forhold til 1. principalakse, er det dog i forskelligt omfang. Dog er det nødvendigt at påpege, at temaernes bidrag til den overordnede sky ligeledes er skævt fordelt. *Kost* bidrager med 53,56%, *rygning* med 10,71%, *alkohol* bidrager med 14,25%, hvor *motion* bidrager med 21,42% til den overordnede sky. Det kan herudfra konstateres, at variablernes bidrag til 1. principalakse tilnærmelsesvis er identisk med bidragene til den overordnede sky. Der er således ingen af de fire temaer, som er mere afgørende for aktørernes placering langs 1. principalakser end andre, hvorfor det kan udledes, at 1. principalakse opsummerer aktørernes overordnede sundhedsrelaterede livsstil.

Figur 5.2. Kategorikort for 1. principalakse



Det kan ud fra analysetabellen og kategorikortet for 1. principalakse udledes, at 1. principalakse repræsenterer en hierarkisk opposition mellem den sunde livsstil og den usunde livsstil.

Den negative side af 1. principalakse er domineret af aktører, som besidder en sund livsstil. I forhold til temaet *Kost* kan det konstateres, at aktørerne ofte spiser grøntsager, og de får 3-6 stykker frugt dagligt, ligeledes spiser de sjældnere end månedligt fastfood og drikker sjældnere end månedligt sodavand eller andre sukkerholdige drikke. I relation til temaet *Motion* kan det udledes, at aktørerne dyrker motionsidræt, og er aktiv minimum 30 minutter om dagen i 4-5 dage om ugen. I forbindelse med *Alkohol* kan det konstateres, at aktørerne i denne side af det sundhedsrelaterede livstilsrum aldrig overskrider Sundhedsstyrelsens alkoholanbefalinger, idet aktørerne aldrig drikker fem genstand eller flere ved samme lejlighed, og kvinderne ikke drikker mere end syv genstande ugentligt, mens mændene ikke drikker mere

end 14 genstande ugentligt. I forbindelse med *Rygning* kan det udledes at aktørerne ikke ryger og aldrig har gjort det.

Den positive side af 1. principalakse er derimod domineret af aktører med en usund livsstil. I forbindelse med *Kost* kan det konstateres, at disse aktører meget sjældent spiser grøntsager og blot spiser 0-2 stykker frugt om ugen. Derimod drikker de dagligt sodavand eller anden sukkerholdig læskedrik og spiser ugentligt fastfood. I relation til deres *Motion* kan det ud fra analysetabellen og kategorikortet udledes, at aktørernes aktivitetsniveau er stillesiddende, og de er minimum 30 minutter aktive om dagen 0-1 dag om ugen. Ligeledes kan det udledes i forhold til temaet i *Alkohol*, at aktørerne bryder Sundhedsstyrelsens anbefalinger, da mændene drikker mere end de anbefalede 14 genstande ugentligt og kvinderne mere end syv genstande. Yderligere drikker aktørerne i denne side af det sundhedsrelaterede livsstilsrum ugentligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed. I forhold til *Rygning* kan det konstateres, at aktørerne er storrygere og ryger dermed mere end 15 cigaretter dagligt.

Overordnet set opsummerer 1. principalakse den brede og generelle sundhedsrelaterede livsstil. Aktørernes placering langs 1. principalakse er således et udtryk for deres overordnede sundhed. Den negative orienterede ende af principalaksen er domineret af aktører med sund adfærd, mens den positive orienterede ende af principalaksen er domineret af aktører med en usund adfærd. 1. principalakse repræsenterer derfor en modsætning mellem det sunde og det usunde.

5.2.3. Analyse af 2. principalakse

Tabel 5.13. er en analysetabel for 2. principalakse, som synliggør de kategorier, som bidrager mere end gennemsnitligt til spredningen langs principalaksen og er konstrueret på samme måde som analysetabellen for 1. principalakse, som er præsenteret ovenfor.

Det er nødvendigt at påpege, at der findes en mindre Guttman-effekt langs 2. principalakse, men den er dog ikke synliggjort ud fra de kategorier, som bidrager mere end gennemsnitligt. Yderligere kan det også noteres, at de variabler, som har høje bidragsværdier til 2. principalakse, ikke besidder en Guttman-effekt, hvorfor det er valgt at fortsætte med analysearbejdet på trods af denne mindre Guttman-effekt.

Tabel 5.13. Analysetabel for 2. principalakse

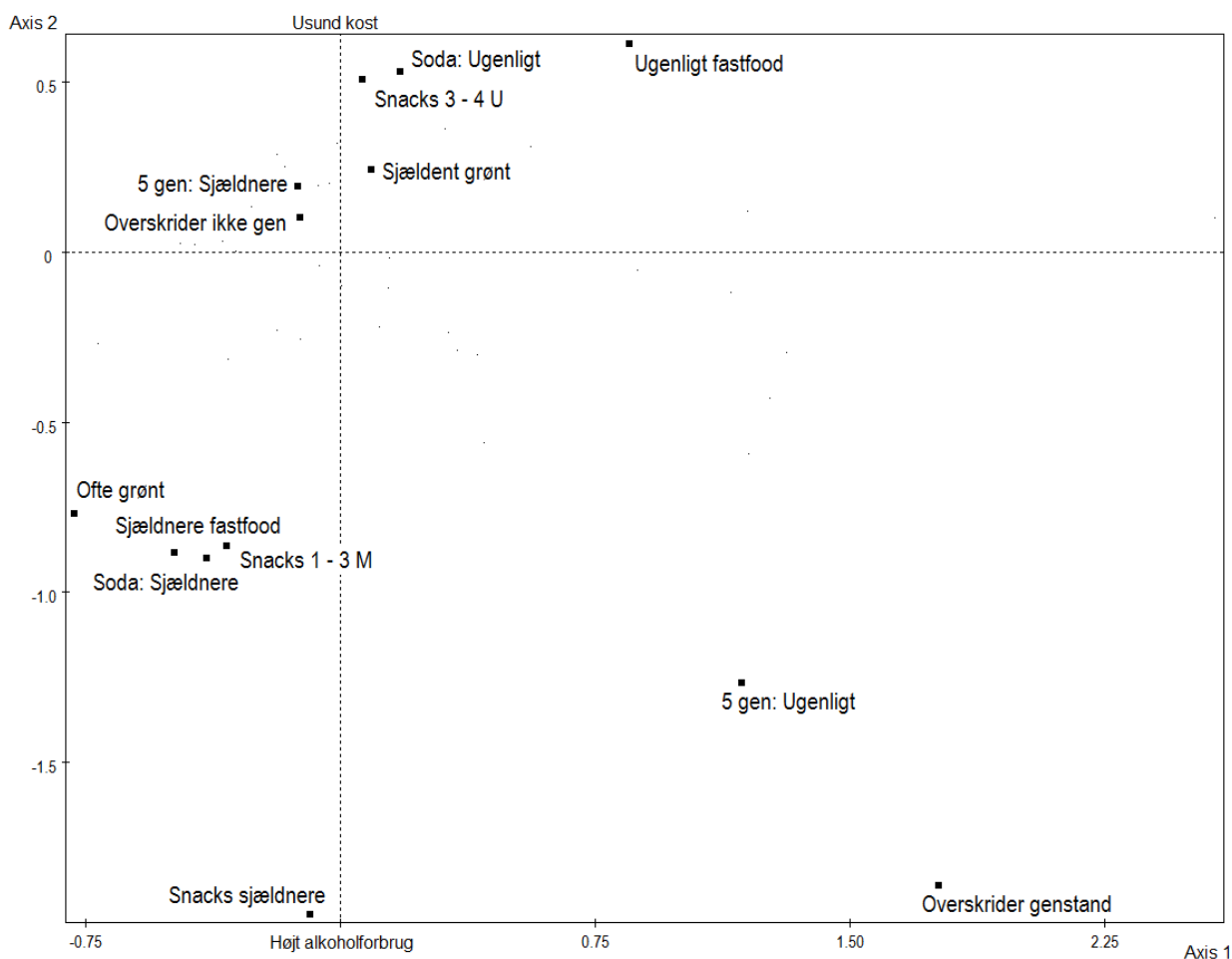
Variable	Variablernes bidrag	Kategoriernes Orientering		Kategoriernes Bidrag	
		Negativ	Positiv	Negativ	Positiv
Usunde snacks	23,34	1-3 månedligt; Sjældnere*	3-4 ugentligt	7,34;10,88	3,38
Sodavand	20,89	Sjældnere*	Ugentligt	13,41	7,39
Fastfood	16,40	Sjældnere*	Ugentligt	11,37	3,59
Hvor tit 5 genstande	10,95	Ugentligt	(Sjældnere*)	8,03	(1,20)
Genstandsgrænsen	9,28	Overskrider	(Overskrider ikke)	8,79	(0,49)
Grøntsager	6,07	Ofte	(Sjældent)	3,78	(1,63)

*Sjældnere end månedligt

I alt er der 10 kategorier, som bidrager mere end gennemsnittet.

Det kan ud fra analysetabellen udledes, at det udelukkende er *Kost* og *Alkohol*, som er repræsenteret i 2. principalakse. *Kost* bidrager med 66,70% hvor *Alkohol* bidrager med 20,23%.

Figur 5.3. Kategorikort for 2. principalakse



Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Det kan ud fra analysetabellen og kategorikortet for 2. principalakse konstateres, at 2. principalakse repræsenterer en opposition mellem to forskellige måder at være usunde på – henholdsvis ved at besidde usunde kostvaner og ved et forhøjet alkoholforbrug.

Den positive side af 2. principalakse er domineret af aktører, som besidder *usunde kostvaner*. De spiser ugentligt fastfood, drikker ugentligt sodavand eller anden form for sukkerholdig læskedrik, og de spiser usunde snacks 3-4 gange om ugen. I tillæg hertil spiser de sjældent grøntsager. Yderligere kan det ud fra figur 5.3. konstateres, at aktørerne i den øvre halvdel af det sundhedsrelaterede livsstilsrum sjældnere end månedligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Dertil drikker de ikke flere genstande ugentligt, end Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Den negative side af 2. principalakse er derimod domineret af aktører, som har et *forhøjet alkoholforbrug*. De drikker ugentligt 5 eller flere genstande ved samme lejlighed og overskrider sundhedsstyrelsen ugentlige genstandsgrænse, og de bryder dermed alle sundhedsstyrelsens alkoholanbefalinger. Yderligere kan det konstateres, at aktørerne sjældnere end månedligt spiser fastfood, usunde snacks og drikker sodavand. Dog spiser aktørerne i denne del af det sundhedsrelaterede livsstilsrum ofte grøntsager.

Overordnet set indikerer 2. principalakse to usunde livsformer. Aktørernes placering langs 2. principalakse synliggør således, hvilken måde aktørerne er usunde på. Den negative orienterede ende af principalaksen er domineret af aktører med usunde kostvaner, mens den positive orienterede ende af principalaksen er domineret af aktører med et forhøjet alkohol indtag. 2. principalakse repræsenterer derfor en opposition mellem to forskellige usunde adfærdsmønstre.

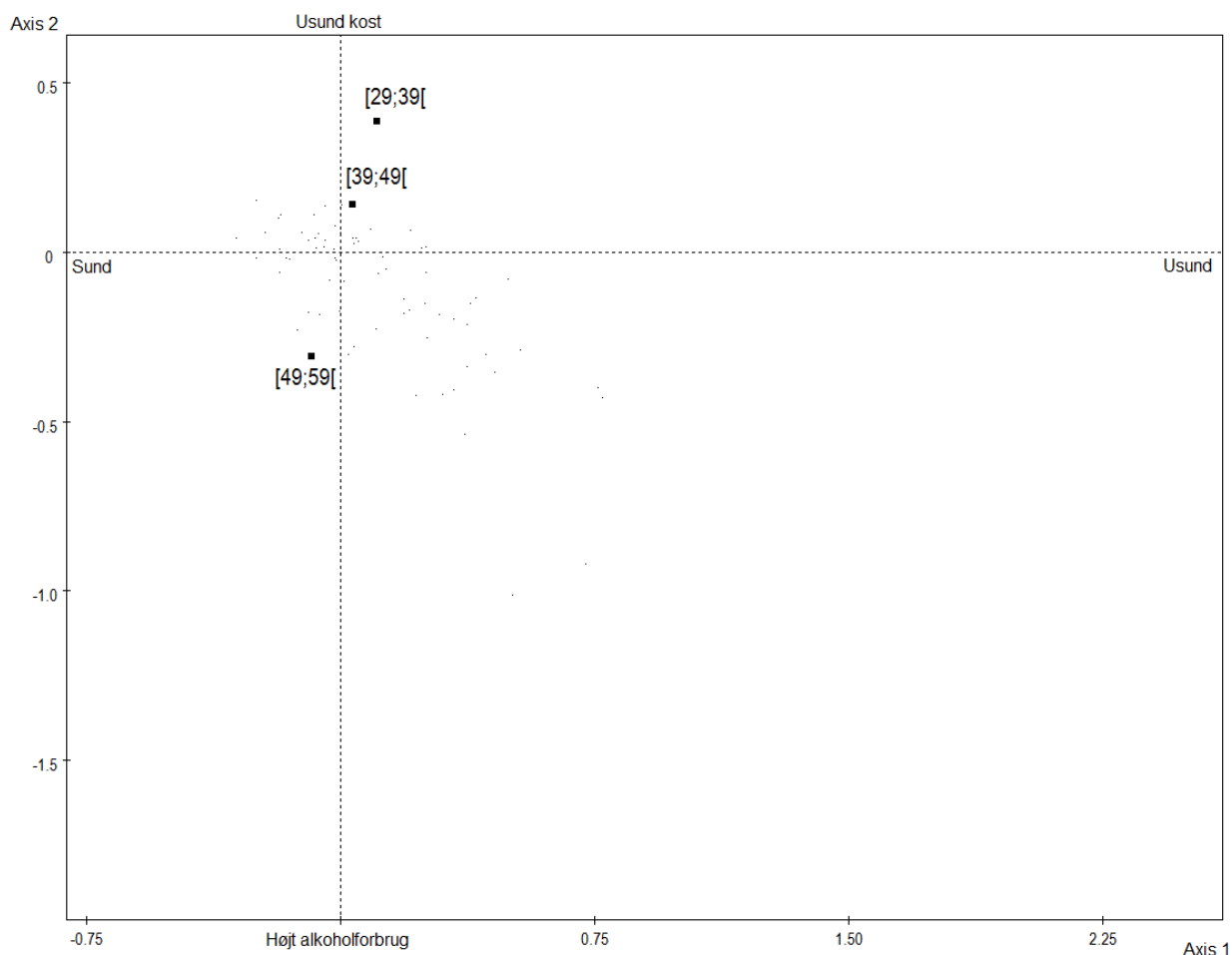
Hvor 1. principalakse skelner mellem den sunde og den usunde livsstil, kan man ud fra 2. principalakse derimod undersøge, om det overvejende er gennem alkoholforbruget eller gennem deres spisevaner, de er usunde.

5.2.4. Uddybende analyse af det sundhedsrelaterede livsstilsrum

Overstående er en analyse af det Bourdieu betragter som det symbolske rum, som i nærværende analyse kaldes det sundhedsrelaterede livsstilsrum. For at kunne uddybe analysen af dette sundhedsrelaterede livsstilsrum er det valgt at inddrage supplementære variabler for herigennem at undersøge, hvilke variabler der er afgørende for uligheden i sundhedsrelateret livsstil samt konsekvenserne af denne ulighed. Den uddybende analyse vil udelukkende inkludere supplementære variabler, som er betydningsfulde for fundene for 1. og 2. principalakse. Hvis supplementærvARIABLENE er betydningsfulde for 1. og 2. principalakse skal der være afstand mellem kategorierne. En afstand på 0,5 eller større betegnes som moderat, hvor en afstand mellem to kategorier på 1,0 eller større betegnes som stor. Hvis afstanden

mellem to kategorier således er mindre end 0,5, er den ubetydelig for placeringen langs 1. og 2. principalakse (Le Roux & Rouanet 2010:59).

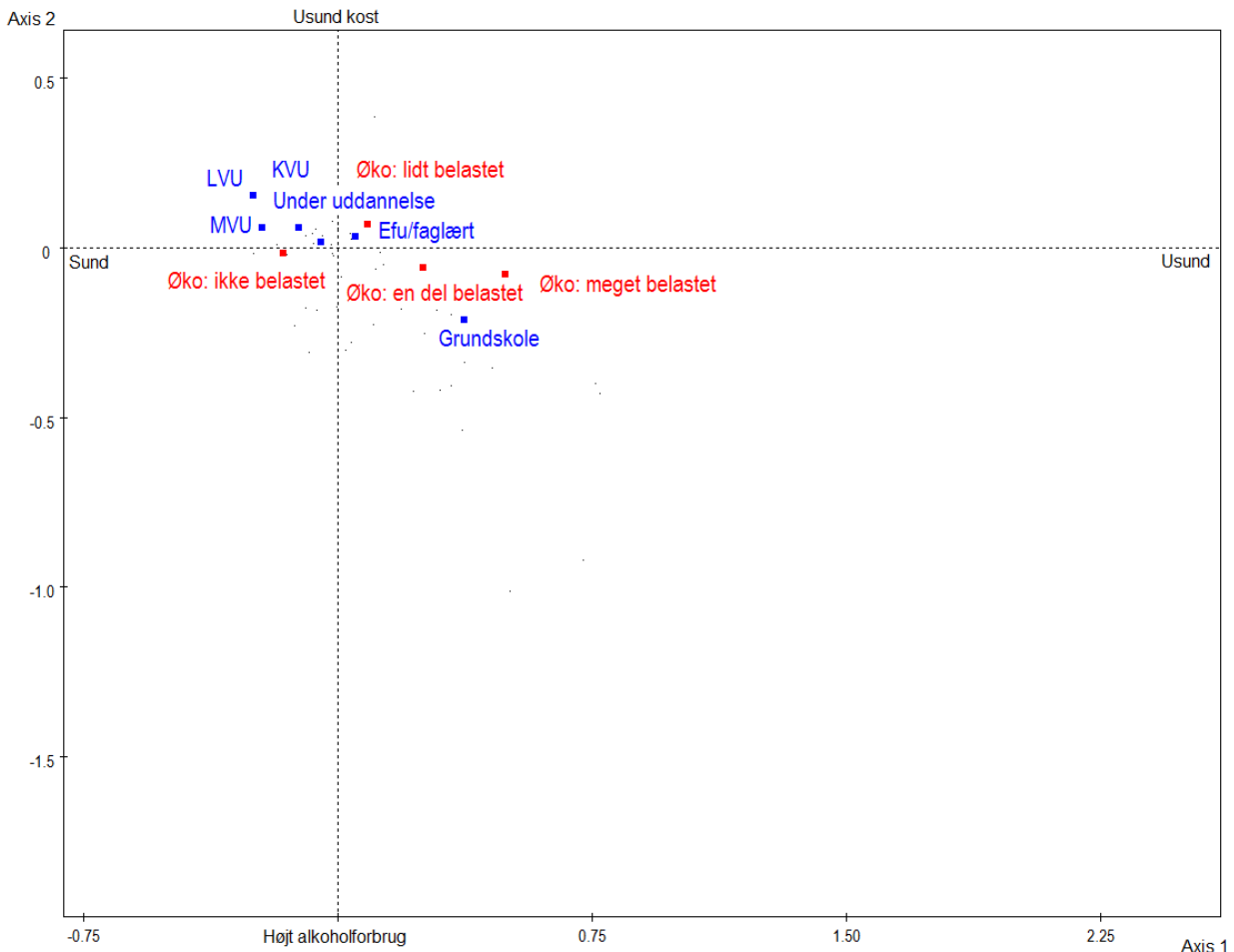
Figur 5.4. Sociale baggrundsfaktorer



Figur 5.4. synliggør de sociale baggrundsfaktoreres betydning for 1. og 2. principalakser. Den eneste variabel, som besidder en stor nok afstand mellem kategorierne, er alder. Aktørernes køn og civilstatus er således ikke afgørende for deres placering i det sundhedsrelaterede livsrum.

Aktørernes alder er afgørende for deres placering langs 2. principalakse, idet afstanden mellem aktørerne i 30'erne og aktørerne i 50'erne er over 0,5 langs denne principalakse. Den moderate afstand mellem kategorierne er således betydningsfyld for det sundhedsrelaterede livsrum. De yngre aktører, som er placeret i det sundhedsrelaterede livsrum's øvre halvdel, besidder således nogle usunde kostvaner, hvor de ældre aktører er placeret nederst i det sundhedsrelaterede livsrum og besidder således nogle usunde alkoholvaner. Aktørernes alder er dermed afgørende for, hvilken slags usund livsstil de fører.

Figur 5.5. Kapital



Figur 5.5. synliggør, at det udelukkende er aktørernes kulturelle og økonomiske kapital, der er afgørende for deres placering i det sundhedsrelaterede livsstilrum. Mængden af social kapital er således ikke afgørende for aktørernes sundhedsadfærd.

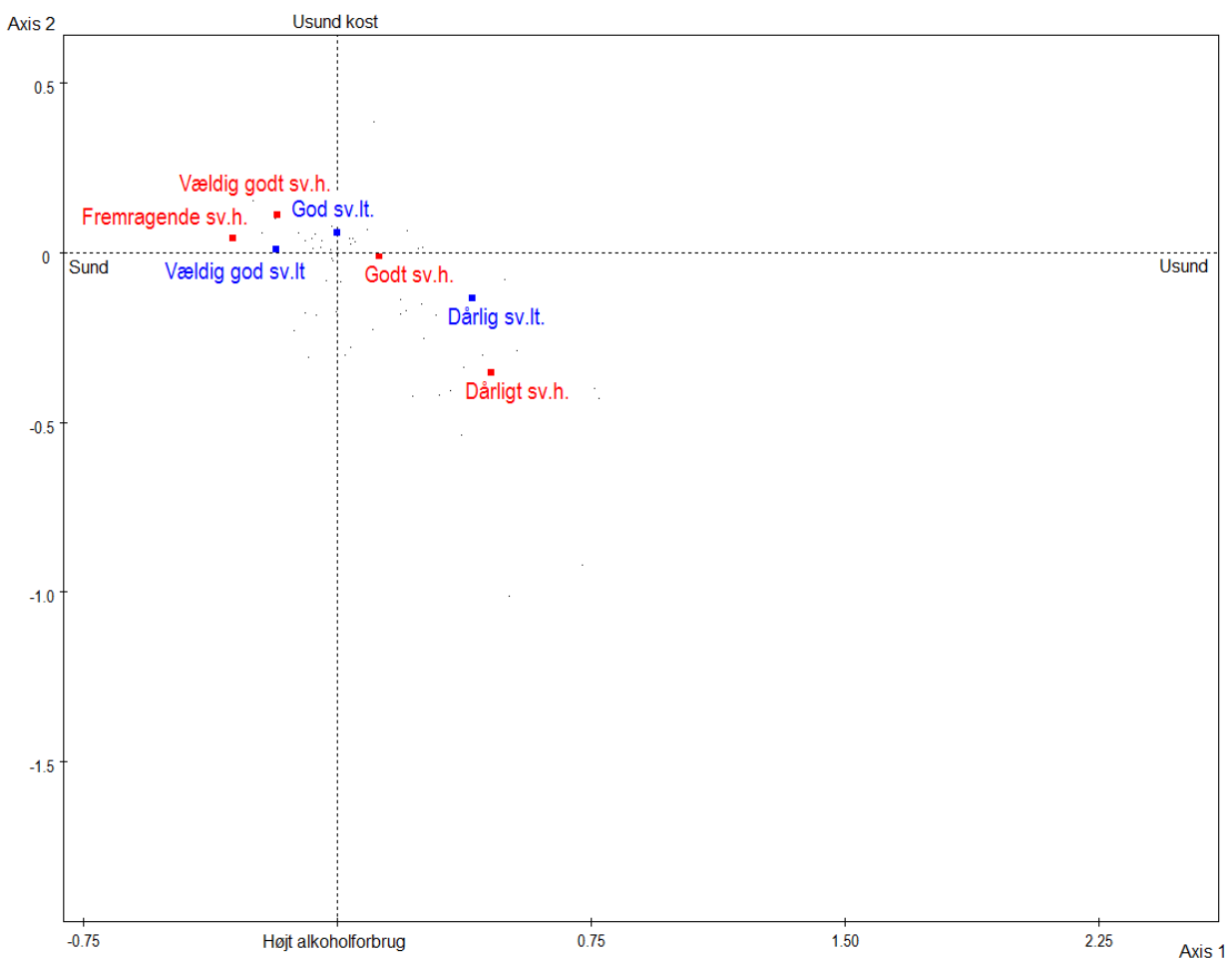
Det kan ud fra figur 5.5. udledes, at der er en moderat afstand mellem aktørerne, der ikke er belastet af deres økonomi og de aktører, der er en del eller meget belastet langs 1. principalakse. Aktører, som ikke er belastet af deres økonomi, er placeret i det sundhedsrelaterede livsstilsrumms venstre side og har således en sund livsstil, mens aktører som i mere eller mindre grad føler sig belastet af deres økonomi er placeret i højre side af livsstilsrummet og besidder således en usund livsstil. Aktørernes økonomi er således afgørende for deres placering langs 1. principalakse og dermed deres samlede sundhedsniveau. Aktørernes uddannelsesniveau er ligeledes afgørende for deres placering langs 1. principalakse og dermed deres samlede sundhedsniveau. Afstanden mellem grundskole og mellemlang samt lang videregående uddannelse er moderat langs 1. principalakse. Det kan dermed konstateres, at højt uddannede aktører er placeret i venstre side i det sundhedsrelaterede livsstilsrum og besidder en sund livsstil, mens kortere

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

uddannede aktører er placeret i det sundhedsrelaterede livsstilsrums højre side og besidder en usund livsstil. Aktørernes uddannelsesniveaue er således afgørende for deres placering langs 1. principalakse.

Det kan således konstateres, at aktører, der besidder en høj mængde kapital, fører en sund livsstil, mens aktører, hvis kapitalmængde er mere begrænset, fører en usund livsstil. Det kan således konkluderes, at der er homologi mellem aktørernes kapitalmængde og deres sundhedsrelaterede livsstil.

Figur 5.6. Selvvurderet helbred og livstilfredshed



Figur 5.6. synliggør aktørernes selvvurderede helbreds- og selvvurderede livstilfredsheds placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, og det kan herudfra udledes, at borgernes sundhedsrelaterede livsstil både er afgørende for det selvvurderede helbred og selvvurderende livstilfredshed. Der er en moderat afstand mellem et dårligt selvvurderet helbred og et fremragende samt et vældig godt selvvurderet helbred langs 1. principalakse. Ligeledes er der en moderat afstand mellem en dårlig selvvurderet livstilfredshed og en vældig god selvvurderet livstilfredshed langs 1. principalakse. Aktører med en dårlig selvvurderet livstilfredshed og et dårligt selvvurderet helbred er placeret i det sundhedsrelaterede livsstilsrums højre side og besidder en usund livsstil, hvor aktører med et fremragende eller vældigt godt selvvurderet helbred

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

og en vældig god selv vurderet livstilfredshed er placeret i rummets venstre side og besidder en sund livsstil. Der er således sammenhæng mellem borgernes sundhedsrelaterede livsstil og deres selv vurderede livstilfredshed og selv vurderede helbred – aktører med en sund livsstil vurderer selv, at deres livstilfredshed er vældig god, og at deres helbred er fremragende eller vældig godt.

Ud fra denne multiple korrespondanceanalyse kan det opsummerende konstateres, at nordjydernes kapitalmængde har en afgørende indflydelse på deres sundhedsrelaterede livsstil. Venstre side af det sundhedsrelaterede livsstilsrum er domineret af nordjyder med en sund livsstil, hvor højre side derimod er domineret af nordjyder med en usund livsstil. I tillæg hertil kan det ud fra de supplementære variable konstateres, at de sunde nordjyder i venstre side af det sundhedsrelaterede livsstil rum både har en høj mængde økonomisk og kulturel kapital, mens de usunde nordjyder i det sundhedsrelaterede livsstilsrums højre side har en mere begrænset økonomisk og kulturel kapital. Nærværende multiple korrespondanceanalyse bekræfter således, at mængden af kapital er afgørende for den sundhedsrelaterede livsstil. Jo større borgernes kapitalmængde er, desto sundere er deres livsstil. Nordjydernes forskellige kapitalmængde resulterer således i en ulighed i den sundhedsrelaterede livsstil. Nordjydens placering i det sociale rum påvirker således borgerens sundhedsadfærd og dermed placeringen i det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Bourdieus anskuelse omkring homologi mellem borgernes sociale position og deres sundhedsadfærd kan således bekræftes. Nordjydens sociale position og sundhedsadfærd er forskellige sider af virkeligheden, og skal behandles som selvstændige enheder, dog er disse to enheder gensidigt afhængige af hinanden. Med Bourdieus teoretiske perspektiv i baghovedet kan der argumenteres for, at det er nordjydernes habitus, som fungerer som bindeled mellem deres sociale position og deres sundhedsadfærd. De valg, som sker i forbindelse med nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil, bør således ikke ansues som bevidste til- og fravalg, men nærmere som en konsekvens af deres socialisering og miljø. Det er således nordjydernes livsvilkår og erfaringer, som konstruerer rammerne for deres sundhedsadfærd. Ydermere kan det konstateres, at nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil er afgørende for deres selv vurderede helbred og selv vurderede livstilfredshed. Det er specielt sammenhængen mellem nordjydernes livstilfredshed og sundhedsrelaterede livsstil, som findes interessant. Herudfra kan det konstateres, at sunde borgere, som er placeret i livsstilsrummets venstre side, har en tilbøjelighed til at vurdere deres livstilfredshed som værende vældig god, mens usunde borgere, som er placeret i livsstilsrummets højre side, har en tilbøjelighed til at vurdere deres livstilfredshed som værende dårlig. Det kan således konstateres, at der er en sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvilket bekræfter den allerede eksisterende litteratur og forskning. Sunde borgere er mere tilbøjelig til at have en god livskvalitet. Men falsificerer dette hypotesen om, at der eksisterer lykkelige nordjyder med en usund livsstil? For at analysere den præcise sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet,

er næste trin i besvarelsen af problemformuleringen en bivariat analyse, som netop synliggør disse præcise forhold.

5.3. Bivariat analyse

For at kunne identificere den præcise sammenhæng mellem nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet, er det fundet relevant at krydstabulere deres sundhed med deres livskvalitet.

Borgernes sundhed måles ud fra deres placering langs 1. principalakse fra den multiple korrespondance-analyse, som opsummerer deres samlede sundhedsniveau ud fra 9 variabler omhandlende KRAM-faktorerne. Ud fra 1. principalakse konstrueres der en ordinalskaleret variabel med tre kategorier;

- Første kategori rummer de 33,3% nordjyder, som er placeret yderst til højre på 1. principalakse, hvis livsstil er usund
- Anden kategori rummer de 33,3% nordjyder, som er placeret i midten på 1. principalakse, hvis livsstil både er sund og usund – altså middel
- Tredje kategori rummer de 33,3% nordjyder, som er placeret yderst til venstre på 1. principalakse, hvis livsstil er sund

Resultatet af krydstabuleringen af nordjydernes sundhed og livskvalitet kan aflæses i tabel 5.15.

Tabel 5.14. Krydstabel over sundhed og livskvalitet

	Vældig livstilfredshed	god livstilfredshed	God livstilfredshed	Dårlig livstilfredshed	Total
Sund	46,5%		42,4%	11,1%	100%
Middel	39,5%		46,5%	14,1%	100%
Usund	31,5%		44,4%	24,1%	100%
Total	39,2%		44,4%	16,4%	100%

Det kan ud fra tabel 6.15. konstateres, at 46,5% af nordjyderne med en sund livsstil vurderer, at de har en vældig god livstilfredshed, mens 31,5% af nordjyderne med en usund livsstil vurderer, at de har en vældig god livstilfredshed. Der er således 15 procentpoint flere sunde borgere end usunde borgere, som vurderer deres livstilfredshed som værende vældig god, hvorfor der synes at være en positiv sammenhængen mellem sundhed og livskvalitet.

Tabel 5.15. χ^2 og gamma test

	Værdi	Signifikansniveau
χ^2	252,045	0,000
Gamma	0,218	0,000

χ^2 testen resulterer i en relativ høj X^2 værdi, hvilket indikerer, at variablerne er afhængige. Samtidig er signifikansniveau acceptabel, hvorfor denne afhængighed med 95% sikkerhed kan generaliseres til alle

nordjyder.

Gammakorrrelationskoefficienten er 0,218, hvilket indikerer, at der er en moderat sammenhæng mellem sundhed og livskvalitet. Gammakorrrelationskoefficienten er positiv, hvilket betyder, at sammenhængen ligeledes er positiv. Jo sundere man er, desto højere er ens livstilfredshed. Signifikansniveauet for denne gammatest er ligeledes acceptabel, og resultatet kan med 95% sikkerhed generaliseres.

Det kan således ud fra denne bivariate analyse opsummeres, at der eksisterer en positiv sammenhæng mellem sundhed og livskvalitet. Jo sundere nordjydernes livsstil er, desto højere vurderer de deres livstilfredshed. Disse resultater stemmer overens med resultaterne fra den multiple korrespondanceanalyse, dog kan det ud fra denne bivariate analyse udledes, at 31,5% af de usunde nordjyder har en høj livskvalitet, idet de selv vurderer, at deres livstilfredshed er vældig høj. Så på trods af en positiv sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, kan det dokumenteres, at knap hver tredje nordjyde med en usund livsstil har en høj livskvalitet. Det er således muligt at føre en usund livsstil og stadig være lykkelig. For at forstå dette, bør det undersøges nærmere!

5.4. Ordinal logistisk regressionsanalyse

De tidligere to kvantitative analyser synliggør, at der eksisterer en sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Dog har knap hver tredje nordjyde en usund livsstil og en vældig god livstilfredshed, hvorfor det kan udledes, at borgernes livskvalitet er afgjort af mere end blot deres sundhedsrelaterede livsstil. Derfor er det valgt at udføre en regressionsanalyse, for herigennem at kontrollere for andre faktorerens betydning for livskvaliteten.

Med Kajandis livskvalitetsmodel i ryggen er der valgt at kontrollere for borgerens ydre livsvilkår – altså uddannelse samt belastninger fra henholdsvis borgerens arbejde, økonomi og boligsituation. Ligeledes kontrolleres der for betydningen af borgerens mellem menneskelige forhold – altså kontakten med venner og familie, samt om borgeren er tilfreds med mængden af kontakt. Yderligere kontrolleres der for den indre psykologiske tilstand – altså hvor ofte borgerne føler sig rolige og afslappede samt trist til mode. Der kontrolleres ligeledes for køn og alderens betydning for livskvaliteten.

Resultaterne fra den ordinale logistiske regressionsanalyse er præsenteret i tabel 5.16. Model 1 er resultaterne for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livstilfredshed, mens model 2 er resultaterne for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livstilfredshed, når kontrolvariablerne inkluderes. Indledningsvis kan det dog konstateres, at testen af parallelle linjer – hvor nulhypotesen er, at linjernes hældning er ens, og regressionskoefficienterne dermed er ens hen over respondentkategorierne – er signifikant både for model 1 og model 2. Testen af parallelle linjer er således

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

ikke acceptabel, dog forkastes modellerne ikke, da store stikprøver – som nærværende – ofte resulterer i signifikante test af parallelle linjer. Der kræves dermed flere beviser, før modellerne forkastes (Lolle 2013:1).

Tabel 5.16. Ordinal logistisk regressionsanalyse: Odds-ratio

	Model 1	Model 2
Sundhedsrelateret livsstil (Ref. Usund)		
Sund	2,092*** (1,896-2,307)	1,550*** (1,380-1,740)
Middel	1,590*** (1,442-1,752)	1,322*** (1,183-1,477)
<i>Kontrolvariabler</i>		
Køn (Ref. Mænd)		
Kvinder		1,108* (1,010-1,215)
Alder (Ref. [49-59])		
[29-39[1,239** (1,094-1,402)
[39-49[1,003 (0,931-1,146)
Uddannelse (Ref. Lang videregående uddannelse)		
Under uddannelse		1,017 (0,780-1,327)
Grundskole		0,813* (0,664-0,994)
Erhvervsfaglig uddannelse		0,895 (0,753-1,065)
Kort videregående uddannelse		0,861 (0,694-1,065)
Mellemlang videregående uddannelse		0,912 (0,759-1,096)
Belastet af økonomien (Ref. Meget belastet)		
Ikke belastet		2,034*** (1,644-2,514)
Lidt belastet		1,426** (1,154-1,763)
En del belastet		1,117 (0,934-1,483)
Belastet af boligsituationen (Ref. Meget belastet)		
Ikke belastet		1,912*** (1,560-2,308)
Lidt belastet		1,372** (1,093-1,723)
Belastet af arbejdet (Ref. Meget belastet)		
Ikke belastet		3,040*** (2,512-3,680)
Lidt belastet		2,175*** (1,797-2,663)
En del belastet		1,556*** (1,261-1,919)
Kontakt med familie (Ref. Sjældnere)		
Dagligt		1,420** (1,132-1,782)
Ugentligt		1,183 (0,949-1,474)

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

Månedligt	1,190 (0,940-1,505)
Kontakt med venner (Ref. Sjældnere)	
Dagligt	1,479*** (1,207-1,790)
Ugentligt	1,385*** (1,156-1,662)
Månedligt	1,362** (1,127-1,645)
Tilfreds med mængden af kontakt (Ref. Utilfreds)	
Tilfreds	1,505*** (1,359-1,645)
Føler du dig rolig og afslappet (Ref. Aldrig)	
Det meste af tiden	4,904*** (3,411-7,057)
Lidt af tiden	1,887*** (1,314-2,713)
Føler du dig trist til mode (Ref. Aldrig)	
Det meste af tiden	0,111***(0,087-0,137)
Lidt af tiden	0,336***(0,303-0,373)
Nagelkerke	0,029 0,366

* = signifikansniveau < 0,05, ** = signifikansniveau < 0,01, *** = signifikansniveau < 0,001

Det kan ud fra model 1 i tabel 5.16. udledes, at nordjyder med en sund livsstil har 2,092 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end nordjyder med en usund livsstil. Den tidligere påviste sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet påvises således endnu engang. Borgere med en sund livsstil er mere tilbøjelig til at have en høj livskvalitet end borgere med en usund livsstil. Dog kan det ud fra model 2 i tabel 5.16. konstateres, at denne signifikante sammenhæng falder en smule, når der kontrolleres for køn, alder, ydre livsvilkår, mellemmenneskelige relationer samt den indre psykologiske tilstand, idet nordjyder med en sund livsstil herefter blot har 1,550 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end nordjyderne med en usund livsstil. Den sundhedsrelaterede livsstil har således delvis medierende effekt på sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, dog kan det konstateres, at den sundhedsrelaterede livsstil stadig har en del af forklaringskraften for uligheden i livstilfredsheden og har således en selvstændig betydning for livstilfredsheden.

Model 2 i tabel 5.16 synliggør yderligere en signifikant sammenhæng mellem køn og livstilfredshed, idet kvinder har 1,108 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end mænd, ligesom alder har en signifikant betydning for livstilfredsheden, da stikprøvens yngste borgere har 1,239 gange større chance for en god livstilfredshed end stikprøvens ældste borgere. Disse to baggrundsfaktorer er således afgørende for uligheden i livstilfredsheden.

Kapitel 5: Kvantitativ analyse

I forhold til de ydre livsvilkår kan det konstateres, at uddannelsesniveaet overraskende ikke er afgørende for livstilfredsheden, idet resultaterne ikke er signifikante. Dog kan det med 95% sikkerhed konstateres, at borgere med en grundskoleuddannelse har 0,813 gange mindre chance for en vældig god livstilfredshed end borgere med en lang videregående uddannelse. Belastninger i forhold til økonomi, boligsituation og arbejde er derimod signifikant afgørende for livstilfredsheden. Nordjyder, som ikke er belastet af deres økonomi, har 2,034 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end nordjyder, som er meget belastet af deres økonomi. Ligeledes har borgere, som ikke er belastet af deres boligsituation 1,912 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, som er meget belastet af deres boligsituation. Ligesom borgere, der ikke er belastet af deres arbejde, har 3,040 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, som er meget belastet af deres arbejde. Belastninger i forhold til de ydre livsvilkår er således afgørende for uligheden i livstilfredshed.

I forhold til de mellem menneskelige relationer kan det udledes, at der er en signifikant sammenhæng mellem daglig kontakt med familien og livstilfredsheden. Borgere, som dagligt er i kontakt med deres familie, har 1,420 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, der sjældnere end månedligt er i kontakt med familien. Yderligere er der en signifikant sammenhæng mellem kontakt med venner og livstilfredsheden. Nordjyder, som dagligt er i kontakt med venner har 1,479 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end nordjyder, der er i kontakt med venner sjældnere end månedligt. Yderligere kan det konstateres, at borgere, som er tilfredse med mængden af kontakt, har 1,505 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, som er utilfredse med mængden af kontakt. Det sociale netværk – og mængden af social kapital – er således afgørende for mængden af livstilfredshed. I forhold til den indre psykologiske tilstand kan det konstateres, at borgere, som det meste af tiden føler sig rolig og afslappede, har 4,904 gange større chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, som aldrig føler sig rolige og afslappede. Borgere, som derimod det meste af tiden føler sig trist til mode, har 0,111 gange mindre chance for en vældig god livstilfredshed end borgere, som aldrig føler sig trist til mode. Den indre psykologiske tilstand, som i nærværende tilfælde udelukkende inkluderer to faktorer, er således yderst afgørende for borgernes livstilfredshed.

Når der analyseres på regressionsanalysens nagelkerke, kan det konstateres, at model 1 har en nagelkerke på 0,029, mens model 2 har en nagelkerke på 0,366, hvorfor model 2 har en væsentlig større forklaringskraft for variationen i livstilfredsheden end model 1. Isoleret set har den sundhedsrelaterede livsstil således ikke særlig stor forklaringskraft for uligheden i livstilfredsheden, men når overstående kontrolvariabler inkluderes, er forklaringskraften i forhold til den totale variation i livstilfredsheden markant bedre.

Det kan således opsummerende konstateres, at både de ydre livsvilkår, de mellem menneskelige relationer samt den indre psykologiske tilstand er afgørende for nordjydernes livstilfredshed. Nærværende analyse påpeger i særdeleshed vigtigheden af den indre psykologiske tilstand.

På trods af den dokumenterede sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livstilfredshed, synliggør overstående regressionsanalyse således den sundhedsrelaterede livsstils minimale forklaringskraft for uligheden i livstilfredshed. En sund livsstil er således ikke altafgørende for en vældig høj livstilfredshed.

5.5. Opsamling på den kvantitative analyse

Det kan ud fra de tre overstående kvantitative analyser konkluderes, at der eksisterer en positiv sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Jo sundere borgerne er, desto større er chancen for, at de vurderer deres livstilfredshed som virkelig god.

Med Bourdieus teoretiske perspektiv kan det udledes, at borgerens kapitalmængde er afgørende for deres sundhedsrelaterede livsstil, idet den forskellige kapitalmængde resulterer i en ulighed i sundhedsrelateret livsstil. Denne ulighed i sundhedsrelateret livsstil resulterer endvidere i en ulighed i livstilfredsheden, idet sundere borgere er lykkeligere. Dog kan det dokumenteres, at knap hver tredje usunde nordjyde er virkelig tilfreds med livet, hvorfor det kan konkluderes, at der er flere faktorer end blot den sundhedsrelaterede livsstil, som er afgørende for livstilfredsheden.

Med viden om Kajandis brede livskvalitetsmodel har det været muligt at påvise, at de ydre livsvilkår, de mellem menneskelige relationer samt den indre psykologiske tilstand er afgørende for uligheden i nordjydernes livstilfredshed, ligesom køn og alder er. Herudfra kan det konkluderes, at på trods af den sundhedsrelaterede livsstils selvstændige effekt på livskvaliteten, er der flere afgørende faktorer, som ligeledes skaber en ulighed i livskvaliteten.

Som supplement til disse kvantitative fund udføres der en uddybende kvalitativ analyse, hvis formål er at analysere på borgernes egne holdninger og meninger om sammenhængen mellem deres sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet. Det er således ambitionen at kombinere den kvantitative analyses blik udefra med et blik indefra gennem den kvalitative analyse baseret på fokusgruppinterviews.

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

6.1. Analyseforberedelse

6.1.1. Udvælgelse og indsamling af informanter

Empirien til denne kvalitative analyse indsamles gennem to fokusgruppeinterviews. Informanterne til disse fokusgruppeinterviews skal være bosat i Region Nordjylland samt være mellem 30 og 60 år, så de dermed falder ind under specialets population. Yderligere er det afgørende, at alle informanter er virkeligt tilfredse med livet. Dernæst er deres sundhedsrelaterede livsstil afgørende. Der skal udføres et fokusgruppeinterview med informanter, som i overvejende grad har en sund livsstil og et fokusgruppeinterview med informanter, som i overvejende grad har en usund livsstil. Internt ligner grupperne således hinanden så meget som muligt, og eksternt er grupperne således så forskellige som muligt. Ambitionen med kommende kvalitative analyse er at udføre en komparativ analyse af sunde informanters opfattelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet samt usunde informanters opfattelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Det kan ud fra den multiple korrespondanceanalyse konstateres, at de sunde borgere er mere privilegerede end de usunde borgere, idet de besidder mere økonomisk og kulturel kapital. Ligeledes kan det ud fra den ordinale logiske regressionsanalyse udledes, at privilegerede borgere har en større sandsynlighed for at have en virkelige høj livstilfredshed end mindre privilegerede borgere, da borgere med gode ydre livsvilkår, gode mellem menneskelige relationer og en god indre psykologisk tilstand har en større sandsynlighed for en virkelige god livstilfredshed end borgere med mindre gode ydre livsvilkår, mindre gode mellem menneskelige relation og en mindre god indre psykologisk tilstand. Det kan derfor konstateres, at sunde borgere og lykkelige borgere er mere privilegeret end usunde borgere og ulykkelige borgere. Da informantindsamlingen i forvejen har voldt problemer, har jeg måttet opgive at tage højde for informanternes sociale baggrund under rekrutteringen, da ingen af mine potentielle informanter lever op til alle kravene. Idet der ikke tages højde for den sociale baggrund, vil Bourdieus teoretiske forståelsesramme have begrænset relevans i denne kvalitative analyse, da han netop kan benyttes til at forklare uligheden i sundhed. Kommende kvalitative analyse vil således primært være en empirisk analyse, dog vil Kajandis livskvalitetsmodel strukturere og simplificere den kvalitative empiri.

Til indsamlingen af informanter til de to fokusgruppeinterviews er der blevet udformet et opslag, hvis formål netop er at rekruttere informanter. I dette opslag er kravene til informanterne opstillet. Bevidst er der ikke angivet, at informanterne skal have en *sund* eller en *usund* livsstil. De to livsstilstyper er derimod

beskrevet ud af deres sundhedsadfærd. På denne måde er ingen af de sundhedsrelaterede livsstile oplagt mere efterstræbelsesværdige end andre. Dette opslag fremgår af bilag 3.

Ifølge Bryman er en af de største udfordringer med fokusgruppeinterviews informanter, som indvilliger i at deltage, men som ikke møder op (Bryman 2008:479). For at minimere antallet af no-shows er der valgt at indsamle informanter gennem mit netværk. Det er ikke intentionen, at informanterne skal være en del af mit netværk, men derimod være i relation til personer fra mit netværk. Informanterne til disse to fokusgruppeinterviews og jeg kender således ikke hinanden, men har en fælles bekendt, hvilket øjensynligt har indflydelse på antallet af no-shows.

Bryman argumenterer for, at et fokusgruppeinterview typisk har 6 – 10 informanter (Bryman 2008:479). Det har ikke været muligt at indsamle så mange informanter til nærværende fokusgruppeinterviews, derfor bliver der udført et fokusgruppeinterview med to informanter med en usund livsstil samt et fokusgruppeinterview med tre informanter med en sund livsstil. Det er naturligvis efterstræbelsesværdigt at udføre fokusgruppeinterviews med flere informanter.

6.1.2. Interviewguide og interviewstrategi

For at kunne udføre en komparativ analyse ud fra de to fokusgruppeinterviews er interviewguiden og interviewstrategien identisk for begge fokusgruppeinterviews.

Idet fokusgruppeinterviewene opbygges omkring tragtmodellen, er det intentionen at starte fokusgruppeinterviewet med at stille informanterne fire brede og åbne spørgsmål for herigennem at indsamle ny viden omkring informanternes holdninger og meninger omkring sundhed og livskvalitet og sammenhængen herimellem. Herefter bliver informanterne bedt om at udfylde et kort spørgeskema omkring deres sundhedsrelaterede livsstil, hvorudfra informanterne kan placeres i det sundhedsrelaterede livsstilsrum og dermed sammenkobles resultaterne fra den kvantitative og kvalitative analyse. Yderligere skal spørgeskemaet også benyttes til at indsamle viden om informanternes kapitalmængde samt deres ydre livsvilkår, mellemmenneskelige relationer og deres indre psykologiske tilstand, hvilket ikke nødvendigvis bør tages op i et offentligt forum. Fokusgruppeinterviewene har således et omfattende mundtligt element samt et supplerende skriftligt element.

Det omfattende mundtlige element struktureres ved hjælp af en åben og løs interviewguide, som består af fire spørgsmål.

Først er det intentionen af få hver informant til at nedskrive 5 faktorer, som er afgørende for deres livskvalitet, hvorefter informanterne skal diskutere, hvad livskvalitet er, og hvad der er afgørende for

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

livskvalitet ud fra disse 5 nedskrevne faktorer. Formålet med dette er at få afklaret, hvad informanterne lægger vægt på i forhold til deres livskvalitet.

Dernæst skal informanterne beskrive 1-2 eksempler på kostvaner, drikkevaner, rygevaner eller motionsvaner, som enten har en positive eller negativ betydningen for livskvaliteten. Herigennem får informanterne diskuteret sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, og hvordan den sundhedsrelaterede livsstil henholdsvis kan have en positiv eller negativ indflydelse på livskvalitet. Efterfølgende skal informanterne angive, om de gør sig nogle kortsigtede eller langsigtede overvejelser, som er afgørende for deres sundhedsrelaterede livsstil, og slutteligt skal informanterne diskutere konsekvenser af disse kortsigtede og langsigtede livsstilsovervejelser for deres livskvalitet.

Interviewguiden og det supplerende spørgeskema fremgår af bilag 4 og bilag 5.

6.2. Analyse af fokusgruppeinterviews

Den kvalitative analyse starter ud med en præsentation af informanterne og deres placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Efterfølgende vil der forekomme en analyse af, hvad der er afgørende for informanternes livskvalitet, og slutteligt vil der forekomme en komparativ analyse af informanternes meninger omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvor det analyseres, hvilken indflydelse deres kostvaner, motionsvaner, alkoholvaner og rygevaner har på deres livskvalitet. Det komparative element bringes således udelukkende i spil under analysen af informanternes meninger omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Bourdieu argumenterer for, at aktørernes synspunkter er afgjort ud fra det punkt de ser fra, hvorfor der kan argumenteres for, at borgernes meninger og holdninger omkring sammenhængen mellem deres sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet er afgjort af deres placering i det sundhedsrelateret livsstilsrum. Det er derfor fundet relevant at lave en komparativ kvalitativ analyse af sunde borgers mening omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet samt usunde borgers mening omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvilket er formålet med denne kvalitative analyse.

6.2.1. Præsentation af informanter

Fem informanter er blevet interviewet gennem to fokusgruppeinterviews til nærværende kvalitative analyse og fremstilles under pseudonymerne Anders, Line, Bente, Carsten og Sarangan.

Alle fem informanter angiver, at de er virkelige tilfredse med livet, mens henholdsvis Anders, Line og Bente fører en sund livsstil, hvor Carsten og Sarangan fører en usund livsstil.

Anders er i 30'erne, han har en kæreste og en toårig datter og har en mellemlang videregående uddannelse. Han føler sig hverken belastet af sin økonomi eller boligsituation, men føler sig lidt belastet af sit arbejde. Han er ugentligt i kontakt med venner og familie, men kunne generelt godt tænke sig at være mere i kontakt. Han føler sig rolig og afslappet det mest af tiden, men er lidt af tiden trist til mode. Line er i 40'erne, hun har pt. ingen kæreste, men hun har to hjemmeboende børn. Line har en erhvervsfaglig uddannelse. Hun føler sig hverken belastet af sin økonomi, sit arbejde eller sin boligsituation. Hun er ugentligt i kontakt med sin familie, er dagligt i kontakt med hendes venner og er generelt tilfreds med mængden af kontakt. Hun føler sig rolig og afslappet lidt af tiden og trist til mode lidt af tiden, hvilket skyldes et brud med en kæreste.

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Bente er i 50'erne og har ingen kæreste, men har to udeboende børn. Hun har en erhvervsfaglig uddannelse. Hun er ugentligt i kontakt med venner og familie og er generelt tilfreds med mængden af kontakt. Hun føler sig for det meste af tiden rolig og afslappet og føler sig på intet tidspunkt trist til mode.

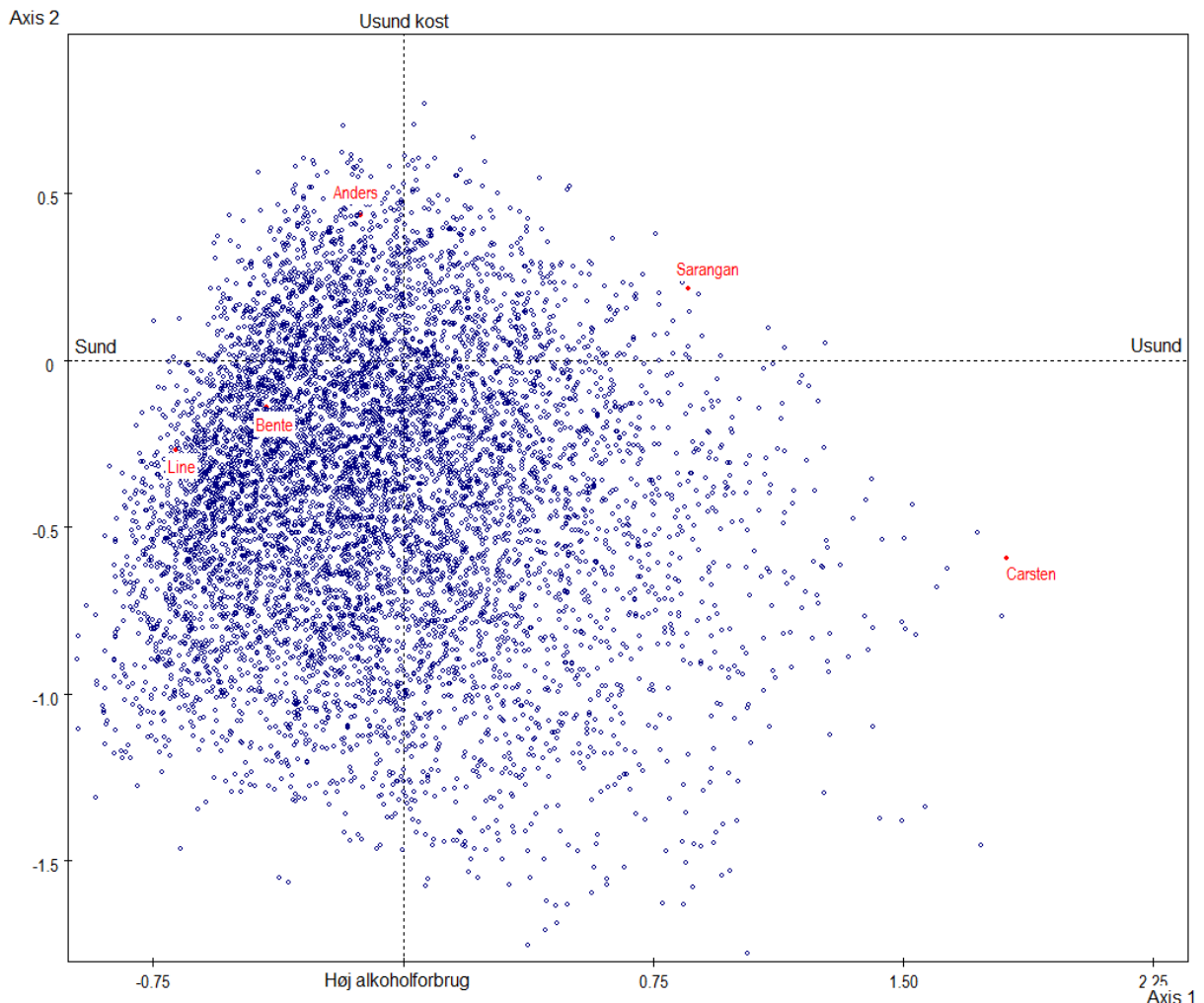
Carsten er i 30'erne, har en kæreste og er pt. universitetsstuderende. Han føler sig hverken belastet af sin økonomi, sit arbejde eller sin boligsituation. Han er dagligt i kontakt med venner og månedligt i kontakt med familien og kunne generelt godt tænke sig at være mere i kontakt. Han føler sig rolig og afslappet lidt af tiden og føler sig på intet tidspunkt trist til mode.

Sarangan er i 30'erne, han har en kæreste og to børn med en tidligere kæreste. Han har en lang videregående uddannelse. Han føler sig ikke belastet af sin økonomi eller boligsituationen, men føler sig meget belastet af sit arbejde. Han er dagligt i kontakt med venner og familie og er tilfreds med mængden af kontakt. Han føler sig lidt af tiden rolig og afslappet, og lidt af tiden føler han sig trist til mode.

For at sammenkoble den kvantitative og kvalitative analyse er der valgt at indsætte informanterne i det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Informanterne er indsat i den supplementære individualsky, som rummer de informanter, som er sorteret fra grundet deres alder eller antal ubesvarede spørgsmål.

Anders', Lines, Bentes, Carstens og Sarangans placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum – og dermed deres sundhedsrelaterede livsstil – er synliggjort i figur 6.1.

Figur 6.1. Informanternes placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum



Det kan ud fra figur 6.1. konstateres, at Anders, Line og Bente ligger i det sundhedsrelaterede livsstilsrums venstre side, hvor Carsten og Sarangan ligger i det sundhedsrelaterede livsstilsrums højre side. Anders, Line og Bente fører således en sund livsstil, mens Carsten og Sarangan fører en usund livsstil. Dette er ikke overraskende, da Anders, Line og Bente netop er blevet rekrutteret grundet deres sunde livsstil, mens Carsten og Sarangan er blevet rekrutteret grundet deres usunde livsstil.

Sarangans, som fører en usunde livsstil, mener ikke, at det er svært at føre denne livsstil i det samfund, vi lever i: *"Jeg har ikke nogen idealer om, hvordan det hele skal være i forhold til, hvad andre stiller af krav. Ikke for mit vedkommende. Jeg gør, hvad der passer mig bedst og ikke så meget, hvad samfundet siger"* (Bilag 7:8).

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Carsten lægger sig op ad Sarangans syn og udtaler følgende:

”Altså jeg kan godt mærke, hvad samfundsnormerne er, og jeg kan også godt mærke, at det jeg gør, det hører ikke derindunder. Oftest er jeg fuldstændig ligeglad. Men jeg kan godt få en dag, hvor jeg tænker: ”Nu skal jeg også til at spise sundt” eller ”Nu skal jeg også til at dyrke noget motion”, men så går det tilbage til ”Næ, det gider jeg faktisk ikke”” (Bilag 7:8).

Hverken Carsten eller Sarangan tillægger således ikke samfundsforventningerne til deres sundhedsrelaterede livsstil nogen større værdi, dog kan Carsten godt få dårlig samvittighed over hans livsstil:

”Den dårlig samvittighed skyldes helt og alene vennekredsen, man er i, der siger :”Skal du ikke til og i gang” Så det er på bekostning af, hvad mine nærmeste venner siger og gør, dette er ikke pga. medierne eller de ydre faktorer, men det er de nærværende faktorer, som spiller ind. Så det er på bekostning af det, at man får dårlig samvittighed, eller at man tænker ”Skulle man komme i gang”, og så igen, så hviler jeg så meget i mig selv, at jeg tænker ”Næ”. For mig er det ikke det, der er vigtigt. De ekstra 20 kilo jeg render rundt med, de generer mig ikke som sådan. Mig så påvirker det, hvilken person jeg er, fordi de 20 kilo ikke fysisk er en hindring for mig. Jeg har måske også et større mentalt overskud, end andre har, sådan fra start af. Så kan jeg sagtens håndtere det der med at spise en pose chips eller tre på en aften” (Bilag 7:10).

Sarangan og Carsten lader sig således ikke påvirke af ydre faktorer i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstil, men fører den livsstil de har lyst til.

På trods af at samfundet lægger op til en sund livsstil, føler både Anders, Line og Bente, som alle fører en relativ sund livsstil, at deres omverden til tider kan have svært ved at forstå deres fravalg i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstil. Anders, som lever efter Low Carb High Fat principperne, udtaler, at hans svigermor har svært ved at acceptere, at han ikke spiser kartofler, samtidig med hans kollager kommenterer hans frokost (Bilag 6:11). I hverdagen og på arbejdet føler Bente ikke, at der er udfordringer i forhold til hendes sundhedsrelaterede livsstil, men hendes gamle far og søster, som spiser traditionelt dansk mad, har sværere ved at forstå Bentes livsstil (Bilag 6:12). Ligeledes har Lines mor svært ved at forstå, hvorfor hun fravælger nybagt brød og andre fødevarerprodukter, som indeholder gluten, mens hendes veninder til tider er uforstående overfor hendes fravalg af alkohol, hvilket skyldes hendes intensive løbetræning (Bilag 6:5+11). Anders, Line og Bente føler således ikke altid, at deres familie, venner og kollegaer accepterer og forstår deres prioriteringer i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstil.

Det blev i den multiple korrespondanceanalyse synliggjort, at borgere i den venstre side af det sundhedsrelaterede livsstilsrum i overvejende grad besidder en høj mængde økonomisk og kulturel kapital, mens borgere i den højre side af det sundhedsrelaterede livsstilsrum i overvejende grad besidder en lavere mængde økonomisk og kulturel kapital, hvorudfra det kan konstateres, at privilegerede borgere er mere tilbøjelige til at føre en sund livsstil end mindre privilegerede borgere. Dette bekræfter mine fem informanter *ikke*, da både Bente og Line, som har en sund livsstil, har en erhvervsfaglig uddannelse, mens Carsten og Sarangan, som har en usund livsstil, har en lang videregående uddannelse. Ved disse fire borgere er der således ikke homologi mellem deres sociale position og deres sundhedsrelaterede livsstil, dog sættes der ikke spørgsmålstejn til den overordnede sammenhæng mellem den sociale position og sundhedsrelaterede livsstil, som blev dokumenteret i den kvantitative analyse, men det kan blot konstateres, at en høj mængde kulturel kapital ikke nødvendigvis medfører en sund livsstil.

6.2.2. Hvad er afgørende for livskvaliteten?

For at kunne deltage i fokusgruppeinterviewsene er det et kriterie, at deltagerne har en virkelig god livstilfredshed, og det kan således konstateres, at både Anders, Line, Bente, Carsten og Sarangan er virkelig tilfredse med livet, og de betragtes derfor som lykkelige.

Ifølge Kajandis livskvalitetsmodel kan det konstateres, at ens ydre livsvilkår, mellem menneskelige relationer og indre psykologiske tilstand er afgørende for livskvaliteten. Der er således både en objektiv og en subjektiv dimension.

Informanterne fik under fokusgruppeinterviewet til opgave at finde fem faktorer, de mener, er afgørende for deres livskvalitet. Det følgende vil være en analyse af informanternes afgørende faktorer for livskvaliteten i relation til Kajandis tredelte livskvalitetsmodel.

6.2.2.1. Ydre livsvilkår

Kajandi argumenterer for, at de ydre livsvilkår rummer de materielle ressourcer og dermed aktørens økonomi, bolig og arbejde. Ingen af de fem informanter tillægger disse ydre livsvilkår synderlig stor værdi. Det er udelukkende Line og Bente, som nævner, at deres arbejde er en af de fem afgørende faktorer for deres livskvalitet. Anders nævner at lave det, man brænder for, som en afgørende faktor for hans livskvalitet, hvilket øjensynligt kunne være hans arbejde (Bilag 6:1). De tre sunde informanter mener således, at deres arbejde er afgørende for deres livskvalitet, men nævner hverken deres økonomi eller boligsituation, mens Carsten og Sarangan overhovedet ikke nævner nogle ydre livsvilkår som værende afgørende for deres livskvalitet (Bilag 7:1).

6.2.2.2. Mellemmenneskelige relationer

Kajandi argumenterer for, at de mellemmenneskelige relationer rummer aktørernes nære relationer både med venner og familie. Modsat informanternes manglende fokus på de ydre livsvilkår kan det ud fra deres fem afgørende faktorer for deres livskvalitet konstateres, at de mellemmenneskelige relationer er særdeles vigtige for deres livskvalitet. Bente og Anders nævner begge familien som værende afgørende for deres livskvalitet, hvor Line både nævner hendes børn samt samvær og relationer (Bilag 6:1). Tre ud af Sarangans fem afgørende faktorer handler om disse mellemmenneskelige relationer, idet han både nævner familie, venner og det at være social (Bilag 7:1). Carsten har ligeledes et utrolig stort fokus på dette, da han både mener, at sociale relationer, som både inkluderer venner og familie, nærvær og kærlighed er afgørende for hans livskvalitet. Nærvær betyder for Carsten at være der for ens kammerater, og at de på samme måde er der for ham (Bilag 7:1). Sarangan supplerer og pointerer også, at det med at være der for andre er afgørende for hans livskvalitet (Bilag 7:2).

Alle fem informanterne mener således, at deres mellemmenneskelige relationer i høj grad er afgørende for deres livskvalitet.

6.2.2.3. Indre psykologisk tilstand

Kajandi argumenterer for, at den indre psykologiske tilstand rummer aktørens grundstemning af glæde samt deres selvopfattelse og dermed aktørernes personlige oplevelse af livet. Den indre psykologiske tilstand er således den subjektive dimension af livskvalitetsbegrebet, hvor de individuelle psykologiske behov skal tilfredsstilles, før aktørerne føler livet er godt og meningsfuldt. Anders nævner, at det er vigtigt for hans livskvalitet at have ro og balance og derigennem også at have overskud samt at være tilstede i nuet og ikke altid være på vej et sted hen (Bilag 6: 1). Anders udtaler:

“Vi kender vel alle sammen, når man er inde i en stresset periode, hvor man så tit er fokuseret på at komme et sted hen, eller få løst et eller andet eller gøre noget – i stedet for at suge det til sig, man står i. For mig er det også en ting med at få det bedste ud af det og så vende det til noget positivt i stedet for at fokusere på det negative” (Bilag 6: 2).

Line tillægger sig Anders' pointe og nævner ligeledes ro og det at være tilstede i nuet som værende afgørende for hendes livskvalitet, og hun argumenterer for, at hvis man konstant er på vej et nyt sted hen, så oplever man ikke noget, hvilket har en negativ indflydelse for livskvaliteten. Yderligere mener hun, ligeledes at motion er afgørende for hendes livskvalitet (Bilag 6:1). Både Line og Anders lægger således vægt på at være i nuet og se det positive i den pågældende situation, hvilket er en del af deres indre psykologiske tilstand.

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Bente mener, at det, at hun har mulighed for at gøre det, som hun har lyst til, er en afgørende faktor for hendes livskvalitet (Bilag 6:1). Hun nævner således ikke nogle specifikke psykologiske behov, som skal tilfredsstilles, før hun føler livet giver mening, men bare det at hun har muligheden for at gøre det, hun har lyst til, giver hende livskvalitet.

Sarangan nævner både aktivitet og afslapning som værende afgørende for hans livskvalitet. Til trods for hans overvejende usunde livsstil, nævner han, at aktivitet i form af fodbold har en positiv indvirkning på hans livskvalitet (Bilag 7:1). I forhold til hans fodboldstræning udtaler Sarangan:

”En ting er at komme ud og røre sig, noget andet er, at få clearet mindet – og det gør jeg i form af fodbold. Der tænker man ikke på arbejde eller andre problemer, man kunne have i hverdagen. Jeg har også skrevet socialt – der er også noget socialt i det, fordi vi har fodboldtræning, hvor vi får aftensmad og hygger efter træning. Så der er også noget hygge forbundet med fodboldtræning” (Bilag 7:1).

Sarangans fodboldtræning er således både afstressende, men medfører også et socialt element, hvor han hygger sig og spiser aftensmad med sine medspillere samtidig med, at han får motion. Yderligere nævner Sarangan, at afslapning i form af TV-kigning har en positiv indflydelse på hans livskvalitet, da det giver ham mulighed for at koble af (Bilag 7:1). Det er således kombinationen af aktivitet og afslapning i Sarangans liv, der medfører en positiv indre psykologisk tilstand, hvilket resulterer i en høj livskvalitet. For Casper er denne kombination ligeledes afgørende. Han nævner at have en hobby som værende afgørende for livskvaliteten samtidig med, at han påpeger, at det er vigtigt at være alene, da han mener, at det kan være anstrengende konstant at være sammen med andre mennesker til trods for, at han er utrolig social anlagt. Så kombinationen af at have noget at gå op i samt alenetid medfører ligeledes en positiv indre psykologisk tilstand hos Casper og dermed en høj livskvalitet. Yderligere nævner Casper tankegangen om, at alt nok skal gå. Han uddyber og siger, at det ikke er muligt at være glad, hvis man fokuserer på alt. Nogen ting bliver man nødt til at sige ”det går nok” til – eller i hvert fald satse på det (Bilag 7:1).

6.2.2.4. Opsummering

Opsummerende kan det ud fra overstående udledes, at nærværende analyses fem informanter ikke tillægger de ydre livsvilkår en særlig stor betydning i forhold til deres livskvalitet, idet kun tre nævner, at deres arbejde har en afgørende betydning for deres livskvalitet, mens ingen nævner deres økonomi eller boligsituation som værende afgørende. Dog bør det påpeges, at ingen af informanterne føler sig belastet af hverken deres økonomi eller boligsituation, hvilket *kan* være forklarende for dette manglende fokus. Derudover kan det konstateres, at alle informanter tillægger deres mellemmenneskelige forhold stor betydning i forhold til deres livskvalitet. Slutteligt kan det konstateres, at informanterne har forskellige

faktorer, som er afgørende for deres indre psykologiske tilstand, som netop er afgjort af subjektive behov. Informanternes afgørende faktorer for livskvaliteten stemmer således i overvejende grad overens med Kajandis brede livskvalitets begreb.

Til trods for at alle informanterne er virkelige tilfredse med livet, ønsker både Carsten og Anders mere kontakt med enten deres venner eller familie, og Anders føler sig samtidig lidt belastet af sit arbejde, mens Sarangan føler sig meget belastet af sit arbejde. Så selvom der er nogle faktorer, som ikke er optimale i informanternes liv, vurderer de stadig, at de er virkeligt tilfredse med livet, hvorfor det kan udledes, at aktøren i *overvejende* grad skal have gode ydre livsvilkår, gode mellemmenneskelige forhold samt en god indre psykologisk tilstand for at have en god livskvalitet.

Slutteligt kan det påpeges, at Bente med en sund livsstil – som den eneste – mener, at et godt helbred er afgørende for hendes livskvalitet (Bilag 6:1). Der kan argumenteres for, at et godt helbred hverken er en del af de ydre livsvilkår, de mellemmenneskelige forhold eller den indre psykologiske tilstand, hvorfor et godt helbred bør anses som et supplement til Kajandis tredelte livskvalitetsmodel. Til trods for den eksisterende litteratur og forskning, samt nærværende kvantitative analyses påstand om sammenhæng med sundhed og livskvalitet, er det blot én ud af disse fem informanter, som mener, at helbredet har en afgørende betydning for livskvalitet. Det følgende vil være en komparativ analyse af informanternes opfattelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvorudfra det skal analyseres, om den sundhedsrelaterede livsstil tillægges afgørende betydning af informanterne i forhold til deres livskvalitet.

6.2.3. Hvordan er sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet?

Det er efterhånden et veldokumenteret faktum, at der eksisterer en moderat sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. En sund livsstil resulterer oftere i en høj livskvalitet end en usund livsstil. Det kan dog ud fra den bivariate analyse konstateres, at knap hver tredje nordjyde med en usund livsstil er virkeligt tilfreds med livet, hvorfor det kan udledes, at en sund livsstil ikke nødvendigvis er altafgørende for livskvaliteten, hvilket også blev påvist i den ordinale logistiske regressionsanalyse. Det følgende vil være en ateoretisk komparativ analyse omkring den sundhedsrelaterede livsstils indflydelse på livskvaliteten. Ambitionen er at fremanalysere om informanternes sundhedsrelaterede livsstil er afgørende for deres opfattelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

6.2.3.1. Kostvanernes indflydelse på livskvaliteten

Anders, hvis placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum indikerer, at han fører en sund livsstil, spiser efter principperne "Low Carb High Fat", hvilket betyder, at han spiser fødevarer med et højt fedtindhold

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

men ingen kulhydrater. Oprindeligt begyndte Anders at leve efter disse principper, fordi hans kæreste skulle tabe sig, men han føler, at disse kostvaner skaber en balance i kroppen, som resulterer i mere velvære, hvorfor Anders argumenterer for, at disse kostvaner forhøjer hans livskvalitet (Bilag 6:6). Line, som ligeledes fører en sund livsstil, lever ligeledes med restriktioner i hverdagen, idet hun ikke spiser gluten, hvilket hun føler, har en positiv indflydelse på hendes krop (Bilag 6:6). Line udtaler følgende om hendes kostvaner: *”Jeg spiser, som jeg gør, fordi det, kan jeg mærke i min krop, er rart. Jeg har ikke ondt i maven, jeg sover bedre, har mere energi. Så det kunne jeg ikke forestille mig, at jeg ville lave om på”* (Bilag 6:10).

Yderligere argumenterer Line for, at disse kostvaner bestemt har en positiv indflydelse på hendes livskvalitet (Bilag 6:10).

På trods af at Anders er tilfreds med sine sunde kostvaner, mener han ligeledes, at usunde kostvaner til tider kan have en positiv indflydelse på hans livskvalitet. Han udtaler følgende:

”Nu har jeg lige været på ferie – der spiste vi godt nok ikke særlig sundt, men det var bare hyggeligt. Det var lige så meget atmosfæren. Nu var vi i Grækenland – der har vi været mange gange – der handler det meget om at sidde med den græske mad, og det er ikke specielt sundt som sådan, men altså, så tog vi os god tid til det, og bare sad og hyggede omkring det” (Bilag 6:4).

Anders argumenterer således for, at når han eksempelvis er på ferie, giver det livskvalitet at droppe ”Low Carb High Fat” principperne og bare nyde den græske mad og stemningen, der er forbundet dermed. Line og Bente, som ligeledes fører en sund livsstil, argumenterer ligeledes for, at usunde kostvaner i form af junkfood samt slik og chokolade kan have en positiv indflydelse på livskvaliteten (Bilag 6:7). Dog argumenterer alle tre sunde informanter for, at disse usunde kostvaner ligeledes kan have en negativ indflydelse på livskvaliteten. De erkender alle tre, at nydelsesfulde øjeblikke medfører en kortvarig forøgelse af livskvaliteten, men at disse kostvaner samtidig kan have negative konsekvenser på længere sigt. Disse nydelsesfulde øjeblikke har således en positive indvirkning på den hedonistiske lykke, men en negativ indflydelse på den eudaimoniske lykke. Anders nævner, at hans kostvaner har en negativ indflydelse på hans livskvalitet, når han kommer ud af hans sunde rytme, mens Bente får dårlig samvittighed, når hun spiser for meget slik og kage, og Line indikerer ligeledes, at hendes kostvaner har en negativ indflydelse på hendes livskvalitet, når hendes rygrad forsvinder, og hun dermed spiser for mange usunde madvarer (Bilag 6:4+8+13). Til trods af at usunde kostvaner kan give de tre sunde informanter dårlig samvittighed og forringe livskvaliteten, argumenterer de alle tre for, at der lejlighedsvis skal være plads til at ”synde”.

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Anders argumenterer for, at det handler om at finde balancen og være på rette spor (Bilag 6:10). Line og Bente tillægger sig Anders' synspunkt og udtaler følgende:

”Line: Det er måske også det, ikke at gøre sig selv til en slave af sin livsstil – men acceptere, at hvis der er flest dage, hvor man lever sundt, så er det også okay at tage nogle dage, hvor det går ved siden af. Jeg vil ikke være en slave af det.

Bente: Så bliver livet jo også alt for surt!

Line: Lige præcis” (Bilag 6:4).

Opsummerende kan det således udledes, at de tre sunde informanter mener, at deres sunde kostvaner har en positiv indflydelse på deres livskvalitet, og når de lejlighedsvis har nogle usunde kostvaner, påvirker det den hedonistiske lykke positivt men den eudaimoniske lykke negativt. Dog er de enige om, at det handler om at finde en balance mellem de sunde og usunde kostvaner.

Sarangan, hvis placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum indikerer, at han generelt fører en usund livsstil, udtaler selv, at hans kostvaner er usunde, og at han ikke har energien eller tiden til at forberede sund og nærende mad. Han mener dog ikke, at disse usunde kostvaner har en negativ indflydelse på hans livskvalitet på nuværende tidspunkt. Sarangan udtaler:

”Man kunne godt tage sig sammen og holde den sunde stil, men det er bare ikke... Jeg føler ikke, at jeg har overskud, når jeg kommer hjem fra arbejde. Jeg føler ikke, at jeg har energien til at gøre de ting, men det er bare et spørgsmål om lige at få det ind som en rutine. Nogen gange tænker jeg også, hvorfor gå så meget op i det? Man skal også huske at nyde livet – man skal gøre det, man egentligt har lyst til, og man skal ikke tænke sig til noget, fordi andre stiller krav om det” (Bilag 7:2).

Grundet mangel på tid og energi har Sarangan således usunde kostvaner, men argumenterer for, at han ikke vil spise sundt, bare fordi andre mener det. Han spiser, som han har lyst til, hvilket har en positiv indflydelse på hans livskvalitet.

Carsten, hvis livsstil ligeledes er usund, indikerer selv, at hans kostvaner er usunde, men han ved, at det er sundt at spise grønt, hvorfor han ofte putter en pose frost grønt i hans mad, som ofte består af gryderetter (Bilag 7:5). I forhold til hans kostvaner udtaler han følgende:

”Altså jeg tænker tit over, at hvis jeg rent faktisk tænkte over, hvad jeg spiste, eller at jeg skulle dyrke noget motion, hvor overskudsagtig jeg kunne blive, fordi jeg i forvejen allerede er utrolig

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

overskudsagtig og livsglad. Så jeg må blive et super menneske, hvis jeg begynder at spise sundt og sådan" (Bilag 7:2).

Carsten erkender selv, at han er stærk styret af "nuet" og handler derfor ofte ud fra kortsigtede perspektiver frem for langsigtede sundhedsmæssige perspektiver (Bilag 7:6). Disse kortsigtede handlinger resulterer ofte i relativ usunde kostvaner, hvilket han ikke mener har en negativ indflydelse på hans livskvalitet. Han nævner dog, at han føler sig ulækker, hvis han spiser usunde snacks, når han er alene, men at denne følelse ikke opstår, hvis disse usunde snacks indtagelse er i sociale relationer. Han udtaler følgende:

"Hvis jeg er alene, så får jeg bare dårlig samvittighed "Kæft, hvor er du ulækker, at du åd sådan en pose chips". Alene så kan man godt være lidt dømmende, så prøver jeg at skjule det lidt. Så går man lige ud i skraldespanden med det. Men hvis jeg er sammen med nogen, så er det en nydelse, tror jeg. Det er den der fællesskabsting, så er man fælles om noget. Det er det, der giver tilfredsheden, det er ikke selve det at spise en pose chips, det er det, der følger med at spise den. Om det så er at drikke øl eller at spise chips. Jeg tænker, at hvis vi spiste gulerodsstave, så var det det man gjorde. Jeg gider bare ikke til at skrælle dem og skære dem op, så er det nemmere bare at åbne en pose" (Bilag 7:7-8).

Sarangan deler ikke dette synspunkt. Han indtager gerne usunde snacks alene, men kan dog godt få dårlig samvittighed, hvis mængderne er for store (Bilag 7:8).

Carsten nævner – ligesom de tre sunde informanter – at balancen mellem sunde og usunde kostvaner er essentiel:

"Det med den pose grønt, det er en forsvarsmekaniske "Amen jeg putter da grønt i min mad, jeg spiser da lidt sundt". Det er en sikkerhedsmekanisme "Se der kommer faktisk grønt i". På et eller andet plan tænker jeg faktisk, at i og med jeg gør sådan, så kan jeg godt gøre nogle af de andre ting – det opvejer lidt hinanden. Det er sådan lidt et gi' og ta' system. Jeg tror ikke, at hvis jeg kun gjorde det ene – altså levede ekstremt sundt – så tror jeg ikke, at min livsglæde vil være lige så stor, som den er nu" (Bilag 7:7).

Carsten legitimerer således nogle, af hans usunde kostvaner gennem hans brug af frostgrønt, og argumenterer således for, at balancen er vigtig, men nævner samtidig, at hans livskvalitet ikke ville være så høj, som den er nu, hvis han udelukkende havde sunde kostvaner. For ham er det vigtig at leve med tilvalg frem for restriktioner (Bilag 7:7).

Opsummerende kan det således udledes, at de to usunde informanter ikke mener, at deres usunde kostvaner har en negativ indflydelse på deres livskvalitet. Carsten udtaler endda, at hvis han skulle have sundere kostvaner, ville dette forringe hans livskvalitet. Begge informanter tænker dog over, hvilke konsekvenser en sundere livsstil kunne medføre, men har dog ikke i sinde at ændre deres kostvaner på nuværende tidspunkt. Ligesom hos de sunde informanter taler Carsten ligeledes om, at balancen mellem sunde og usunde kostvaner er afgørende i forhold til livskvaliteten.

Det kan således ud fra overstående udledes, at sunde kostvaner ikke nødvendigvis medfører en højere livskvalitet. For nogen er det afgørende, at de spiser, hvad de har lyst til, men overordnet er alle fem informanter enige om, at usunde kostvaner lejlighedsvis kan have en positiv indflydelse på hedonistiske livskvalitet.

6.2.3.2. Motionsvanernes indflydelse på livskvaliteten

Line er en aktiv løber, og da hun er alene mor til to, står hun op kl. 5.15 om morgenen for at løbe. På den måde kan børnene sove videre, mens hun er fysisk aktiv. Det er ikke altafgørende for hende at komme ud, hvis hun eksempelvis kan høre, at det regner eller blæser. Så sover hun videre, men som hun siger: *”Det er altså ikke livet om det, men jeg ved, det gør mig glad. Jeg ved også, at jeg ikke fortryder de ture, jeg får taget, men fortryder snarere de dage, hvor jeg er blevet liggende i sengen”* (Bilag 6:7).

Lines motionsvaner har således en positiv indflydelse på hendes livskvalitet. Når hun tager de lange løbeture, hvor det er hårdt, flytter hun noget mentalt, og samtidig har den fysiske aktivitet en positiv indflydelse på hendes helbred (Bilag 6:10).

Bente nævner selv, at hun ikke dyrker så megen motion, men hun benytter cyklen som transportmiddel og savner dem, når hun eksempelvis holder ferie (Bilag 6:5).

Ligesom Line løber Anders meget og udtaler følgende om sin løbetræning:

”For mig handler det også om, at det er et frirum – jeg skal ikke tænke på noget som helst, der skal jeg bare løbe og høre musik. Og kun lige koncentrere mig om det, og så være tilstede i det, og så køre tankerne som regel automatisk helt af sig selv, og så er det mega afstressende. Og så kommer jeg som regel hjem i bedre humør” (Bilag 6:5).

Anders værdsætter således sin løbetur og mener, at de har en positiv indvirkning på hans livskvalitet. Sommetider har han dog svært ved at finde tid til dem, og hvis han ikke får prioriteret løbeturene højt nok, bliver han skuffet over sig selv (Bilag 6:8).

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Alle tre sunde informanternes motionsvaner har således en positiv indvirkning på deres livskvalitet, og deres løbe- og cykelture er noget, de nyder og finder velvære igennem.

Sarangan har tidligere været utrolig aktiv i form af fodbold, fitness og crossfit, men har grundet skade og manglende træningspartner droppet fitness og crossfit og spiller på nuværende tidspunkt udelukkende fodbold (Bilag 7:4). Han føler, at han holder sig selv aktiv med sin fodboldtræning, så det ikke udelukkende er hans arbejde og byturene, som fylder i hans liv, hvilket han værdsætter (Bilag 7:5). Sarangans ugentlige fodboldtræning har således en positiv indvirkning på hans livskvalitet.

Carsten dyrker derimod ingen motion – overhovedet. Han udtaler selv:

”Altså jeg tænker tit på, at jeg skal i gang – jeg har nogle kammerater, som træner ufatteligt meget, som har nogle store guns. Det kan da godt genere mig nogle gange, at jeg ikke fulgte med på den vogn der, men i hverdagen generer det mig faktisk ikke. Jeg kan godt mærke nogle gange, hvis man kommer hjem fra studiet – eller et eller andet – så er man frisk, og tænker ”Nu går jeg lige ned og gør et eller andet”. Men så får man det bare aldrig gjort. Det er ikke fordi, jeg har det dårligt med det, nogen gange tænker jeg bare ”Hvad nu hvis”. Det er den tanke jeg har, det er ikke fordi, jeg fortryder, jeg ikke gør noget ved det – så havde jeg nok gjort det. Det generer mig ikke. Men det er så også fordi, jeg ikke har nogle fysiske skavanker ved det – hvis det fysiske kommer, så tænker jeg, at jeg nok vil lave en livsstilsændring. Men ikke indtil da. Også fordi jeg ikke føler, at der er risiko for, at jeg får de helt vilde skavanker” (Bilag 7:3-4).

Carsten spekulerer således over, hvilke konsekvenser en aktiv livsstil vil medføre, men ærgrer sig ikke over hans inaktivitet, hvorfor hans manglende motionsvaner ikke har en negativ indflydelse på hans livskvalitet.

Opsummerende kan det således udledes, at motionsvanerne for de fire informanter, som dyrker motion, har en positiv indflydelse på deres livskvalitet, mens det ligeledes kan udledes, at Carstens livskvalitet ikke forringes grundet hans manglendes motionsvaner.

6.2.3.3. Alkoholvanernes indflydelse på livskvaliteten

Bente nyder at få et godt glas vin, dog er det sjældnere end månedligt, at hun drikker flere end fem genstande ved samme lejlighed, hvorfor det kan udledes, at hendes alkoholforbrug er begrænset. Men det giver hendes liv kvalitet, at hun får et godt glas vin, når hun spiser noget lækkert mad (Bilag 6:13). Line og Anders argumenterer ligeledes for, at alkohol – i forbindelse med en festlig aften – medfører livskvalitet (Bilag 6:5+8). Line argumenterer dog ligeledes for, at det ikke absolut er indtaget af alkoholen, der forhøjer livskvaliteten, men at det snarere er samværet, der er afgørende for livskvaliteten (Bilag 6:4).

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

Alle tre sunde informanter mener således, at alkohol i begrænset omfang, har en positiv indflydelse på livskvalitet, dog påpeger Line, at det ikke decideret er alkoholen som er afgørende, men derimod de sociale relationer, hvor der indtages alkohol.

Carstens erkender, at han har et relativ højt alkoholforbrug, men ser det ikke som et misbrug, hvorfor han ikke mener, at hans alkoholvaner er problematiske. Han drikker både ved festlige lejligheder, men han nyder også gerne alkohol i sit eget selskab. Idet hans alkoholvaner ikke er faste og ikke har behov for en halv flaske snaps for at kunne fungerer, argumenterer han for, at hans alkoholvaner har en positiv indflydelse på hans livskvalitet (Bilag 7:3).

Sarangan, som ligeledes har et relativt højt alkohol forbrug, føler ligeledes ikke, at han har et problem med hensyn til sit alkoholforbrug. Han drikker aldrig alkohol alene, men han føler, at alkohol i festligt lag har en positiv indflydelse på hans livskvalitet, men påpeger ligesom Line – med en sund livsstil – at det ligeledes er de sociale relationer og samværet, som er afgørende. Dog argumenterer Sarangan for, at der eksisterer negative konsekvenser ved hans alkoholforbrug, idet hans produktivitet ikke er optimal mandag morgen på arbejdet. Samtidig har hans kæreste et begrænset alkoholindtag og mener, at Sarangan går for meget i byen og drikker for meget alkohol. Sarangan mener selv, at disse negative konsekvenser har en negativ påvirkning på hans livskvalitet (Bilag 7:3). Sarangan har derfor en intention om at holde en pause fra alkoholen i en månedstid for at finde ro og dermed kunne præstere bedre på arbejdet mandag morgen (Bilag 7:6). Han har en formodning om, at dette midlertidige fravalg af alkohol vil have en positiv indflydelse på hans livskvalitet, da han får tid til andre ting, fordi han ikke skal ligge med tømmermænd hver søndag (Bilag 7:7).

De to usunde informanter er således ikke enige i alkoholvanernes indflydelse på livskvaliteten. Både Carsten og Sarangan argumenterer for, at deres høje alkoholforbrug har en positiv indvirkning på livskvaliteten, mens Sarangan også påpeger nogle negative indvirkninger, hvorfor han overvejer at holde en midlertidig pause fra alkoholindtagelsen.

Opsummerende kan det således udledes, at informanterne argumenterer for, at alkohol kan være fremmende for livskvaliteten, hvis den indtages på den rigtige måde, hvorfor alkoholvanerne og det sociale samvær, hvor alkohol indtages, har en positiv indflydelse på livskvalitet.

6.2.3.4. Rygevanernes indflydelse på livskvaliteten

Ud af de fem informanter er det blot Carsten, som ryger. Han ryger lejlighedsvis pipe. Han udtaler følgende om sine rygevaners indflydelse på livskvaliteten:

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

”For mig har det kun positive, for jeg gør det som en nydelse, og jeg gør det en gang om måneden. Men det er noget med at sætte sig ud og så koble fra. Jeg ved ikke, om man kan kalde det en form for hobby, men det er noget jeg sætter mig op til. Så nyder jeg det og sidder og slapper af udenfor. Det er en form for et ritual” (Bilag 7:4).

Carstens rygevaner har således udelukkende en positiv konsekvens for hans livskvalitet. Han nyder at sætte sig udenfor med enten en kold øl eller en whisky og ryge pibe, mens han hører musik. Atypisk mange andre rygere, ryger Carstens oftest, når han er alene:

”Det at ryge pibe er en tidskrævende proces, det er selve følelsen af at putte tobakken op i, stoppe den rigtigt, mærke at trykket er rigtigt og sådan noget. Det er blevet en individuel ting. I sociale relationer kan du ikke nå at ryge pibe sammen med nogen, som står og ryger cigaretter – det dur ikke. Det er en selvstændig ting” (Bilag 7:4-5).

Carsten anser således sine rygevaner som sin hobby og mener, at det er en individuel ting, og argumenterer for, at disse rygevaner udelukkende har en positiv indvirkning på hans livskvalitet.

6.2.3.5. Opsummering

Det kan ud fra overstående kvalitative komparative analyse udledes, at sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet ikke absolut er så entydig, som den eksisterende litteratur og forskning, samt nærværende kvantitative analyse antyder.

De tre sunde informanter argumenterer for, at deres sunde kostvaner har en positiv indflydelse på deres livskvalitet. Dog erkender de, at lejlighedsvis usunde kostvaner kan have en positiv indflydelse på deres hedonistiske livskvalitet, mens de kan have en negativ indflydelse på deres eudaimoniske livskvalitet. Dog erkender de alle tre, at balancen mellem sunde og usunde kostvaner er altafgørende.

De to usunde informanter argumenterer for, at deres usunde kostvaner ikke har en negativ indflydelse på deres livskvalitet. Carsten argumenterer endda for, at hvis han udelukkende skulle have sunde kostvaner, ville hans livskvalitet forringes!

Yderligere kan det konstateres, at informanterne, som dyrker motion, angiver, at deres motionsvaner har en positiv indflydelse på deres livskvalitet, mens informanten, som ingen motion dyrker, argumenterer for, at hans inaktivitet ikke har en negativ indflydelse på hans livskvalitet.

Alkoholvanerne – som overordnet betragtes som usunde – har overvejende en positiv indflydelse på livskvaliteten, dog erkender en enkelt informant, at hans forhøjede alkoholforbrug har nogle negative konsekvenser, som påvirker hans livskvalitet. Yderligere påpeges det ligeledes, at det ikke nødvendigvis er

Kapitel 6: Kvalitativ analyse

alkoholindtagelsen, som har den positive indflydelse på livskvaliteten, men at det derimod er de relationer, hvor alkoholindtagelsen foregår, som har den positive indflydelse på livskvaliteten.

Slutteligt vurderes det, at nærværende analyses eneste rygers rygevaner har en positiv indflydelse på hans egen livskvalitet.

Det kan dermed konstateres, at usunde vaner i form af indtagelse af søde sager, junkfood og alkohol samt rygning kan have en positiv indflydelse på livskvaliteten, så længe det er i et begrænset omfang. Yderligere kan det konstateres, at en sund livsstil i form af sund kost og regelmæssig motion ikke nødvendigvis vil medføre en høj livskvalitet for alle typer. Nogen er mere lystbetonet og værdsætter at leve med tilvalg frem for restriktioner.

Kapitel 7: Konklusion

Den gamle græske filosof Aristoteles påstår, at den højeste ting opnåelig for menneskelig handling er lykke, og jeg er overbevist om, at samtlige mennesker på jorden tillægger sig Aristoteles påstand!

Der er udført talrige empiriske undersøgelser, som dokumenterer, hvilke faktorer der er afgørende for en god livskvalitet. Jeg har valgt at dedikere mit speciale hertil, idet jeg undersøger sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Det er efterhånden et veldokumenteret faktum, at sundhed og livskvalitet er gensidige afhængige. Ambitionen med nærværende speciale har således været at synliggøre et *nuanceret* billede af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet ud fra følgende problemformulering:

- ***Hvilke konsekvenser har uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet – er det muligt at besidde en usund livsstil og stadig være lykkelig?***

Ud fra en metodekombinerende analyse har det været muligt at konstruere en helhedsforståelse omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet.

Den kvantitative analyse bekræfter den positive sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Det kan ud fra den multiple korrespondanceanalyse dokumenteres, at borgernes sundhedsrelaterede livsstil har en betydning for deres livskvalitet. Nordjyder med en sund livsstil vurderer i overvejende grad, at deres livstilfredshed er værdig god, mens nordjyder med en usund livsstil i overvejende grad vurderer, at deres livstilfredshed er dårlig. Ud fra den multiple korrespondanceanalyse kan det således konkluderes, at sunde mennesker generelt er mere lykkelige end usunde mennesker. Ud fra den multiple korrespondanceanalyse kan det ligeledes konkluderes, at borgernes ulige kapitalmængde er en medvirkende faktor for uligheden i den sundhedsrelaterede livsstil. Privilegerede borgere med en høj mængde økonomisk og kulturel kapital har en sundere livsstil end mindre privilegerede borgere, hvis økonomiske og kulturelle kapital er mere begrænset. Borgernes ulige kapitalmængde resulterer således i en ulighed i den sundhedsrelaterede livsstil, hvilket medfører en social ulighed i livskvaliteten. Den sociale gradient i den sundhedsrelaterede livsstil resulterer således i en identisk social gradient i forhold til livskvaliteten.

Denne sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet dokumenteres ligeledes i den bivariate analyse, hvor det bliver synliggjort, at der eksisterer en positiv moderat sammenhæng. Dog kan det ud fra denne analyse konkluderes, at knap hver tredje usunde nordjyde vurderer, at vedkommendes livskvalitet er vældig god. Det kan dermed konkluderes, at det er muligt at føre en usund livsstil og stadig

Kapitel 7: Konklusion

være lykkelig! Borgernes sundhedsrelaterede livsstil er således ikke altafgørende for deres chance for at opnå en vældig god livskvalitet.

Denne positive sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet bliver endnu en gang dokumenteret i den ordinale logistiske regressionsanalyse, da det kan udledes, at sunde borgere har 2,092 gange større chance for en vældig god livstilfredshed, end usunde borgere har. Dog falder denne signifikante sammenhæng, når der kontrolleres for køn, alder, ydre livsvilkår, mellemmenneskelige forhold samt den indre psykologiske tilstand, idet sunde borgere herefter har 1,550 gange større chance for en vældig god livstilfredshed, end usunde borgere har. Den sundhedsrelaterede livsstil har dermed en delvis medierende effekt, hvorfor det kan konstateres, at noget af den oprindelige sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet skyldes kontrolvariablerne. Dog kan det konkluderes, at den sundhedsrelaterede livsstil isoleret set stadig har en del af forklaringskraften for uligheden i livstilfredsheden. Den sundhedsrelaterede livsstils forklaringskraft er dog begrænset i forhold de ydre livsvilkår, de mellemmenneskelige forhold samt den indre psykologiske tilstands forklaringskraft. Det kan dermed konkluderes, at til trods for at der eksisterer en klar sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, er der andre faktorer – såsom de ydre livsvilkår, de mellemmenneskelige relationer samt den indre psykologiske tilstand – som er mere afgørende for borgernes livskvalitet, hvorfor det kan konkluderes, at borgerens sundhedsrelaterede livsstil ikke er altafgørende for deres livskvalitet.

Den kvantitative analyse bekræfter således den eksisterende litteratur og forskning, som antyder, at der eksisterer en sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Dog synliggør den ligeledes, at borgernes sundhedsrelaterede livsstil ikke er altafgørende for deres livskvalitet, og at det er muligt at føre en usund livsstil og stadig være lykkelig.

Som et supplement til den kvantitative analyses overordnede resultater er der blevet udført en kvalitativ analyse, hvis formål er at analysere, hvilke faktorer der tillægges betydning for livskvaliteten af interviewpersonerne selv, samt hvilken indflydelse borgeres sundhedsrelaterede livsstil har på deres opfattelse af sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Herudfra kan det konkluderes, at den indre psykologiske tilstand samt tilfredsstillelsen af de subjektive behov er utroligt afgørende for livskvaliteten, samtidig tillægger informanterne de mellemmenneskelige relationer stor betydning i forhold til deres livskvalitet, mens de ydre livsvilkår ikke bliver tillagt nær så stor værdi..

På baggrund af den kvalitative analyse opnås der et mere nuanceret billede af sammenhængen mellem den sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet, idet det synliggøres, hvad informanterne selv tillægger betydning i forhold til deres sundhedsvaners indflydelse på deres subjektive oplevelse af lykke. Informanterne med en usund livsstil argumenterer for, at deres usunde kostvaner, motionsvaner, alkoholvaner samt rygevaner

Kapitel 7: Konklusion

ikke har en negativ indflydelse på deres livskvalitet. En af informanterne påpeger endda, at hans livskvalitet ville forringes drastisk, hvis han udelukkende skulle føre en sund livsstil. Ifølge informanterne selv tyder noget på, at en usund livsstil *kan* medføre en høj livskvalitet. Det kan ud fra den kvantitative analyse udledes, at det i overvejende grad er en sund livsstil, som medfører en høj livskvalitet, men for nogle typer vil det være en usund livsstil, som medfører den højeste livskvalitet. Ud fra den kvalitative analyse omkring sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet kan det ligeledes pointeres, at balancen mellem sunde og usunde vaner er essentiel i forhold til livskvaliteten. Alle informanter – både de tre med en sund livsstil samt de to en med usund livsstil – argumenterer for, at usunde kostvaner og alkoholvaner har en positiv indflydelse på deres livskvalitet, hvorfor det kan konkluderes, at det at bryde Sundhedsstyrelsens anbefalinger lejlighedsvis har en positiv indflydelse på livskvalitet. Det giver således livet kvalitet at tillade sig selv nydelsesfulde øjeblikke i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstil.

Ud fra denne metodekombinerede analyse kan det således konkluderes, at uligheden i sundhed resulterer i en lignende ulighed i livskvalitet, hvorfor der overordnet set eksisterer en positiv sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvor en sund livsstil medfører en høj livskvalitet. Dog er det muligt at føre en usund livsstil og stadig være lykkelig. Dette kan både skyldes, at de ydre livsvilkår, de mellem menneskelige relationer samt den indre psykologiske tilstand er vigtigere for mængden af livskvalitet end den sundhedsrelaterede livsstil er, eller det kan skyldes, at nogen typer forhøjer deres livskvalitet gennem en usund livsstil.

Kapitel 8: Specialets validitet og reliabilitet

Afslutningsvis vil specialets validitet og reliabilitet vurderes. Graden af validitet afslører om specialet rent faktisk undersøger det, som ønskes undersøgt, og indikerer dermed specialets gyldighed. Specialets validitet vurderes ud fra intern samt ekstern validitet, hvor intern validitet refererer til kausalitet, mens ekstern validitet referer til generaliserbarhed (Bryman 2008:32-33). Graden af reliabilitet afslører derimod specialets pålidelighed samt reproducerbarhed og henviser til specialets målingers nøjagtighed og dermed, hvorvidt resultaterne er gentagelige (Bryman 2008:31).

De tre kvantitative analyser synliggør alle, at der eksisterer en sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvilket styrker specialets reliabilitet. Den synliggjorte sammenhæng dokumenteres således gentagende gange ved hjælp af forskellige kvantitative metoder, hvilket indikerer stabilitet, dog ikke over tid, idet en tværsnitsundersøgelse som nærværende ikke indeholder et tidsperspektiv. Samtidig kan der argumenteres for en vis gennemsigtighed i forhold til specialets kvalitative analyse, hvilket ligeledes styrker reliabiliteten. Udvælgelsen og indsamlingen af informanter til de kvalitative fokusgruppeinterviews er udførligt beskrevet, samtidig med interviewguiden og interviewsituationen er beskrevet. Til trods for at fokusgruppeinterviewene er struktureret ud fra en interviewguide, blev der under fokusgruppeinterviewene stillet en del opklarende spørgsmål, hvilket ikke nødvendigvis kan gentages i en lignende undersøgelse, hvilket svækker specialets reliabilitet.

Overordnet set vurderes det dog, at hvis nærværende undersøgelse gentages, vil der opnås lignende resultater, hvorfor specialet vurderes som værende pålidelig og reproducerbar og dermed en høj reliabilitet.

Specialet har til formål at undersøge konsekvenserne af uligheden i sundhed for sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet ud fra forskningsprocessen prakselogisk viden, hvilket gøres ved hjælp af en metodekombinerende analyse. Der ønskes således at give et blik indefra og udefra på sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Gennem den kvantitative analyse synliggøres der et blik udefra i forhold til sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, samt hvilke konsekvenser uligheden i sundhed har for denne sammenhæng, idet der udføres tre kvantitative analyser, som netop synliggør den overordnede sammenhæng mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet. Den kvalitative analyse giver derimod et blik indefra i forhold til sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, idet der analyseres på, hvad informanterne tillægger betydning i forhold til, hvad der er afgørende for livskvaliteten. Den kvalitative analyse synliggør således informanternes opfattelse af sammenhængen mellem deres sundhedsrelaterede livsstil og livskvalitet. Det har således været ønsket at give et nuanceret billede af sammenhængen mellem sundhedsrelateret

Kapitel 8: Specialets validitet og reliabilitet

livsstil og livskvalitet, hvilket netop er det den kvantitative og kvalitative analyse tilsammen resulterer i, hvorfor der kan argumenteres for, at specialets validitet er høj.

Samtidig kan der argumenteres for, at samspillet mellem den kvantitative og kvalitative analyse har en positiv indvirkning på specialets validitet. Informanterne til den kvalitative analyses fokusgruppeinterviews har besvaret spørgeskemaet, som den kvantitative analyse bygger på, hvilket muliggør en sammenkobling mellem de to analyse. Helt konkret er den kvalitative analyses fem informanter – grundet deres svar i spørgeskemaet – indført i den kvantitative analyses sundhedsrelaterede livsstilsrum, hvorudfra informanternes sundhedsrelaterede livsstil kan udledes. Da informanternes placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum kan påvises, kan det dokumenteres, at det, den kvalitative analyse ønsker at undersøge, rent faktisk er det, som undersøges.

Specialets interne validitet er ikke absolut særlig høj, idet der øjensynligt er mange årsager til uligheden i livstilfredshed. Den ordinale logistiske regressionsanalyse styrker dog den interne validitet, idet den kontrollerer for andre faktoreres påvirkning på livstilfredsheden. Ud fra den ordinale logistiske regressionsanalyse kan det påvises, at der er flere faktorer end blot den sundhedsrelaterede livsstil, som skaber ulighed i livstilfredsheden. Dog påvises det, at den sundhedsrelaterede livsstil har en selvstændig effekt på livstilfredsheden, hvilket har en positiv indflydelse på specialets interne validitet.

Specialets eksterne validitet og dermed specialets generaliserbarhed er derimod relativ høj. Den kvantitative analyse bygger på et repræsentativt datasæt, og resultaterne derfra er signifikante, hvorfor der kan argumenteres for, at resultaterne fra den kvantitative analyse er generaliserbare. Den kvalitative analyse er derimod opbygget omkring fem informanternes meninger og holdninger til livskvalitet og sammenhængen mellem sundhedsrelateret livsstil og livskvalitet, hvilket medfører en begrænset generaliserbarhed. I kvalitativ forskning tales der dog om en analytisk generalisering, hvilket indebærer en velovervejede bedømmelse af, i hvilken grad undersøgelsesresultaterne kan være vejledende for, hvad der kan ske i en lignende situation (Kvale & Brinkman 2008:289), og det vurderes, at nærværende kvalitative undersøgelsesresultater i høj grad kan være vejledende for lignende situationer, idet hverken informanterne eller deres holdninger er unikke i forhold til problemstillingen. Resultaterne fra den kvalitative analyse kan således analytisk generaliseres, dog er det nødvendigt at påpege, at generaliserbarheden ikke tilnærmelsesvis er lige så stor som den kvantitative analyse generaliserbarhed.

Litteraturliste

- **Abel**, Thomas (2007): *Cultural capital and social inequality in health*. Journal of epidemiology & Community Health.
- **Agresti**, Allan & Barbara **Finlay** (2009): *Statistical Methods for the Social Sciences*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- **Allardt**, Erik (1975): *Att Ha, Att Älska, Att Vara. Om välfärd i Norden*. Lund: Argos Förlag AB.
- **Andersen**, Ingerlise, Sigurd Lauridsen & Michael Norup (2009): "Lige muligheder og sundhed" i Holtug, Nils & Kasper Lippert Rasmussen (red.): *Lige muligheder for alle – Social arv, kultur og retfærdighed*. Frederiksberg: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- **Antoft**, Rasmus & Heidi H. **Salomonsen** (2007): "Det kvalitative casestudium" i Antoft, Rasmus et.al (red.): *Håndværk og horisonter*. Odense: Syddanske universitet.
- **Antonovsky**, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Bourdieu**, Pierre (1986): "The Forms of capital" i Richardson, John G. (red.): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*". New York: Greenwood Press.
- **Bourdieu**, Pierre & Loïc J. D **Wacquant** (1996): *Refleksiv Sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Bourdieu**, Pierre (1996): *Understanding*. I "Theory, Culture & Society" Vol. 13(2), pp. 17-37
- **Bourdieu**, Pierre (1997): *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Bourdieu**, Pierre (1998): "Socialt rum og symbolsk magt" i Callewaert, Staf, Martin Munk, Morten Nørholm og Karin Anna Petersen (red.): *Pierre Bourdieu – Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk forlag.
- **Bryman**, Alan (2008): *Social research methods*. New York: Oxford.
- **deVaus**, David (2001): *Research design in social research*. London: Sage.
- **deVaus**, David (2002): *Surveys in social research*. New York: Routledge.
- **Elstad**, Jon Ivar (2000): *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: NOVA – Norwegian Social Research.

Litteraturliste

- **Esmark**, Kim (2006): "Bourdieu's uddannelsessociologi" i Prieur, Annick og Carsten Sestoft (red.): *Pierre Bourdieu – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Forebyggelseskommissionen** (2009): *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Forebyggelseskommissionen.
- **Glasdam**, Stinne (2009): "Folkesundhed – menneskehedens interesse par excellence" i Glasdam, Stinne (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck.
- **Halkier**, Bente (2009): *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- **Harrits**, Gitte Sommer (2011): *More Than Method?: a Discussion of Paradigm Differences Within Mixed Methods Research* i: *Journal of Mixed Methods Research*, Sage Publications
- **Hayes**, Vickie Sandra, Sebastian Lassen Christoffanini, Stella Rebecca Johnsdatter Kræmer, Sisse Buch Johansen & Anker Lund Vinding (2014): *Sundhedsprofil 2013 – Trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland*. Aalborg: Vester Kopi.
- **Henriksen**, Bjarne Lenau (2007): *Livskvalitet – en udfordring*. Danmark: Gads forlag
- **Hjellbrekke**, Johs. (1999): *Innføring i korrespondanseanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- **Høyen**, Marianne (2010): *Introduktion til korrespondanceanalyse*. Odense: Syddansk universitetsforlag.
- **Institut for lykkeforskning** (2013): *Der er et lykkeligt land*. København: Rosendahls.
- **Jacobsen**, Micheal Hviid (2012): "Metodologiske perspektiver" i Jacobsen, Micheal Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen og Peter Nedergaard (red.): *Videnskabsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Jensen**, Torben K. & Tommy J. **Johansen** (2004): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Forlaget Philosophia.
- **Jensen**, Per H. (2007): "Velfærdbegrebets mangfoldighed. En introduktion" i Per H. Jensen (red.) *Velfærd – dimensioner og betydninger*. København: Frydenlund.
- **Jerlang**, Espen og Jesper **Jerlang** (2003): *Socialisering og habitus – individ, familie, samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Jæger**, Mads Meier (2003): *Korrespondanceanalysen - et sociologisk værktøj*. Socialforskningsinstituttet.
- **Kajandi**, Madis (1981): *En litteraturstudie av livskvalitet som beteendevitenskapligt begreb samt ett förslag till definition*. Uppsalla: Psykologisk enheten, Forskningskliniken Ulleråkers sjukhus.

Litteraturliste

- **Kajandi**, Madis (1989): "Livskvalitet – en oversigt, forslag til definition samt eksempel på empiriske tillämpningar" i Pettersson, Eivor & Eva Novak-Abramsson (red.) *Rapport från forskningskonferensen Människa – Miljö – Livskvalitet – Handikappade i framtidens samhälle. Örebro den 5 och 6 april 1989. Del 1. Socialförvaltningen.*
- **Kvale**, Steinar og Svend **Brinkmann** (2009): *Interview – Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Langergaard**, Luise Li, Søren Barlebo Rasmussen & Asger Sørensen (2006): *Viden, videnskab og virkelighed*. Forlaget Samfundslitteratur.
- **Larsen**, Jørgen Elm (2007): "En rejse i Erik Allardts fodspor gennem nordisk velfærdsforskning" i Per H. Jensen (red.) *Velfærd – dimensioner og betydninger*. København: Frydenlund.
- **Larsen**, Kristian (2010): "Pierre Bourdieu" i Andersen, Pernille Tanggaard & Helle Timm (red.): *Sundhedssociologi – En Grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Le Roux**, Brigitte & Henry **Rouanet** (2010): *Multiple correspondanceanalysis*. California: Saga.
- **Lolle**, Henrik (2013): *En ganske lille tekst om ordinal logistisk regression*.
- **Norušis**, Marija J. (2011): *IBM SPSS Statistics 19 - Advanced Statistical Procedures Companion*. US Pearson Higher Education.
- **Olsen**, Jan Brødselv (2013): "Lykke – tilknytning, sociale relationer og glæde ved livet" i Jacobsen, Michael Hviid, Erik Lauersen og Jan Brødslev Olsen (red.): *Socialpsykologi – en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels forlag.
- **Otto**, Lene (2009): "Sundhed i praksis" i Glasdam, Stinne (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck.
- **Prieur**, Annick (2006): "En teori om Praksis" i Prieur, Annick og Carsten Sestoft (red.): *Pierre Bourdieu – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Rasmussen**, Niels Kr. (1999): *Sociale arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges?* Arbejdsrapport 17 om social arv. København: Socialforskningsinstituttet.
- **Rasmussen**, Niels Kr., Anette Johansen & Mette Madsen (2007): "Social arv og sundhed" i Ploug, Niels (red.): *Social arv og social ulighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Riis**, Ole (2001): *Metoder på tværs. Om forudsætningen for sociologisk metodekombination*. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- **Rosenlund**, Lennart og Annick **Prieur** (2006): "Det sociale rum, livsstilrummet – og La Distinction" i Prieur, Annick og Carsten Sestoft (red.): *Pierre Bourdieu – En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Litteraturliste

- **Skjøtt-Larsen, Jakob** (2014): "Spørgeskemaer og kvalitative interview: nye sociale klassers smags- og praksisformer" i Frederiksen, Morten, Peter Gundelach & Rikke Skovgaard Nielsen (red.): *Mixed methods-forskning. Principper og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Statens institut for Folkesundhed** (2009): *KRAM-undersøgelsen i tal of billeder*. København: Trygfonden og ministeret for sundhed og forebyggelse.
- **Sundhedsministeriet** (1999): *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2000*. København: Sundhedsministeriet
- **Sundhedsstyrelsen** (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Rosendahls-Schultz Grafisk.
- **Sundhedsstyrelsen** (2012): *Anbefalinger om fysisk aktivitet til voksne (18-64 år)*. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger/anbefalinger-om-fysisk-aktivitet-til-voksne-18-64-aar.aspx> set d. 28.05.15.
- **Sundhedsstyrelsen** (2014): *Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2013*. København: Rosendahls.
- **Sundhedsstyrelsen** (2015): *Alkohol*. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol> set d. 28.05.15.
- **Tufte, Per Arne** (2000): *En intuitive innføring i logistisk regresjon*. Arbejdsnotat 8-2000 Oslo: Sifo.
- **Vallgård, Signild** (2001): *Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway And Sweden*. European Journal of Public Health.
- **Veenstra, Gerry** (2007): *Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada*. Elsevier: Health & Place, 13.
- **Vinther-Jensen, Kirsten & Claus Vinther Nielsen** (2004): "Sundhedsfremme og forebyggelse" i Michelsen, Niels et. al. (red.): *Klinisk socialmedicin*. Danmark: Fad's Forlag.
- **Williams, Simon J.** (1995): *Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help up?* Sociology of Health & Illness Vol. 17 No. 5.
- **World Health Organization** (1948): *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948*.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Output fra SPAD

Bilag 2: Output fra SPSS

Bilag 3: Opslag til informantindsamling

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Spørgeskema

Bilag 6: Transskriptioner af fokusgruppeinterview med de sunde

Bilag 7: Transskriptioner af fokusgruppeinterview med de usunde

Bilag 4: Interviewguide

Intro:

- Velkommen og tak
- Kort beskrivelse af speciale
- Intentionen med interviewet
 - Informanterne skal snakke/diskutere med hinanden
 - Der findes ingen rigtig eller forkerte svar
- Interviewet bliver optaget
- Informanterne bliver anonyme i specialet
- Informanterne kan få tilsendt specialet, hvis det har interesse

1. Hvad er livskvalitet for dig?
 - Skriv 5 ting på papiret foran dig, som er afgørende for din livskvalitet
 - Samtale mellem deltagerne om, hvad livskvalitet er ud fra deres 5 faktorer
2. Beskriv 1 – 2 eksempler på kostvaner, drikkevaner, rygevaner og motionsvaner som enten har en positiv eller negativ betydning for din livskvalitet
 - Har jeres kostvaner nogle positive indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres kostvaner nogle negative indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres alkoholvaner nogle positive indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres alkoholvaner nogle negative indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres rygevaner nogle positive indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres rygevaner nogle negative indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres motionsvaner nogle positive indflydelser på jeres livskvalitet
 - Har jeres motionsvaner nogle negative indflydelser på jeres livskvalitet
3. Har i henholdsvis nogle kortsigtede og langsigtede overvejelser som er afgørende for jeres livsstilsvalg?
 - Har i nogle sunde vaner, som i kun har grundet nogle langsigtede overvejer?
 - Har i nogle usunde vaner, som i kun har for "en kortvarig nydelse", som baserer sig på nogle kortsigtede overvejelser?
4. Hvilke konsekvenser har disse kortsigtede og langsigtede livsstilsovervejelser for jeres livskvalitet?
 - Giver det livskvalitet at "synde"?
 - Giver det livskvalitet at have en sund krop og et godt helbred?



Sundhed & Livskvalitet