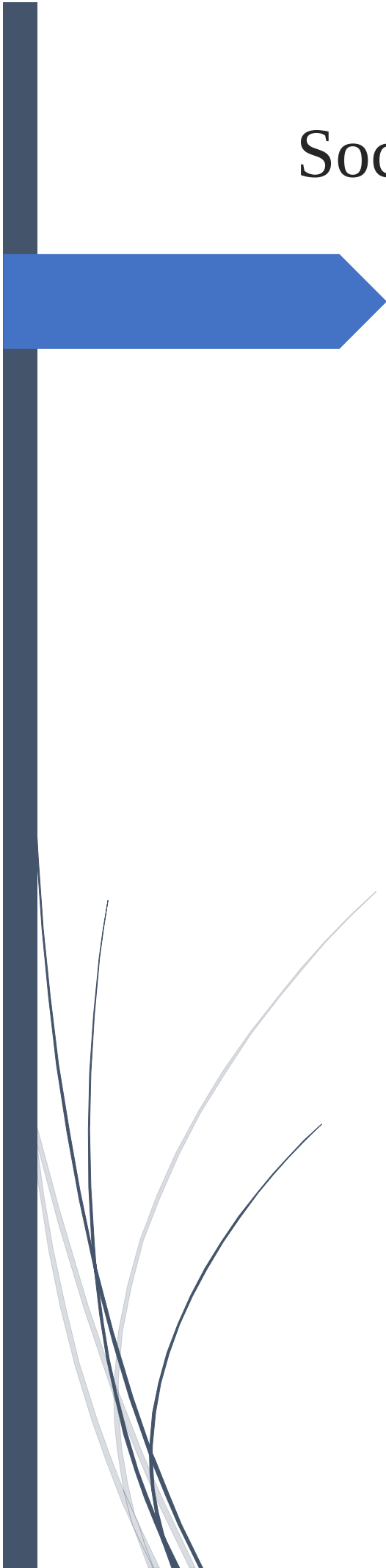




Social ulighed i sundhed

Biraveena Mahendran & Janshini J. Tharsan

Sociologi, kandidat, 10.semester

Forår 2022

Aalborg Universitet

Vejleder: Jakob Skjøtt-Larsen

Antal anslag: 173.427

Forord

Nærværende specialeafhandling er udarbejdet af to kandidatstuderende på Sociologi og tager udgangspunkt i den sociale ulighed i sundhed. Motivationen og interesse for specialets problemformulering udspringer fra vores undren om, hvordan den sociale ulighed i sundhed i Danmark i det 20'ende århundrede kommer til udtryk i en tilgang inspireret af Bourdieu.

Det har været yderst interessant at skrive dette speciale. I den forbindelse vil vi gerne rette en stor tak til vore vejleder Jakob Skjøtt-Larsen for hans yderst konstruktive og motiverende vejledning og faglige sparring under hele skriveprocessen. Vi vil ligeledes sige tak til Rolf Lyneborg Lund for at hjælpe os med at få adgang til datamaterialet, der bliver anvendt i specialet.

Abstract

This master's thesis aims to investigate the social inequality in health. Social inequality in health means that one's social position has an impact on one's health-related lifestyle. The purpose of this thesis is to examine how health can be linked to one's social position in modern society. Not only does this thesis focus on health related lifestyle but also willingness to change for a better lifestyle.

The theoretical framework in this thesis is inspired by the French sociologist, Pierre Bourdieu and his study *Distinction*. Bourdieu offers an understanding of the similarities and differences that occur between social and cultural hierarchies. One of his greatest findings is how taste and preferences are related to social position. This thesis of social inequality in health utilizes Bourdieu's analytical framework to explain health inequalities found in this thesis.

The thesis utilizes data from a statistical questionnaire survey data from the Region of Northern Jutland provided in the year 2013. The data focuses on health related lifestyle behaviors and practices, socioeconomic factors which are presented visually through mappings of the space of lifestyles constructed by use of correspondence analysis. The correspondence analysis is extended with cluster analysis to identify groups from the correspondence analysis.

The thesis findings conclude that social position has an impact on one's health-related lifestyle. Further, the thesis reflects that capital produces and reproduces inequality in health. Individuals with higher levels of capital tend to possess healthier lifestyle habits while individuals with lower levels of capital tend to possess unhealthy lifestyle habits. Finally, the results from this master's thesis emphasizes the importance of considering the role of socio-economic factors in order to improve the overall population health.

Indhold

1. Problemfelt	5
1.1 Sundhed og social ulighed	5
1.2 Sundhedsrelaterede livsstil	8
1.2.3 KRAM-faktorerne	9
1.3 Eksisterende forskning	11
1.4 Afgrænsning	17
2. Problemformulering	17
3. Videnskabsteori.....	19
3.1 Metodologisk relationisme	19
4. Teori	22
4.1 Bourdieu.....	22
4.1.1 Distinktionen.....	22
4.1.2 Kapitalformer	24
4.1.3 Habitus	25
4.2 Bourdieus relevans i en sundhedskontekst.....	26
4.3 Anvendelse af Bourdieus teori	29
5. Metode.....	30
5.1 Datagrundlag	30
5.2 Korrespondanceanalyse.....	31
5.2.1 Udvalg af variabler.....	33
5.2.2 Valg af akser	39
5.2.3 Supplementærpunkter	40
5.2.4 Hierarkisk klyngeanalyse	41
6. Kvalitetskriterier.....	41
6.1 Validitet og reliabilitet	41
7. Operationalisering	44
7.1 Rummet for sundhedsrelaterede livsstile	44
7.1.1 Kost	44
7.1.2 Rygning.....	46
7.1.3 Alkohol.....	46
7.1.4 Motion.....	47
7.2 Kapitaler	49

8. Analyse	50
8.1 Individskyen	50
8.2 Analyse af principalakserne.....	51
8.3 MCA med supplementærpunkter.....	57
8.4 Hierarkiske klyngeanalyse	60
8.5 Klyngeanalyse	61
8.5.1 Klynge 1: De middelsunde (52,76%).....	62
8.5.2 Klynge 2: Stordrikkerne 10,38%	63
8.5.3 Klynge 3: De passive pensionister 8.41%.....	64
8.5.4 Klynge 4: De ekstrem sunde 8.04%.....	65
8.5.5 Klynge 5: Førtidspensionisterne 11.69%	67
8.5.6 Klynge 6: De usunde forandringsparate 2.88%	67
8.5.7 Klynge 7: De ekstrem usunde 5.84%.....	68
8.6 Opsummering af analysen.....	70
8.7 Klyngerne placering i skyen.....	75
9. Diskussion	76
10. Konklusion.....	78
11. Litteraturliste	80

1. Problemfelt

Det danske samfunds udvikling har ifølge forskning på mange måder handlet om at øge individernes frihed til at leve det liv på, som de sætter pris på. I rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017* fra Sundhedsstyrelsen, fremgår det, at særligt arbejde, uddannelse, sociale relationer og økonomi har en stor betydning for den frihed. Dog er et godt helbred en særlig vigtig forudsætning, da det ligeledes sikrer en grundlæggende frihed, hvilket har værdi i sig selv og samtidig udgør en ressource til, at man kan uddanne sig og arbejde. Omvendt er arbejde og uddannelse en vigtige forudsætninger for et godt helbred (Udesen et al. 2020:18). Et godt helbred er mere end fravær af sygdom, men hvis det er menneskers frihed til at leve det liv, som de vil sætte pris på, som er det centrale, handler det om ulighed i de konsekvenser af sygdom og skader, der begrænser denne frihed. Dette betyder, at det handler om overlevelse, psykisk og fysisk funktionsevne samt deltagelse i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt. Menneskers helbred er ikke kun bestemt ud fra arv, men ligeledes på baggrund af fysisk miljø, sociale forhold, adfærd og mikroorganismer. Forklaringer på ulighed i helbred kan anses som ulighed i forekomst af årsagerne til, at de enkelte individer bliver syge, ulighed i sårbarhed for deres helbredseffekter og ulighed i de forhold, der kan påvirke forløb og konsekvenser af sygdom, hvilket også er inklusiv sundhedsvæsenets ydelser (Ibid:19).

1.1 Sundhed og social ulighed

Definitionen af begrebet *sundhed* er foranderlig, da opfattelsen af den sunde krop er skiftende over tid, men også forskellig afhængig af kulturer og livsformer. Ser man sundhed ud fra en samfundsmæssig optik, handler det i højere grad om at se sundhed som en foranderlig konstruktion, som er rodfæstet i teknologi, medicinsk viden, praksis samt i kulturelle forestillinger, enkelte aktørers handlinger og sociale forhold (Otto 2009:32f). World Health Organization (WHO) definerer sundhed som en tilstand, hvor der forekommer mentalt, socialt og fysisk velbefindende hos personer (Jørgensen 2013:87). I *Den Store Danske Encyklopædi* defineres sundhed på følgende måde: ”sundhed er en positiv tilstand, der findes hos levende væsener, og som har betydning for vitale funktioner” (Iversen et al. 2020). På baggrund af disse definitioner fremgår det, at definitionen af sundhed i høj grad handler om, hvem der definerer sundhed, og det er dermed ud fra det perspektiv, at sundhedsbegrebet skal anskues fra. Etnologen Lene Otto definerer sundhed ud fra antagelsen om, at definitionen er foranderlig, hvilket betyder, at med tiden kommer der mere og mere viden om sundhed. Derudover kommer der flere og flere faktorer, som får betydning for, hvad der har indflydelse på sundhed (Otto 2009:33).

Førhen var sundhedsbegrebet primært defineret som fravær af sygdom, hvorfor fokus var på at forebygge sygdom. I forsøget på at forebygge sygdom i forhold til nogenlunde at kunne sikre sundheden, bestræbte man sig på at klarlægge sygdommens årsag. Dermed skete der imidlertid en udvikling, hvor flere aspekter ved livet blev medtaget som årsagsforklarende i henhold til sygdom. Af den grund er det ikke længere kun fysiske forhold, der forklarer sygdom, men lige såvel kulturelle og sociale forhold, som i dag er relevante årsagsforklaringer. Otto fremhæver, at sundhed ikke skal anses som en uforanderlig kerne, men som et åbent begreb, som kan betyde, at man forebygger sygdom og opretholder en rask tilstand hos det enkelte individ. Derfor kan sundhed medføre en større livskvalitet hos individet (Otto 2009:37).

Den danske professor Kristian Larsen inspireres af den franske sociolog Pierre Bourdieu og argumenterer for, at der findes en bred samfundsmæssig forestilling om, hvad der betragtes som sundt og usundt samt normalt og unormalt, som ingen er upåvirket af. Derfor eksisterer en form for doxa på området for, hvordan kroppen skal se ud, hvad den skal spise, samt hvordan den skal bevæge sig og afholde sig fra usunde vaner. Dermed er diskurser og praktikker i forhold til sundhed og sundhedsidealiser uømgængelige og virksomme for alle mennesker i et moderne samfund. Her er ingen helt resistente over for disse idealer, og selv de individer, der tager afstand herfra, vil distancere sig i forbindelse med bestemte sundhedsidealiser (Larsen 2010:63f). Larsen argumenterer for, at der via metamagtfeltet og feltet for sundhedsviden er tale om en udvikling af en speciel form for smag for sundhed. Dette betyder, at sundhed kan betegnes som et slags objekt for investering, hvor der findes en samtidig konstruktion af et *produktionsfelt* og et *konsumptionsfelt*. I produktionsfeltet bliver der produceret viden om sundhed, hvilket blandt andet er idealer om den sunde krop. I konsumptionsfeltet produceres der derimod aftagere af disse produkter. Disse to felter er uadskillelige, idet kapital og marked bliver konstitueret samtidigt. Der kan være tale om, at når dominante sociale grupper fordelagtigt investerer i denne kapital, kan man dermed anskue sundhed som en kapital, da den udgør en distinktiv fordel (Ibid:64f). Larsen argumenterer også for, at sundhed kan anskues som en inkorporeret kulturel kapital, som yderligere skyldes de forandringer, som sker i det sociale rum. Historisk set har kroppen været objekt for investeringer i forhold til udseende, fysiognomi osv., hvorimod der i dag sociologisk set kræves nogle nye former for optimering og trimning af kroppen, hvor det ikke blot er kroppen, men også sundhedskroppen. Der forekommer en bestemt forestilling om den sunde krop som salgbar på eksempelvis arbejdspladser eller behandlingsmarked. Den samtidige øgede individualisering fører til en investering i den sunde krop, og gør denne til en særlig form for inkorpo-

reret kulturel kapital (Ibid:64f). Larsen påpeger, at investeringsarbejdet i den sunde krop er en uendelig proces, der foregår døgnet rundt i alle ugens dage, hvorfor kroppens søvn, hvile og inaktivitet er en del af investeringsarbejdet. Larsen argumenterer yderligere, at individets investering i søvnen konverteres til øget produktivitet i vedkommendes arbejde, hvorfor sundhedskapitalen kan konverteres til økonomisk kapital (Ibid:65f). Derfor sættes reglerne for, hvad der anses som usundt og sundt, samt hvordan det italesættes og praktiseres af de dominante grupper, hvorfor denne gruppe dermed er bedre til at læse spillet, da denne gruppe har skabt spillereglerne. Yderligere besidder denne gruppe de nødvendige sociale, økonomiske og kulturelle ressourcer til at kunne praktisere sundhed som investering. Dette bidrager til den sociale ulighed i sundhed (Ibid:68f).

Det er veldokumenteret, at i Danmark fordeler sundhed og sygdom sig ikke ligeligt mellem samfundets grupperinger, hvor der her er tale om social ulighed i sundhed. Termen *social ulighed* omhandler, at man skal anse forskellene for at være uretfærdige, samt at uligheden bliver knyttet til sociale samfundsgrupperinger, som er de gængse klassifikationer inden for samfunds- eller socialvidenskab i forbindelse med uddannelses-, indkomst- og socialklasser. Dermed kan det siges, at uligheden eksisterer uanset mål for social position, hvor den bliver opgjort som erhvervsbaserede grupper, uddannelse eller indkomst (Holstein 2008:4; Diderichsen & Curtis 2008:16).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er *social ulighed i sundhed* en betegnelse for, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet. Dermed har social position en betydning for individers levevilkår og sundhed, psykiske og somatiske sygdomme samt for middellevetiden. Sundhedsstyrelsen fremhæver, at nogle grupper i befolkningen bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre mennesker (Sundhedsstyrelsen 2022). Den sociale ulighed i Danmark er steget siden 1980'erne, hvilket gør, at mennesker med høj indkomst gennemsnitligt lever længere end mennesker med lav indkomst. Sundhedsstyrelsen har gennem en række initiativer haft fokus på social ulighed i sundhed i deres undersøgelser af sundhedstilstanden blandt danskerne uden for arbejdsmarkedet. I 2006 udkom rapporten *Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark*, som blev udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed. Rapporten gav for første gang en samlet beskrivelse og analyse af risikofaktorerne betydning for folkesundhed i Danmark (Diderichsen et al. 2011:5). I 2020 udkom rapporten *Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017* fra Sundhedsstyrelsen, som beskriver uligheden i sundhed med en række indikatorer, som blev indsamlet systematisk. Dette gjorde, at det var muligt at følge udviklingen. Rapporten viser særligt en social ulighed i restlevetid og uddannelse blandt 30-årige. Det vil sige, at restlevetiden er længere med højere fuldført uddannelsesniveau. Derudover viser det sig i

forhold til restlevetid og indkomst, at der er en social ulighed blandt 30-årige, hvilket vil sige, at restlevetiden er længere med højere indkomstniveau. Der er sket en stigning i den sociale ulighed i perioden mellem 1990-2016 blandt mænd og kvinder (Udesen et al. 2020:3f).

Vi lever i dag i et samfund, hvor der til dagligt er et stort fokus på sundhed gennem folkesundhedsarbejdet, hvilket skal forstås som arbejde, som bliver rettet mod at påvirke folkesundheden. I dag oplever vi hyppigere nye sundhedsråd i sundhedskampagner og indsatser, hvor vi bliver anbefalet og ofte opfordret til at leve et sundere liv. Der er flere grunde til, at der er en stor interesse for folkesundhed, hvor der opleves store forskelle i sundhed i forskellige sociale grupper, og der forekommer en erkendelse af, at en samlet samfundsmæssige indsats på området er nødvendig i forhold til at kunne fremme sundheden i landet generelt, forebygge sygdomme og forlænge levetiden (Vinther-Jensen & Nielsen 2004:42). Selvom der ses en bred enighed om anvendelsen af et bredt sundhedsbegreb, retter folkesundhedsarbejdet sig ofte mod livsstilsfaktorer og menneskers sundhedspraksis. Dette sker ud fra det argument, at KRAM-faktorerne, som fokuserer på kost, rygning, alkohol og motion, tilskrives ansvaret for 40 pct. af samtlige årsager til sygdom og tidlig død. Dermed anses KRAM-faktorerne for at være en større del af årsagen til udviklingen af de mest udbredte og alvorlige folkesygdomme (Forebyggelseskommissionen 2009:5).

1.2 Sundhedsrelaterede livsstil

Når individer udfører handlinger, som enten har en positiv eller negativ indflydelse på deres helbred, kan disse handlinger beskrives som *sundhedsadfærd* eller *livsstil*. Begrebet, *livsstil*, bliver anvendt til at beskrive om forskellige sociale klassers vaner og aktiviteter. Afhængigt af sammenhængen bliver livsstilsbegrebet anvendt til at dække både valg af kulturelle aktiviteter, forbrugsvaner og valg af mere sundhedsrelaterede vaner, hvilket eksempelvis kan være fortrukne madretter og idrætsaktiviteter. Det ses, at der i praksis er et stor overlap mellem de områder, der dækkes af begrebet livsstil og sundhedsadfærd. Livsstilsbegrebet bliver generelt anvendt til at beskrive adfærdsmønstre i grupper af mennesker. Derimod bliver begrebet, *sundhedsadfærd*, anvendt, når vægten er på det enkelte individs handling eller adfærd. Dermed omfatter disse to begrebet både overlagte, bevidste og de vaneprægede handlinger, der har en indflydelse på sundheden, hvor disse begreber afspejler individers kulturelle og sociale identitet (Christensen & Albertsen 2002:208).

Derimod anvender Pierre Bourdieu livsstilsbegrebet som en markør for sociale hierarkier i samfundet. I nyere tid har Pierre Bourdieus teori om sammenhængen mellem socioøkonomisk position og livsstil været indflydelsesrig (Holm & Jæger 2008:32). Livsstilsbegrebet er ikke blot positivt, men skaber også ulighed i samfundet, da de livsstilsvalg, vi foretager os, er forbundet med hierarkier, hvor der på baggrund af dette kan ses, hvilken social position vi har i samfundet. De valg, som tages, kan blive set som et resultat af de smagspræferencer, som individer har, hvilket har indflydelse på en del elementer og forbrug. De individuelle forbrugsvaner er medvirkende til at kunne bestemme tilhørsforhold hos en bestemt gruppe i samfundet. Disse forbrugsvaner kan variere fra valg af hjem og placeringen af dette til måden at føre familie på. Det kan også være sociale relationer, fritidsinteresser, kulturforbrug og kulturpræferencer, som kan være film, musik, litteratur og kunst. Disse forskellige smagspræferencer er medvirkende til, at der opstår klasseskel, hvilket vil sige klassemarkører, som både består af levn fra socialiseringen i opvæksten og sociale erfaringer herfra, men ligeledes fra valg i voksenlivet. Bourdieus relationelle tankegang skal forstås som, at individer vil indtage forskellige positioner afhængigt af deres habituelle dispositioner, herunder en kapitalsammensætning mellem økonomisk-, social- og kulturel kapital (Järvinen 2007:352, 365f). Dermed kan det siges, at livsstil er betinget af den sociale position, som individet indtager. I Bourdieus optik anses livsstil ikke som værende rodfæstet i individuelle valg, men snarere determineret af individets positionering som følge af socialiseringen (Rosenlund & Prieur 2006:115).

1.2.3 KRAM-faktorerne

Bourdies forståelse af begrebet livsstil åbner op for en anden betydning af, hvad livsstil er i forhold til Sundhedsstyrelsens KRAM-faktorer. Her bliver livsstil ikke blot defineret ud fra, hvad der er sundt, men ligeledes ud fra, hvad der foretrækkes af de forskellige grupper.

I det ovenstående afsnit bliver begreberne livsstil og sundhedsadfærd introduceret, hvor der blev inddraget sociologiske teorier. Dette er gjort i forhold til at vise læseren, at livsstilsbegrebet kan forstås på mange forskellige måder. I dette speciale er der fokus på KRAM-faktorerne, som mål på sundhedsrelaterede livsstil, idet disse faktorer kan gå forud for mange helbredsmæssige konsekvenser. Desuden formodes det, at det er faktorer, der i et givet omfang er op til det enkelte individ, fordi individet selv kan bestemme, hvad der indtages, og om man er fysisk inaktiv. KRAM-faktorerne består af kost, rygning, alkohol og motion, som er de faktorer, Sundhedsstyrelsens anvender til at måle og vurdere de anbefalinger, de frembringer, med hensyn til en sund livsstil, idet der er en sammenhæng mellem sygdom og valgt livsstil. Det kan siges, at en sund livsstil er eftertragtet, fordi en

usund livsstil kan have en negativ påvirkning på helbredet, som kan medføre blandt andet tidligere dødsfald og flere indlæggelser. Dermed kan dette påvirke danskernes middellevetid (Jensen et al. 2022:130). I kost-faktoren er der fokus på, at kosten skal bestå mere af frugt og grønt og mindre af mættet fedt. I 2013 havde Fødevarestyrelsen ti kostråd, hvor disse er anbefalet i forhold til at sikre, at man indtager det daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer. Et sundt kostmønster kan være en medvirkende faktor til et godt fysisk og psykisk velbefindende samt nedsætte risikoen for en lang række livsstilsrelaterede sygdomme (Larsen et al. 2011:44). De ti kostråd er:

- Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grønsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødpålæg
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

(Kilde: Larsen et al. 2011:44)

Livsstilsrelaterede risikofaktorer indebærer for eksempel et stort alkoholforbrug, rygning, fysisk inaktivitet, svær overvægt og usundt kostmønster. Disse faktorer har en negativ betydning for sundheden, hvor forskellige studier har vist, at antallet af risikofaktorer, som en person har, kan øge risikoen for at få kræft, hjertekarsygdom eller for at dø for tidligt. Ophobning af livsstilsrelaterede risikofaktorer hænger hyppigt sammen med forhold såsom alder, køn og uddannelsesniveau. Derfor er social ulighed i livsstilsrelaterede risikofaktorer en medvirkende årsag til den generelle sociale ulighed i sundhed (Jensen et al 2022:130). I Danmark er der 13.600 flere dødsfald årligt blandt individer, som er rygere eller tidligere har været rygere sammenlignet med individer, som aldrig har røget. Dette betyder, at rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden i Danmark (Ibid:60). Alkohol er en anden af de kendte forebyggelige risikofaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Danmark har det højeste alkoholforbrug og den højeste drikkefrekvens blandt unge og voksne sammenlignet med de andre nordiske lande. Sundhedsstyrelsens

udmeldinger om alkohol blev ændret i marts 2022, hvor der anbefales højst ti genstande om ugen og højst fire genstande på samme dag (ibid:76). Fysisk aktivitet kan forebygge en del hyppigt forekommende tilstande og sygdomme såsom hjertekarsygdomme, type 2-diabetes og kræft. Danske undersøgelser har vist, at fysiske inaktive individer i gennemsnittet lever syv år kortere sammenlignet med fysiske aktive personer (Ibid:104). Derudover ses det, at kosten også har en betydning for personers sundhedstilstand, da sunde kost- og måltidsvaner kan have indflydelse i forhold til at fremme og bevare et godt helbred. Desuden kan det også være med til at forebygge kostrelaterede sygdomme og tilstande. Derimod kan et usundt kostmønster være en medvirkende årsag til, at personer udvikler en række sygdomme og tilstande (Ibid:92).

I det nærværende speciale vil der tages udgangspunkt i den sundhedsrelaterede livsstil, hvilket vil sige KRAM-faktorerne. Dette betyder, at livsstilsbegrebet i høj grad vil blive simplificeret, hvor det dermed er lettere at måle, da der kun vil være én forståelse af, hvad sund og usund livsstil indebærer. Derimod vil der i den brede forståelse være flere definitioner afhængigt af det enkelte individ. Denne snævre form for livsstil kan stadig anses som et udtryk for individets vaner og praksisser, fordi det kan betones i forhold til, hvilke valg de har truffet i forbindelse med KRAM-faktorerne, idet der ikke er nogen, som tvinger dem til at dyrke motion eller ryge (Holstein 2011:89).

1.3 Eksisterende forskning

Eksisterende forskning inden for sundhed har længe påpeget relevansen i at undersøge andre faktorer såsom de sociale eller økonomiske fremfor de medicinske årsagsfaktorer i en sundhedsmæssig interesse. Her tyder det på, at ringe vaner og praksisser, som ofte hører til en bestemt gruppe af individer i samfundet, har en negativ indvirkning på sundhed. Den norske forsker, Jon I. Elstad, har gennem en lang række studier fremhævet vigtigheden i at undersøge ydre omstændigheder som betydende faktorer for den sociale ulighed i sundhed (Elstad 2001). Dette vil tydeliggøres i følgende afsnit, hvor tidligere forskning belyser disse fund.

Rapporten "*Social ulighed i sundhed og sygdom Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*", udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, viser den sociale ulighed i en dansk kontekst. Rapporten er baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 samt sundhedsregistre, spørgeskemaundersøgelser og kliniske kvalitetsdatabaser. Analysen konkluderer en fortsat stor social ulighed i sundhed, hvilket især afspejles i rygning.

Rapporten viser, at størstedelen af de daglige rygere er individer, der højst har gennemført en grundskole uddannelse. Ligeledes fremgår det i analysen, at sundhedsstyrelsens anbefaling om fysisk aktivitet især ikke overholdes af individer, der højst har fuldført en grundskole uddannelse. Derudover opleves der svær overvægtighed i forhold til befolkningen med videregående uddannelser. Derimod viser rapporten, at den del af befolkningen, der har en videregående uddannelse, udgør en højere andel af dem, der ikke følger Sundhedsstyrelsens anbefaling for den ugentlige alkoholindtag og ofte drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed, end dem med det laveste uddannelsesniveau. Rapporten fremhæver, at der ikke er sket ændringer i den sociale ulighed fra 2010 til 2017 på trods af, at den sundhedsmæssige praksisser såsom rygning, dårlig kost, manglende motion og alkoholindtag tilsammen resulterer i 31,5% af sygdomsbyrden, som opleves i Danmark. Analysen pointerer endvidere, at rygning og alkoholforbrug står bag en stor del af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark. I 2017 viser rapporten ophobning af risikofaktorer, som viser sammenhængen mellem uddannelsesniveau samt andelen af befolkningen over 30 år, der har to eller flere risikofaktorer såsom rygning, alkoholindtag, fysisk inaktivitet og svær overvægt. Analysen viser, at 15 % af kvinder med kun grundskoleuddannelse har to eller flere risikofaktorer, hvorimod det samme gælder for 9% af andelen af kvinder med videregående uddannelse. Det ses, at 20 % af mændene har to eller flere risikofaktorer, hvor det kun gælder 10% af mænd med videregående uddannelse. Dermed er der en høj grad af social ulighed i andelen med to eller flere risikofaktorer blandt begge køn i 2017, hvilket betyder, at andelen med to eller flere risikofaktorer er lavere blandt befolkning med videregående uddannelser. Forskellen fra grundskole uddannede til individer med videregående uddannelser hos kvinder er på 11% og 13% hos mænd. Kigger man udelukkende på de enkelte indikatorer og særligt dem, der viser en høj grad af social ulighed, er det interessant at kigge på daglig rygning. Det fremgår i rapporten, at der er 20% flere rygere blandt kvinder og 22% flere rygere blandt mænd med grundskoleuddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau sammenlignet med personer, der har gennemført en videregående uddannelse. Kigger man derimod på alkohol, opleves en lav grad af social ulighed, dog opleves en omvendt social ulighed. Denne indikator viser andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, opdelt efter uddannelsesniveau for personer over 30 år blandt begge køn. Analysen viser, at andelen af kvinder, som ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkoholindtag, er højere hos kvinder med videregående uddannelser end blandt dem kun med grundskole. Den sociale ulighed i andelen af denne kategori hos kvinder var i 2017 på 0,5% og på 2,7% blandt mænd. Der fremgår ligeledes en stor social uligheden i blandt per-

soner med svær overvægt. Kigger man på den sociale ulighed i andelen af individer med svær overvægt i 2017 med udgangspunkt i højest og lavest gennemført uddannelsesniveau, ser man en markant forskel på 16% hos kvinder og 20% hos mænd (Udesen et al. 2020).

En nyere sundhedsprofil for Region Nordjylland kaster lys over nordjydernes selvvaluerede sundhedstilstand i 2021. Rapporten "*HVORDAN HAR DU DET?*" blev udgivet i marts 2022 af Region Nordjylland og analyserer besvarelsener af 21.276 nordjyder, som har valgt at deltage i spørgeskemaundersøgelse. Dette spørgeskema sendes ud til nordjyderne hvert fjerde år og forsøger at belyse den sociale ulighed blandt nordjyder mellem 25 og 64 år med det formål at analysere livsstilsvaner, som indfanges på baggrund af KRAM-faktorerne. Rapporten viser, at den sociale ulighed opleves i alle livsstilsfaktorer udover alkohol. Uligheden er størst ved rygning og kost ligesom i rapporten fra Sundhedsstyrelsen. Det fremgår i analysen, at nordjyder, der højest har gennemført en grundskoleuddannelse, har en øget usund kost på 60%, en dobbelt så stor forekomst af daglig rygning og 2,3 gange så tilbøjelige til at være fysisk inaktiv i fritiden sammenlignet med de øvrige grupper. Generelt viser rapporten en tendens til, at usunde livsstilsvaner, dårligt helbred og trivsel opleves blandt nordjyder med kortere uddannelsesniveauer sammenlignet med individer med længere uddannelsesniveauer. Derudover fremgår det i rapporten, at nordjyder med kortere uddannelsesniveauer finder det vanskeligt at kommunikere herunder læse og forstå både skriftlige og mundtlige informationer fra sundhedsfagfolk. Kigger man derimod på motivationen for livsstilsændringer og således ønsket om at forbedre sin livsstil, viser det sig, at vaner som mindre alkoholindtag og sundere kost ønskes af både nordjyder med lav og høj uddannelsesniveau. Ønsket om mere motion forekommer hyppigere hos nordjyder med længere uddannelsesniveauer. Ønsket om forandring forekommer således i alle grupper. Den sociale ulighed i ønsket om forandring forekommer således kun ved fysisk aktivitet i 2021 (Christensen et al. 2022).

I *Hvidbogen om Multisygdom* fra 2017 har forsker og overlæge Peter Vedsted dokumenterer gennem en litteraturgennemgang, at individer i det danske samfund med mere end én kronisk sygdom. Heri fremhæver Vedsted den sociale ulighed, som eksisterer blandt individer med multisygdomme. Vedsted beskriver, at multisygdomme har en stærk sammenhæng med sociale forhold, hvilket forårsages af de sociale faktorer, som korresponderer til forskellige fysiske og psykiske sygdomme. Yderligere påpeger Vedsteds forskning, at forskellige typer af adfærd, der opleves hos individer med en lav

social position, fører til kroniske sygdomme. Vedsted pointerer, at 25% af 30-årige med højt uddannelsesniveau forventes at leve mellem 2,5 og 4 år længere end 25% af individer med lavt uddannelsesniveau. Ligeledes tyder hans forskning på, at personer fra lavere sociale positioner har en større tendens til at udvikle multisygdomme flere år tidligere end andre. Det tyder på, at i alt 20% af 40-44-årige med en lav social position har mere end én kronisk sygdom, hvor det kun er 10% blandt individer i de høje sociale positioner, og disse kroniske sygdomme indtræffer først i gennemsnittet 15 år senere. Vedsted forklarer, at grunden til risikoen hos individer fra lavere sociale positioner er, at en højere andel af disse individer allerede fra barn lever under dårlige kår. Derudover opleves ringe livsvaner og forhold til sundhed. Blandt individerne i de lavere sociale positioner forekommer ofte sygdomme i forbindelse med overvægt. Der forekommer desuden et større forbrug af tobak og alkohol, fysisk inaktivitet samt dårlige kostvaner. Disse er afgørende for de sygdomme, de oplever, og er med til at forværre dem (Vedsted 2017:35- 42).

Studiet *“Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle”* fra 2014 af Vibeke T. Christensen og Richard M. Carpiano undersøger klasseforskelle med fokus på BMI blandt danske kvinder i 2007. Dette kvantitative studie viser sammenhængen mellem fedme og vægtrelaterede data i forhold til klasserelaterede uligheder, som er med til at bestemme sundhedsmæssige vaner og praksisser. Studiet tager udgangspunkt i GfK, som består af repræsentativt udvalgte danske husstande, hvor denne undersøgelse omfatter 1376 danske kvinder. Studiet gør brug af teoretiske perspektiver fra både Cockerhams (2005) livsstilsteori og Bourdieus teorier om kapitaler og livsstil og undersøger således, hvordan økonomisk-, kulturel- og social kapital definerer kvinders klasseposition knyttet til BMI. Studiet viser, at kulturel og økonomisk kapital har en direkte indflydelse på BMI. Studiet mediationsanalyser påpeger, at større mængder af alle tre former for kapitaler kan sættes i sammenhæng med lavere BMI gennem større træningsfrekvens. Således fremhæver dette studie, at social klasse kan have indflydelse på menneskers kropsvægt (Christensen & Carpiano 2014). Analysens resultater antyder, at kapitalerne hver især påvirker BMI blandt danske kvinder gennem deres valg og praksisser. Den kulturelle kapital er positivt forbundet med sunde kostvaner, men ikke forbundet til BMI. Derimod fremgår det, at kvinder med større økonomisk kapital er mere sportslige og udfører ofte fysisk hårdt træning, da de påvirkes af kropsidealer. Ved at dyrke aktiviteter, der er fysisk krævende og hårdt, får de muligheden til at forbrænde overskydende kalorier, tabe eller vedligeholde deres vægt og tone kroppen sammenlignet

med let træning. Yderligere påpeger studiet, at kvinder, der besidder en høj social kapital, ofte deltager i motionsaktiviteter, fordi kvinderne motiveres af de sociale dimensioner ved at udføre motion. Kvinder er mere tilbøjelige til at dyrke motion, når det er i selskab med andre fremfor at træne alene. Da kvinderne motiveres af deres fællesskab til at bevare en træningsrutine og interessen for motion, som medfører en vedligeholdelse af kropsvægten eller en lavere sundere kropsvægt. I forhold til kulturel kapital ser man en omvendt ulighed, hvor kvinder med en høj kulturel kapital kan forbindes med højere BMI. Det viser sig nemlig, at kvinder med høj kulturel kapital gennem større interesse for madlavning. Studiet viste faktisk at kvinder med større kulturel kapital har sundere spisevaner, men dette var ikke forbundet til BMI, hvilket betyder, at sunde spisevaner ikke nødvendigvis betyder, at de har en lavere kropsvægt. Såfremt kan større kapitalmængder ligeledes føre til negative vaner, som kan føre til højere BMI. Analysen viser, at social kapital er forbundet med højere BMI gennem større madlavningsinteresser. Madlavning i selskab med venner kan anses som underholdningspraksis, hvor det ikke handler om at lave sunde og nærende måltider. Derudover kan det også indikere, at man føler sig presset til at tilberede mad, der er mere bekvemme og hurtige at lave end sunde. Det kunne ligeledes tænkes, at man går mere op i nydelse og at maden smager godt, fremfor at tænke sundt. Den samme tendens blev fundet i kulturel kapital, hvor en større kulturel kapital var forbundet med højere BMI gennem større interesse for madlavning. Bourdieu (1984) belyste nemlig i sit studie, at individer med større kulturel kapital havde en tendens til at lave originale og lettere retter. Dog viser dette studie, at en stor interesse for madlavning ikke nødvendig betyder et indtag af lavt kalorieindhold og sunde spisevaner. Ved økonomisk kapital fandt dette studie ingen sammenhæng med sundere kostvaner, hvorfor dette må bekræfte Bourdieus (1984:183) argument om, at individer, som besidder en større økonomisk kapital, har madrelaterede smagsmønstre, der har tendens til at ligne de smagsmønstre fra de lavere klasser. Dette studie viser, at sociale klasser er forbundet med sundhed, hvor der både forekommer sundhedsfremmende og sundhedsskadelige resultater. Såfremt viser denne analyse relevansen i at undersøge kost og motion i forhold til sociale klasser sammenhæng med BMI. De sociale klasseforskelle i kropsvægt og fedme, der blev vist i denne undersøgelse, foreslår bedre sundhedsstrategier, hvor man fokuserer mere på de nævnte faktorer fra dette studie (Christensen & Carpi-ano 2014).

Den anerkendte canadiske sociolog, Gerry Veenstra, har bidraget stort i forhold til forståelsen af sammenhængen mellem social ulighed og identitet i en sundhedskontekst. Særligt er Veenstras studie *“Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada”* fra 2007 interessant, da han med udgangspunkt i Bourdieus teori om sociale klasser undersøger sundhedsrelaterede faktorer og sundhedspraksisser i den canadiske provins gennem en multipel korrespondanceanalyse. Dataene blev indsamlet ud fra spørgeskemaundersøgelse blandt 1435 tilfældigt udvalgte voksne over 18 år fra 25 samfund i Britisk Columbia med en svarrate på 56,5%. I analysen fremgår 763 kategorier uden nogen missing values. Med udgangspunkt i multipel korrespondanceanalyse konstruerede Veenstra det sociale rum, der identificerede sociale klasser med udgangspunkt i sundhed. De sociale klasser blev skabt på baggrund af kulturel smag og dispositioner, livsstilspraksis, social status, uddannelsesniveau, økonomisk-, kulturel-, og social kapital og erhvervsmæssige forhold. Gennem sin analyse fastslår Veenstra fire klasser: *professional class*, *middle class*, *working class* og *class of solitude*. Med disse klasser fremhæver Veenstra en sammenhæng mellem den sociale klasser og deres sundhed. Den første klasse, *professional class*, karakteriserer veluddannede og velhavende og omfatter især professionelle samt ledere. Der viser sig et mønster af fysiske aktiviteter såsom yoga, kajak, løb og vægttræning og meget sofistikeret og dyr smag af magasiner og glæde ved at læse bøger. Derudover er der en høj deltagelse i diverse foreninger og klubber. Denne klasse påstår at have et fremragende selvvurderet helbred. *Middle class* repræsenterer ekspedienter og sælgere, vejledere og mellemledere, som er moderat veluddannede. Studiet viser, at de har høje husstandsindkomster, og der kan forekomme alkoholforbrug en gang imellem, når lejligheden byder sig. Derudover er de tobaksfri og stoler ikke på politikere. Denne klasse er karakteriseret af at have et moderat eller dårligt selvvurderet helbred. *Working class* består af et mindre antal uddannede og ikke-uddannede, som arbejder i ufaglærte eller fagligt manuelle erhverv. Denne klasse består af daglige rygere, som har et alkoholindtag. De flytter ofte og har sjældent et forhold til sine naboer. Den sidste klasse, *class of solitude*, repræsenteres af forskellige erhvervsbaggrunde især unge, enlige, skilte eller separerede, der ofte bor i midlertidige lejede boliger. De to sidste klasser kendetegnes ved deres depressive symptomer. Med denne analyse tegner Veenstra et tydeligt mønster af den sociale ulighed i sundhed blandt de canadiske borgere på baggrund af Bourdieus teori anvendt i en sundhedsrelateret kontekst. Analysen påpeger, at sundhedskapitalen er med til at opdele borgere på baggrund af økonomisk-, kulturel- og social kapital (Veenstra 2007).

1.4 Afgrænsning

Interessen for dette felt kommer af ønsket om at finde ud, hvordan sundhed kan manifesteres i en nutidig dansk kontekst. I det moderne samfund er det interessant at undersøge, hvorvidt sundhed kan være forbundet til ens sociale position i samfundet. Med udgangspunkt i det eksisterende forskning, som påpeger den sociale ulighed i sundhed, er der en fortsat interesse i at undersøge dette felt med sundhedssociologiske briller, hvor der særligt er fokus på at belyse den sociale ulighed i sundhed med et foranderligheds aspekt. Dette felt er ikke tidligere undersøgt, hvor specialet mener, at der er et videnshul. Såfremt er der ikke blot interesse i at belyse, hvordan den sociale ulighed i sundhed kommer til udtryk hos individer gennem livsstilsvaner, men ligeledes viljen til at ændre de sundhedsrelaterede vaner i forhold til deres sociale position. Dermed findes det interessant at undersøge ulighed i et sundhedsmæssige aspekt og hvordan de mønstrer sig. Dette speciale er i høj grad inspireret af Bourdieus studie *Distinktionen* i henhold til at identificere de sociale klasser i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, som der i specialet vil blive konstrueret gennem korrespondanceanalysen, hvoraf sundhed undersøges med udgangspunkt i KRAM-faktorerne. Såfremt vil dette speciale undersøge de sundhedsrelaterede livsstilsvaner i et allerede eksisterende datasæt af Region Nordjylland, hvor der kun undersøges nordjyder i alderen 25 - 75 år, da interessant at undersøge personer, som allerede har fundet sin placering i samfundet.

2. Problemformulering

I specialet vil det blive belyst, hvilken sammenhæng der findes mellem social ulighed og nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil, hvor der vil være fokus på, om de har et ønske om at ændre deres sundhedsrelaterede livsstil. På baggrund af dette vil specialets problemformulering udmunder i følgende:

Hvordan er sundhedsrelaterede livsstile og forandringsvillighed fordelt i den nordjyske befolkning? Hvilken rolle spiller social ulighed for fordelingen af livsstil og forandringsvillighed i den nordjyske befolkning?

Dette speciale er udarbejdet ud fra en ambition om at bidrage med noget nyt til diskussionen af sundhed i forbindelse med at kontekstualisere nordjydernes sundhedsrelaterede livsstile. I det nærværende speciale vil der være fokus på, hvorvidt nordjyderne ønsker forandringer i deres sundhedsrelaterede livsstil og hvordan de er forandringsvillige. Med brugen af korrespondanceanalyse er det muligt at kunne skabe et billede af sammenhænge mellem et sæt af sundhedsrelaterede livsstilselementer og forskellige livsbetingelse blandt borgerne i Region Nordjylland. Analysen vil tage udgangspunkt i data fra Region Nordjyllands folkesundhedsundersøgelse *"Hvordan har du det?"* fra 2013.

Fokus i det nærværende speciale er at lede efter mønstre i, hvordan sundhedspraktikere og nordjyderne forholder sig til, at disse bliver grupperet sammen eller i modsætning til hinanden. Dette vil blive belyst med en udarbejdelse af et rum for sundhedsrelaterede livsstile, hvor der gøres brug af multipel korrespondanceanalyse. Dette bliver muligt med en eksplorativ tilgang til data i forbindelse med en undersøgelse af samtidige og samvirkende relationer mellem et netværk af faktorer (Skjøtt-Larsen 2008:56). Yderligere vil det i det nærværende speciale blive undersøgt, hvorvidt det er meningsfuldt at udarbejde grupper af individer, der ligner hinanden i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstile og sociale baggrund. Der vil i specialet blive udarbejdet multipel korrespondanceanalyse med en klyngeanalyse. Her kan strukturer og mønstre i specialets empiri blive undersøgt, hvor der kan skabes grupper af nordjyske borger, der statistik set ligner hinanden internt, men adskiller sig fra hinanden eksternt i forhold til deres sundhedsrelaterede livsstile og de sociale baggrundsfaktorer (Lebart 1993). Efterfølgende vil relationerne mellem klyngerne blive analyseret med specialets teoretiske udgangspunkt, hvilket vil danne baggrund for diskussionen om den sociale ulighed i nordjydernes sundhedsrelaterede livsstile og hvordan de er forandringsvillig omkring deres sundhedsrelaterede livsstil. Til sidst vil der i specialet blive analyseret på, hvorledes disse mønstre kan være relateret til sociale forskelle. Her vil mønstre af sundhedsrelaterede livsstile blive relateret til mønstre i sociale baggrundsfaktorer, hvor baggrundsvariabler bliver indsat som supplementærpunkter i rummet for sundhedsrelaterede livsstile. Dette gør det muligt at undersøge nordjydernes fordeling, uden at de bidrager til at skabe selve rummet.

3. Videnskabsteori

I det følgende afsnit vil der blive redegjort for specialets videnskabsteoretisk tilgang, hvilket er metodologisk relationisme. Der vil i afsnittet blive redegjort for Pierre Bourdieus reflektiv sociologi samt hans videnskabsteoretisk tilgang, som er den metodologisk relationisme. Derudover vil specialets formål blive beskrevet med brugen af denne videnskabsteoretiske tilgang.

Sociologen og antropologen Pierre Bourdieu definerer sin egen videnskabelige tilgang som en reflektiv sociologi, som omhandler, at sociologien skal historisere de agerendes og situationens forudsætninger. Bourdieu påpeger, at sociologisk refleksivitet skal kunne synliggøre, hvordan bestemte historiske forudsætninger og sociale og materielle omstændigheder skal kunne muliggøre og begrænse diskurser samt de handlende individers forskellige praksisformer i en given situation (Mathisen og Højbjerg 2004: 236). Bourdieus refleksive sociologi står i modsætning til nyliberalismens fokus på refleksiv individualisering, hvor den i stedet anser den sociale verden som socialt og historisk konstrueret. Det vil sige, at den sociale verdens objektive strukturer er et resultat af ubevidste historiske og sociale kampe mellem sociale aktører. Bourdieu mener, at dette også gør sig gældende for de mentale strukturer, idet disse er produkter af de sociale strukturer (Prieur & Sestoft 2006:216). I forlængelse af dette er Bourdieus ontologi om den sociale virkelighed af den grund virkelighedens historicitet (Mathisen og Højbjerg 2004: 234).

3.1 Metodologisk relationisme

Bourdieu's position på videnskabsteoretisk niveau kan betegnes som metodologisk relationisme, hvor han betragter felter som sociale strukturer, som på én og samme tid har en objektiv eksistens samt er socialt dannet. Denne dobbelthed er baggrunden for Bourdieus karakteristik af sin position som strukturalistisk konstruktivist (Rasborg 2004:370ff).

Metodologisk relationisme er en videnskabsteoretisk tilgang, som omhandler, at det hverken er helheden eller de enkelte dele, som er udgangspunktet, men at det derimod er relationerne mellem elementerne og elementernes indbyrdes position i forhold til hinanden. Dette kendetegner Bourdieus tilgang og hans begreber om positionering, felt og kapitalformer. Metodologisk relationisme fokuserer på positioner og relationer som dynamiske størrelser, som udvikler sig over tid. Det kan blandt andet være som en vekselvirkning mellem strukturelt givne sociale forhold og individuelle dispositioner (Monrad & Olesen 2018:13f,149). Undersøgelsen af samfundet bør have fokus på funktioner og relationer, hvor udgangspunktet hverken er en opfattelse af samfundet som summen af individer eller som uafhængig struktur. Derimod er det interessante, at det ligger i de relationer og netværk, som

individerne indgår i (Jacobsen 2012:587). Bourdieu anses som en af de mest fremtrædende nyere sociologer, som argumenterer for den relationelle tænkning. Bourdieu fremhæver, at det er nødvendigt at have et blik for betydningen af relationerne mellem forskellige dominerende og dominerede positioner i forhold til at kunne indfange kompleksiteten af det sociale rum, hvilket er hans definition af samfundet (Ibid:585). I dette speciale vil der blive taget udgangspunkt i Bourdieus måde at anskue verden på, hvor strukturen eller individet ikke kan blive tilkoblet en værdi, men derimod opnår værdi, når det bliver sat i relation til noget andet. Det vil sige, at det hverken er det enkelte individ eller samfundsstrukturen, der er centralt i metodologisk relationisme, men derimod er det relationerne mellem disse. Dette betyder, at det er forskellene, som giver mening. Bourdieu påpeger, at i konstruktionen af analysegenstanden er det essentielt, at man tænker relationelt og gør brug af en enkelt teknik. Det vil sige en systematisk opstilling af relevante træk, som karakteriserer en gruppe af sociale aktører eller institutioner (Bourdieu & Wacquant 1996: 206,211).

Bourdieu har ikke fokus på enten subjektivitet eller objektivitet, da han ikke anser dem som modsætningsfyldte, hvor han derimod anser dem som komplementære (Bourdieu & Wacquant 1996: 27). Det ses, at Bourdieu gør brug af realismen i sin ontologi, fordi han anser den som værende defineret af en bestemt historisk praksis. Derimod kan det ses, at hans epistemologi læner sig op ad socialkonstruktivismen, da han fremhæver, at der bør være fokus på, hvordan sociale aktører skaber og forstår verden (Jespersen 2004:145f). Den sociologiske refleksivitet fremstiller en prakseologisk videnskabsteori, hvor Bourdieu henviser til, at der i hans sociologi bliver taget udgangspunkt i social praksis og dermed ikke i den dominerende diskurs. Bourdieu påpeger, at der i den sociale virkelighed indgår mentale strukturer, der ses i forskellige teorier og diskurser. De mentale strukturer anses som et produkt af individernes historisk bestemte sociale praksis i specifikke historiske samfund. Her ser han dem som dannet af sociale strukturer, der er et produkt af generationens historiske virke (Mathisen og Højbjerg 2004: 245). Bourdieu mener ikke, at hovedfokusset for den prakseologiske videnskabs-teori er, at sociologien skal anskue noget ud fra objektive fysiske lovmæssigheder, eller at den skal anskue noget ud fra en ren fænomenologisk konstruktion. Derimod påpeger Bourdieu, at man skal have en indgangsvinkel, som indebærer dem begge. Han mener, at de objektive strukturer ses i to former, hvor den første form, objektivitet af første grad, indebærer en del objektive strukturer, der skal forstås som fordelingen af materielle ressourcer og evner i forhold til at kunne tilvejebringe de sociale goder og værdier. Værdierne er de forskellige former for kapital, som vil blive beskrevet i specialets teoriafsnit. Derimod indebærer den anden form, objektivitet af anden grad, mentale og kropslige klassifikationssystemer, der fungerer som ramme for sociale aktørers adfærd, handlinger,

følelser, tanker og vurderinger. Dette betyder, at sociale fænomener bliver genstande, som kan erkendes, fordi individet tolker og forsøger at få mening med den verden, som skaber dem (Bourdieu & Wacquant 1996: 19ff).

Det ses, at Bourdieu kombinerer den konstruktivistiske og strukturalistiske tilgang til virkeligheden. Selvom disse to vinkler er komplementære i hans analytiske arbejde, så går den objektive forud for den subjektive eller indlevede forståelse. Ifølge Bourdieu er årsagen for dette, at sociale aktørers forestillinger og vurderinger kan variere alt efter deres objektive placering i den sociale struktur (Jespersen 2004: 23f).

Der kan tages inspiration fra den tyske filosof Ernst Cassirer i forhold til at organisere den menneskelige viden om omverdenen. Cassirer skelner mellem to forskellige perspektiver: *substantielle begreber* og *funktionelle* eller *relationelle begreber* (Jacobsen 2012:583). *Substantielle begreber* henviser til en substantialistisk læsning, hvor alle former for menneskelig praktik og forbrug bliver betragtet for sig selv og for sin egen skyld. Det vil sige uafhængigt af omverdenen. Dette betyder, at hvis man skal kunne forstå et fænomen, skal man søge efter nogle grundlæggende træk, der kendetegner dette fænomenet. I den substantialistiske logik bliver forbindelserne mellem de sociale positioner og de menneskelige smagspræferencer betragtet som direkte og mekaniske relationer (Bourdieu 1997:18; Jacobsen 2012:583). Derimod henviser *funktionelle* eller *relationelle begreber* til en adækvat læsning, hvor forholdet mellem de sociale positioner, individens habitus og den sundhedsrelaterede livsstil er det essentielle. I denne logik er formålet at indfange virkelighedens relationelle og processuelle karakter fremfor at søge efter fænomenets grundlæggende karaktertræk (Bourdieu 1997:20; Jacobsen 2012:583).

Dette speciale har til formål at undersøge og analysere den sociale ulighed i sundhed blandt den nordjyske befolkning, hvor der bliver udført en systematisk opgørelse af de adskillige sundhedsvaner, som forekommer både i strukturel og funktionel forstand. Det vil sige, at der dermed vil blive benyttet en relationel tilgang til at opgøre nordjydernes sundhedsvaner. Efterfølgende vil disse sundhedsvaner analytisk set reduceres til relevante forskelle, der vil gøre det muligt at kunne skelne mellem forskellige sundhedsmæssige livsstile på et overordnet plan. Dette vil dermed danne et billede af det sociale rum, hvilket i dette tilfælde er et symbolsk rum, der består af objektive abstrakte relationer. Det er disse relationer, der udgør den sociale virkelighed (Bourdieu & Wacquant 1996:212). Med brugen af den metodologiske relationisme tillægger dette speciale sig de funktionelle og relationelle begreber, og dermed anskues de sundhedsrelaterede livsstile relationelt, hvilket dermed kan give et

indblik i den sociale ulighed i sundheden. Det er ikke specialets intention at søge efter grundlæggende karakteristika for, hvad der eksempelvis er en sund eller usund livsstil. Derimod vil dette blive synliggjort gennem relationerne i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, der senere vil blive konstrueret ud fra en multipel korrespondanceanalyse.

4. Teori

I det følgende afsnit vil der blive redegjort for specialets teoretiske udgangspunktet, hvor der valgt at inddrage Pierre Bourdieu. Bourdieus teori bliver anvendt til at kunne belyse, hvilke konsekvenser uligheden i sundheden har for den nordjyske befolknings sundhedsrelaterede livsstile. Ved brug af hans klassiske begreber vil det være muligt at kunne forklare uligheden i sundhed.

4.1 Bourdieu

Ifølge Pierre Bourdieu er et af de gennemgående temaer af sociologien at fremanalysere de mekanismer, der kan bevirke, at strukturen i den sociale verden skaber classeskel, og hvordan dette bliver opretholdt og reproduceret i det moderne samfund (Prieur 2006:23). Bourdieu argumenterer for, at der eksisterer et classeskel i det moderne samfund, og at der er homologi mellem aktørernes positionering og deres sociale position, hvilket resulterer i en ulighed i sundhedsrelateret livsstil (Rosenlund & Prieur 2006:126f).

4.1.1 Distinktionen

I et af Bourdieus hovedværker, *Distinktionen* (1979), belyser Bourdieu ligheder og forskelle, som optræder mellem sociale og kulturelle hierarkier blandt franskmænd ved at fremhæve smagspræferencer med fokus på kulturforbrug og kulturholdninger i sit studie. Et af hans største fund er, hvordan smag og præferencer hænger sammen med social position (Rosenlund & Prieur 2006:115). Dette belyser Bourdieu ved at konstruere det sociale rum i *Distinktionen* gennem korrespondanceanalyse. I *distinktionen* fremhæver Bourdieu sociale klasser på baggrund af det sociale rum. Bourdieu understreger, at individer klassificerer sig selv og andre gennem smag og præferencer, hvoraf det sociale rum dannes ud fra kapitaler, som skaber rammerne for kulturel smag og praksis. Med disse smag og praksisser belyser Bourdieu sociale klasseforskelle, hvoraf han fremstiller tre klasser, der adskiller sig fra hinanden, men indbyrdes deler mange ens kulturelle smag og præferencer samt kapitalstørrelser. De tre klasser indfanger *de dominerende*, *mellemklassen* og *dominerede* (Bourdieu 1984:108). *De dominerende* besidder større kapitalmængde, hvorimod *dominerede* besidder lavere kapitalmængder. I Bourdieus sociale rum opstår, hvad der ligner et hierarki og magtstrukturer, hvor dominerende

grupper adskiller sig markant fra de mindre grupper gennem smag og præferencer. *De dominerende* kendetegnes af deres store kapitalmængde, hvoraf de smag og præferencer, der kommer til syne i denne klasse, sker på baggrund af deres kapital mængder. Derudover det har de dominerende en tendens til at vedligeholde den grænse, der adskiller dem og de andre grupper ved konstant at foretage og foretrække smag og præferencer, som er uopnåelige for de andre klasser såfremt, at de ikke har ressourcer eller viden nok til at besidde den samme smag og præferencer (Rosenlund & Prieur 2006:144). Bourdieu betegner dette som *symbolsk vold*, hvor denne struktur af høje klasser indtager dominerende positioner og under sig har flere klasser med faldende indflydelse, som accepterer og normaliserer denne hierarki. Dermed er det de dominerende, som med andre ord bestemmer, hvad der gør sig gældende for de forskellige grupper (Bourdieu 1998:49). Ifølge Bourdieu forsøger *mellemlassen* derimod konstant at efterligne de dominerende. Mellemlassen stræber efter at være ligesom den øvre klasse, men har svært ved at leve op til dem, da de ikke har kapitalmængden til det og er derfor underlagt af denne klasse (Rosenlund & Prieur 2006:145f). Som tidligere nævnt beskriver Bourdieu, at *de dominerede* er underlagt af de dominerende, hvorimod de dominerede modsat de øvre klasser egentlig selv præfererer den mindre prestigefyldte livsstil, og lever mere begrænset. Deres smag og præferencer er præget af nødvendighed frem for luksuriøsitet på grund af deres få ressourcer. Bourdieu forklarer, at individer fra arbejderklasser faktisk er tilfreds med deres begrænsede livsstil, og har accepteret deres muligheder på trods af at deres livsstil betegnes som vulgær af de dominerende klasser (Ibid:147). Bourdieu forklarer, at denne reaktion sker på baggrund af, at de dominerede forsøger at vinde deres ret og magt tilbage og vise, at de altså bestemmer over sig selv. Med andre ord kan man sige, at de dominerede viser modmagt (Bourdieu 1984:395f). I *Distinktionen* forekommer tydelige og distinkte klassifikation og herunder magtstrukturer. Individer fra samme klasser, som besidder magen til kapitalmængder, har lignende smag og præferencer, som adskiller sig markant fra andre klasser. Bourdieu fremlægger ligeledes begreber som habitus og kapitalformer, som er med til at forklare de valg og præferencer, individet besidder, som vil uddybes i dette afsnit. Specialet tager stor inspiration fra Bourdieu og hans værk *Distinktion*, hvorledes der er interesse for at undersøge sundhedsrelaterede livsstilsvalg og livsstilspæferencer, som tilkendes gives forskelligt fra individ til individ afhængig af deres sociale positioner.

4.1.2 Kapitalformer

Kapitalbegrebet er blevet udviklet til at kunne indfange de ressourcer og værdier, som individer har adgang til i forbindelse med deres habitus og det felt, som de interagerer i. Et felt karakteriseres ud fra de specifikke kapitalformer (Mik-Meyer og Villadsen 2007:75). Individerne besidder bestemte former for kapital i forhold til at kunne gøre deres indflydelse gældende på et bestemt felt. Det vil sige, at individet i forbindelse med sin kapital kan udøve en vis magt og indflydelse, hvilket derved eksisterer i feltet fremfor for at blive anset som rent ”fyld” (Bourdieu & Wacquant 1996:86). Bourdieu argumenterer i sin teori for, at kapital eksisterer i tre fremtrædelsesformer: *kulturel kapital*, *økonomisk kapital* og *social kapital* (Bourdieu 1986:243). Besiddelsen af kulturel kapital indebærer, at individerne har tillært tilstrækkelig viden om blandt andet historie, politik og sprog, og at de har adgang til kulturel kapital ud fra bøger, teknikker og teorier. Denne kapital refererer til blandt andet uddannelse og individers finkulturelle færdigheder. Derimod udgøres økonomisk kapital af penge og økonomiske ressourcer, hvilket vil sige, at individerne blandt andet besidder materielle ressourcer. Den sidste kapital, *social kapital*, omhandler de ressourcer, individerne har i forbindelse med deres medlemskab af en bestemt gruppe, som kan give dem et stort netværk af forbindelser (Bourdieu 1986:243-246; Larsen 2010:58). Derudover anvender Bourdieu en fjerde type af kapital, *symbolsk kapital*. Denne type af kapital er en slags overordnet kapital, som de tre andre kapitaler bliver transformeret til, når de bliver opfattet som legitime i en bestemt arena. Det vil sige, at en specifik egenskab kan blive til en symbolsk kapital i én specifik arena, men ikke nødvendigvis i en anden arena. Et andet ord for symbolsk kapital er *distinktion*, hvilket vil sige de ressourcer, som bliver brugt af en anden gruppe i forhold til at kunne skaffe forspring i relation til anden gruppe. Ifølge Bourdieu kan den økonomiske, kulturelle og sociale kapital fungere som symbolsk kapital i forskellige grader. Dette betyder, at de har forskellige gyldighed inden for forskellige felter (Järvinen 2007: 352f).

Disse kapitalformer skal ses i relation til den sociale kontekst, som de eksisterer i, hvilket Bourdieu imødekommer med feltbegrebet. Med sit begreb, *felt*, skal det anses som mikrosamfund, som har hver sine regler for, hvilke kombinationer af kapitalformer, som kan være anerkendelsesværdige. I forhold til de forskellige felter kan der være flere forståelse af, hvilken værdi det bliver tillagt at have en sund krop eller hvornår kroppen kan anses som sund (Bourdieu & Wacquant 1996:84ff).

4.1.3 Habitus

Habitusbegrebet bliver defineret som det forhold, at objektive strukturer bliver internaliseret kropsligt i individerne, hvilket former deres muligheder for handling, hvor der ikke er tale om en mekanisk proces. Habitus skal anses som, at det afspejler et sæt af erhvervede handlingsskemaer, principper og præferencer, som bruges til at anskue verden. Det vil sige, at forskellige opvækstvilkår blandt individer skaber forskellige vilkår for internalisering af de objektive strukturer. Herved besidder individerne forskellige kapitalforskelle, hvilket vil skabe forskellige vilkår i forbindelse med adgang til og deltagelse i forskellige felter (Mik-Meyer og Villadsen 2007:76). Mennesker erfarer generelt verden ud fra den position i det sociale rum, der er tilgængelig for dem. Dette betyder, at der er en sammenhæng i forhold til, at der på den ene side er individernes position i et felt, og på den anden side er der deres disposition og livsstil. De præferencer, individer har, er tilpasset deres kapitalmæssige forudsætninger (Priour og Sestoft 2006:40). Ifølge Bourdieu er habitus en internalisering af dette sociale set ud fra en specifik synsvinkel i et bestemt felt. Her er genesen det enkelte socialiserede biologiske individ, hvilket betyder, at det er spørgsmålet om de konkrete sociale omstændigheder, hvor individer tilegner sig de generative perceptionsstrukturer, som udgør habitus (Bourdieu & Wacquant 1996:112).

Bourdieu bruger begrebet *disposition* i forhold til noget, som kan benyttes, hvor der er tale om handlemåder, som kan aktiveres og blive sat i spil på sin egen individuelle måde i en given situation. Der er tale om, at de mange handlemåder, som individer har, foregår gennem ureflekterede kropslige handlinger (Bourdieu & Wacquant 1996:39). Ifølge Bourdieu er habitusbegrebets funktion at søge at forklare relationen mellem træge, objektive strukturer og individernes aktive handlinger. Dette forbinder struktur og individet (Mik-Meyer og Villadsen 2007:77).

Bourdieu påpeger, at habitus skal forstås som en legemliggørelse af historien, hvilket vil sige, at der er nogle erfaringer, som er blevet internaliseret; dog har man i samme proces glemt de historiske forhold (Mik-Meyer og Villadsen 2007:76f). De sociale aktører skal anses som et produkt af historien, hvor det er af hele det sociale felts historie og de erfaringer, som de har indsamlet i en specifik livsbane i et givet socialt underfelt (Bourdieu & Wacquant 1996:120). De dispositioner, der ligger til grund for habitus, er ubevidste på grund af, at de er blevet indgroede og kropslige (Priour og Sestoft 2006:39). Ifølge Bourdieu vil der ikke altid være harmoni mellem individernes habitus og deres sociale position. Under et forløb med social opstigning vil sociale aktører være præget af deres fortidige position og den position, som de aspirerer efter at træde ind i. Forandring af livsbetingelser betyder,

at der aldrig er et fuldstændig sammenfald mellem sociale positioner og dispositioner eller habitus-former (Ibid:43).

Hovedkritikken af Bourdieus teori er, hvorvidt det er lykkedes for ham at frigøre sig fra den strenge strukturalisme, hvor der ikke er plads til, at mennesker er handlende og vælgende individer. De strukturalistiske elementer i Bourdieus teori anses som værende langt mere veludviklede og fylder mere end de konstruktivistiske. I Bourdieus analyse er fokuset på reproduktion af samfundets magtstrukturer og ikke på selve produktionen af disse strukturer og det symbolske system (Järvinen 2001:80f). Derudover er det i hans teori uklart, hvordan de objektive sociale strukturer, som former mennesker som individuelle individer, bliver produceret, samt hvordan de forandres, hvis de eksisterer uden for den menneskelige vilje og bevidsthed. Det ses, at Bourdieu har en del fokus på habitusbegrebet, hvor dette begreb bliver det essentielle bindeled mellem individernes positionering og deres objektive positioner i samfundet. Habitus skal forstås som at skulle forbinde struktur, individer, krop og subjekt, men med den strukturalistiske konstruktivisme retning bliver begrebet forstået via det strukturalistiske, hvilket vil sige, at individ-aspektet til en vis grad bliver hængende i et teoretisk tomrum. En af kritikerne af Bourdieus teori er, at hans begreber har meget fokus på reproduktion og magt, men derimod mindre fokus på modmagt og forandring. Dette betyder, at han bliver kritiseret for at trække det makrosociale rum ned over hovedet på de mennesker, som der bliver undersøgt (Järvinen 2007:363f). En mere nutidig bourdieusk fortolkning er, at der ikke er meget, som er op til individet selv. Ifølge Bourdieu sker individers handlinger på baggrund af indlærte rutiner, normer og vaner, hvormed Bourdieu mener, at meget af det, som individerne gør, ikke er fuldt bevidst (Williams 1995:588).

4.2 Bourdieus relevans i en sundhedskontekst

Den tyske professor Thomas Abel gør brug af Bourdieu i sin sundhedsundersøgelse, hvor han argumenterer for, at økonomisk, social og kulturel kapital kan benyttes i sundhedsforskning. Abel mener, at forskning omkring sammenhæng mellem kulturel kapital og ulighed i sundhed er begrænset på grund af to årsager, hvor den ene omhandler, at der er mangel på en specifik definition af sundhedsrelevant kulturel kapital. Derimod omhandler den anden årsag, at den sociale uligheds multidimensionale effekt bliver overset, da forskere kun arbejder med indkomst og uddannelse og dermed har en tendens til at forsømme det komplekse samspil mellem social, kulturel og økonomisk kapital. I sin undersøgelse har Abel fokus på at udlede en teoretisk afledt definition på sundhedsrelateret kulturel

kapital samt forsøge at illustrere samspillet mellem kapitalformene i den sociale reproduktion af uligheder på sundhedsområdet. Abel fremhæver, at på baggrund af eksisterende forskning findes der en sammenhæng mellem sundhed og kulturel kapital, og med Bourdieus begreb om kulturel kapital kan den sundhedsrelevante kulturelle kapital defineres. Her omfatter den alle kulturelt baserede ressourcer, som er tilgængelige for individer, og som er til fordel for deres helbred (Abel 2007:1f). Sundhedsbøger og internetadgang er eksempler på objektiviseret kulturel kapital, hvilket vil sige, at den inkorporerede kulturelle kapital indebærer sundhedsrelaterede praksissers normer, værdier, viden og operationelle færdigheder. I sin undersøgelse har Abel fokus på den inkorporerede kulturelle kapital, hvor han mener, at denne form for kulturel kapital forbinder individers social position med praksis-aspektet af ulighed i sundhed. Her ses, at samspillet mellem de forskellige former for kapital skal anses som et grundlæggende princip, hvor de opererer i processer, der vil føre til sociale forskelle, ulighed og reproduktion af sociale klasser. Derudover argumenterer Abel for, at kapital konvertering kan anvendes i sundhedskonteksten i forhold til, at kulturel, økonomisk og social kapital kan påvirke individernes helbred via forskellige mønstre af interaktioner (Ibid:2f). Abel fremhæver, at økonomisk kapital kan give individer mange relevante muligheder i forhold til deres helbred, hvor de for eksempel kan købe fødevarer sunde, hvilket oftest kan være dyre fødevarer. De kulturelle ressourcer kan være afgørende for den økonomiske ramme, da sundhedsrelaterede normer og værdier samt viden og opfattelser kan guide individer i deres sundhedsrelaterede livsstil. Dog mener Abel, at den økonomiske kapital oftest kommer til kort, idet den ikke forklarer de usunde forbrugsmønstre, hvilket kan være inaktivitet, rygning, forhøjet alkoholindtag eller usund kost. Det skyldes, at de er mere afgjort af individers værdier og normer end deres økonomiske indkomst. Derimod påpeger Abel, at kulturel kapital er med i brugen af økonomiske ressourcer til sundhedsmæssige gevinster. Økonomisk kapital kan blive påkrævet, når individer deltager i sundhedsfremmende aktiviteter, hvor penge oftest kan være en nødvendighed i forbindelse med at få adgang til specifikke læringsfaciliteter eller læringsprogrammer. Abel synliggør et tæt samspil mellem kulturel og økonomisk kapital for sundhedsrelevante kapitaler, hvor de er gensidigt afhængige af hinanden (Ibid:3).

Den engelske sociolog Simon J. Williams mener, at der er en logisk forbindelse mellem sundhed, sundhedspraksis og overbevisninger om sundhedsvedligeholdelse. På baggrund af empiriske undersøgelser påpeger Williams, at denne logiske forbindelse mellem handling og viden er blevet overvurderet, idet der gradvist er sket et skift væk fra at forklare sundhedspraksis gennem individers logik, overbevisninger og viden til i stedet at fokusere på praksissen i sig selv og de sociale forhold, hvor individers arbejde og liv former deres livsstil (Williams 1995:580). I forhold til Bourdieus teoretiske

holdning argumenterer Williams for, at livsstil skal anses som et produkt af habitus, som bliver udtrykt gennem smag. Derudover påpeger Williams, at individerne udvikler en smag for, hvad der er til rådighed for dem. I forbindelse med dette argumenterer Williams for, at disse smagspræferencer danner et grundlag for klasserelevante livsstile, der fungerer symbolsk som et tegn på social position, sontring og status (Ibid:590). Williams påpeger, at der i arbejderklassen er mere fokus på styrken af den fysiske krop end på formen, samt at de har en tendens til at foretrække billige og nærende fødevarerprodukter. Derimod foretrækker de privilegerede fødevarerprodukter, der er velmagende og sundhedsgivende. Williams understreger, at det ikke er mængden af økonomisk kapital, der resulterer i disse klasserelevante livsstile, men nærmere individernes smagspræferencer. Ifølge Williams skyldes forskellene i forbruget modsætningen mellem smagen af luksus og smagen af nødvendigheden. Derudover er et andet væsentligt aspekt i sundhedskonteksten motion og sportsaktiviteter. Her argumenterer Williams for, at forholdet mellem aktivitetsniveau og social position ikke nødvendigvis bliver afgjort af mængden af økonomisk kapital (Ibid:593f). Williams fremhæver, at arbejderklassen har en tendens til at blive tiltrukket af de sportslige aktiviteter, som kræver fysisk styrke og en stor indsats, energi og smerte, der potentielt kan skade kroppen. Derimod er de funktioner, som er foretrukket af den privilegerede klasse, kombineret i sportsgrene såsom tennis, golf og ridning, som bliver praktiseret i eksklusive omgivelser, hvor de kan bestemme tidspunktet (Ibid:595f). Williams synliggør ved hjælp af Bourdieu forholdet mellem social position, sundhed og livsstil. Det vil sige, at det er klasse-relateret habitus, som gennem smag og kropsliggjorte dispositioner samt sammensætningen af kapital har en essentiel rolle for individers livsstil. Samtidig resulterer dette i ulighed i sundhed og sygdom (Ibid:598).

En anden Bourdieu-inspireret sociolog William Cockerham mener, at den fremherskende diskurs i sundhedsvæsenet, som anser individer som værende eneansvarlig for deres sygdomme, helbred og trivsel, er for overfladisk og entydig (Cockerham 2013:127f, 150). Cockerham påpeger, at det ikke altid er individet, som er i stand til at tage bevidste valg i forbindelse med sunde livsstilsvalg (Ibid:132). Derudover har Cockerham fokus på livsstil, hvor han mener, at alle sociale klasser, som får opfyldt basale behov, vil tilegne sig og opdyrke livsstile, som for dem vil være særegne (Ibid:132, 134f). Cockerham udfolder sin teori med afsæt i Bourdieus begreber med særlig fokus på habitus, hvor Cockerham foruden *class circumstances* også inkluderer alder, køn, etnicitet, levevilkår og "collectivities". Cockerham definerer "class circumstances" som den vigtigste disponerende faktor i forhold til at kunne forstå de strukturelle forskelle i sundhedsrelaterede livsstile. Det vil sige, at "class

circumstances” skal anses som den samlede sum af faktorerne uddannelse, erhvervsstilling og indkomst. Disse faktorer i ”class circumstances” kan sammenlignes med Bourdieus begrebet om økonomisk og kulturel kapital, hvor Cockerham mener, at denne samlede sum af strukturelle forhold vil give individer udgangspunktet for deres individuelle livschancer og dermed deres livsvalg (Ibid:139ff).

4.3 Anvendelse af Bourdieus teori

I nærværende speciale bliver Bourdieus teori anvendt, da han foreslår, at man skal se handling som noget, som sker inden for et sæt af muligheder, hvilket er givet med forholdet mellem individers habitus og nogle overordnede samfundsstrukturer (Bourdieu 1997:11; Prieur & Sestoft 2006:20). Det vil sige, at det er muligt at forstå sundhedspraksis som handling, som kan tage forskellige former afhængig af individers habitus og dermed deres social position i forhold til de felter, som individerne bærer sig i og af de gældende diskurser på området. Det vil desuden være relevant at anvende Bourdieu i forhold til spørgsmål om, hvad forskellige sociale grupper gør i deres liv, det vil sige ud fra et praksisologisk perspektiv. Det kan forsigtigt relateres til sundhed. Her spørges ikke direkte til den herskende diskurs (KRAM), men snarere til, hvad der indtages af madvarer (kost), hvad der anvendes af nydelsesmidler (rygning og alkohol mv.), og hvordan kroppen er aktiveret, hvilket vil sige dens bevægelsesmønstre (motion). Frem for at se forskelligt positionerede agents praktik som afvigelser i forhold til normative konstruktioner af sundhed, underlægger man sig praktikkens logik og ser enhver praktik som adækvat med et specifikt liv og en historie, hvilket vil sige med respekt for habituelle dispositioner og positioner i et socialt rum (Larsen 2010:74).

Bourdies begreb om habitus bliver anvendt i dette speciale i forhold til at kunne forstå, hvordan nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil ikke kan blive betragtet som en bevidst livsstil, hvor der er bevidste til- og fravalg. Derimod er der nærmere tale om en livsstil, som bliver afgjort af deres primære socialisering og livets erfaringer. Habitus har en væsentlig rolle i forbindelse med opfattelsen af, hvordan individers livsvilkår og lagring af erfaringer kan udgøre rammerne og mulighederne for deres sundhedsrelaterede livsstil.

5. Metode

I dette speciale er der valgt at analysere den nordjyske befolkningens sundhed ved hjælp af korrespondanceanalyse, efterfulgt af hierarkisk klyngeanalyse. Med denne metode er formålet at finde mønstre i forhold til sundhed, som senere vil blive analyseret for at undersøge, om disse mønstre hænger sammen med nordjydernes specifikke sundhedsrelaterede livsstile. I denne metodegennemgang vil der fremgå indledende resultater for den multipel korrespondanceanalyse.

5.1 Datagrundlag

I det nærværende speciale er der valgt at tilgå denne analyse med udgangspunkt i korrespondanceanalysen med en interesse for at undersøge den sociale ulighed i sundhed blandt den nordjyske befolkning, hvorfor analysen vil blive inddraget spørgeskemaundersøgelsen *Sundhedsprofil 2013 - trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland* fra Region Nordjylland udgivet i 2013. Der har været et stærkt ønske om, at i dette speciale at kunne anvende nyere data i analysen, således resultaterne kunne være mere tidssvarende. Dog var det desværre ikke muligt at fremskaffe nyere datasæt på grund af ny praksis hos regionerne, som nægter adgang for studerende. Rapporten fra Region Nordjylland år 2013 tager hensyn til en lang række sundhedsforhold blandt nordjyderne i 2013, hvor der blev spurgt ind til blandt andet helbred og sygdomme, sundhedsrelaterede vaner og livskvalitet. Rapporten fra Region Nordjylland er en stikprøve, der er tilfældigt udtrukket blandt borgere fra 16 år og op, som har bopæl i Nordjylland. Det er repræsentativt valgt af Region Nordjylland og er udtrukket af Statens Institut for Folkesundhed. Besvarelsenerne blev indhentet både elektroniske og fysiske spørgeskemaer, hvilket gør dette datasæt til et tværsnitsdesign, da det blev indsamlet på ét givent tidspunkt og viser dermed et øjebliksbillede af nordjydernes sundhedsprofil i 2013 (Sundhedsprofilen 2014:16-18; de Vaus 2001:170). Stikprøven er inddelt efter kommune med et krav om, at hver kommune har 2000 borgerbesvarelser ud over kommunerne med lave indbyggertal. Spørgeskemaet blev sendt ud til 35.700 borgere og der blev modtaget 20.220 besvarelser, som betyder en svarprocent på 56,6% (Sundhedsprofilen 2014:18). Bortfaldet er forholdsvist stort, hvilket kan have indflydelse på resultaternes generaliserbarhed, hvor borgerne, som ikke har deltaget, afviger særligt fra respondenterne. Datasættet viser en øget repræsentation af kvinder, som udgør 53%, og personer over 45 år, som udgør 67%. Denne skævhed i bortfaldet rettes op ved, at der konstrueres vægte i undersøgelsen, som genopretter repræsentativiteten (De Vaus 2001:136). Disse vægte er konstrueret af Danmarks Statistik ud fra for-

skellige registre, som opregner de enkelte besvarelser og indikatorer for *alder, køn, uddannelsesniveau, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnicitet, antal lægebesøg i 2012 og indlæggelse på sygehus i 2011, ejerforhold, flytteoplysninger*. Denne stikprøve følger opregningen fra Sundhedsprofil 2010, så det giver et mere nøjagtigt billede af nordjyderne (Sundhedsprofilen 2014:19).

En reflektiv anvendelse af datagrundlaget omhandler, at man er opmærksom på, at der er tale om en undersøgelse af sundhed blandt individer fra Region Nordjylland, som er udført på baggrund af flere prækonstruerede forståelseskategorier for, hvilke forhold det er relevante at belyse i forbindelse med at danne et billede af sundheden i området.

5.2 Korrespondanceanalyse

Specialet tager udgangspunkt i den kvantitative metode ved hjælp af korrespondanceanalysen, der med dets eksplorative tilgang giver muligheden for at opnå et grafisk mønster af større data, hvor metoden kommer til at minimere kompleksiteten og afdække strukturer, der kan forekomme i dataen (Jæger 2003:1). Anvendelsen af korrespondanceanalysen har siden 1960'erne i Frankrig været anerkendt og kan spores tilbage til statistikeren Jean-Paul Benzécri, der gennem sit arbejde for alvor fik gennemslagskraft med sit brug af metoden og det berømte citat: *"The model must fit the data, and not the reverse.... What we need is a rigorous method that extracts structures from the data"* (Rosenlund 1995:56; Benzécri 1973). Korrespondanceanalysen blev især velkendt i resten af verden efter studiet *Distinktionen* udkom tilbage i 1979 af den anerkendte sociolog Pierre Bourdieu. Korrespondanceanalysen anvendes især, når komplekse problemstillinger undersøges med antagelser om, at flere variabler har en påvirkning på en specifik tilstand (Høyen 2010:11). Korrespondanceanalysen er ideelt at anvende i dette speciale særligt på grund af muligheden for at opsummere og påvise sammenhænge mellem et bredt antal kategoriserede variabler i en grafisk illustration, som ligeledes er med til at simplificere korrelationerne (Jæger 2003:2). Korrespondanceanalyse har en eksplorativ og åben tilgang, som man ikke ser i andre kvantitative metoder derudover undersøges i forvejen definerede sammenhænge ikke i denne metode. Et af fordelene ved denne metode er, at den overskueliggør et større datasæt til en grafisk fremstilling, der viser et samlet billede af sammenhænge og mønstre, som ikke ville være muligt med andre kvantitative metoder. Dermed muliggør korrespondanceanalysen altså en analyse af, hvordan specifikke mønstre af sundhedsrelaterede livsstile placerer sig blandt de nordjyske borgere. Ulempen ved denne metode er, at man ofte kommer til at forenkle større data-materialer, hvorledes man mister en stor dele af relevante informationer af data, som ville være synligt

i traditionelle statistiske metoder. Derudover analyseres styrkerne af effekterne mellem variablene ikke med denne metode.

I korrespondanceanalysen findes imidlertid to former; den simple korrespondanceanalyse (CA), som undersøger relationen mellem to variabler, hvorimod den anden multipel korrespondanceanalyse (MCA) inkluderer et stort antal variabler og undersøger relationerne mellem disse (Le Roux & Rouanet 2010:61-64). De variabler, som anvendes i korrespondanceanalysen, skal være kategoriske (Høyen 2010:13). I det nærværende speciale er der valgt at gøre brug af den multipel korrespondanceanalyse, da man med denne metode kan udnytte specialets empiriske datamateriale ved at inddrage flest variabler til analysen, som kommer til at give et klart billede af, hvordan sundhed kan afspejles blandt den nordjyske befolkning. En af fordelene ved korrespondanceanalysen er nemlig, at den kan analysere en lang række variabler relationelt og visualisere sammenhængene.

Korrespondanceanalysen konstruerer rum, der i dette speciale er et rum for sundhedsrelaterede livsstil, som kan findes på baggrund af de udvalgte variabler, som vil præsenteres senere i afsnittet. I analysen er afstandene mellem punkterne i koordinatsystemet altafgørende for relationerne mellem variablene i dataen. Koordinatsystemet består af en høj dimensionel individ- og kategorisky, som dimensioneres, så det passer med akserne. Svarkategorier i akserne, der har en statistisk sammenhæng, vil udtrykkes ved at befinde sig så tæt på hinanden som muligt langs en akse, mens de punkter, der befinder sig længst væk fra hinanden, indeholder store forskelle (Le Roux & Rouanet 2010:1f, 59).

I multipel korrespondanceanalysen konstrueres en datamatrice, der indeholder samme antal linjer, som individer og samme antal kolonner, som svarkategorier. I de flerdimensionelle rum placeres individerne som punkter og former sig som en sky (Le Roux & Rouanet 2010:37). Denne metode gør i stor grad brug af en deskriptiv tilgang snarere end statistiske mål, som man traditionelt finder i kvantitative analytiske tilgange. Således tilgår man analysen med en mere intuitiv fremgang.

Helt konkret er korrespondanceanalysen god til at udpege underliggende ligheder og forskelle mellem variabler, selvom metoden ikke viser størrelsen af disse grupper, da personerne ikke bliver grupperede. Hvorfor der i specialet med fordel vil kombinere korrespondanceanalysen med en klyngeanalyse, så individerne fra dataen kan opdeles i klynger (Lebart et al. 1997:162).

5.2.1 Udvalg af variabler

I korrespondanceanalysen taler man om aktive - og supplementære variabler. De aktive variabler er de dominerende i metoden, og er således afgørende for den samlede inerti samt rummets form (Le Roux & Rouanet 2010:60). De udvalgte aktive variabler i specialets undersøgelse har til formål at indfange nordjydernes sundhed, hvorfor der er valgt at gå ud fra KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion).

Oprindeligt variabelnavn	Rekodet variabelnavn	Kategorier
Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?	Frugt	Mere end 5 om dagen 3-4 om dagen 1-2 om dagen 5-6 om ugen 3-4 om ugen 1-2 om ugen Ingen
Hvordan vurderer du selv dine kostvaner alt i alt?	Kostvaner	Meget sunde Sunde Usunde Meget usunde
Vil du gerne spise mere sundt?	Ønske om sundere spisevane	Ja Nej Ved ikke
Kostscore	Kostscore	Sund Middel Usund
Fisk	Fisk	Mere end 3 gange om ugen 1-2 gange om ugen Sjældent
Sodavand, læskedrik eller frugtsaft med sukker	Ugentlig indtag af læskedrik	Næsten dagligt Ofte Sjældent Næsten aldrig
Kager, chokolade, is, slik, snacks, chips	Ugentlig indtag af kager og slik	Næsten dagligt Ofte

		Sjældent Næsten aldrig
Fastfood (pizza, burger, pølser, pommes frites m.m.)	Ugentlig indtag af fastfood	Ofte Sjældent
Ryger du?	Rygning	Ryger Eks-ryger Ikke-ryger
Vil du gerne holde op med at ryge?	Rygestop	Ja Måske Nej
Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?	Alkoholforbrug de sidste 12 mdr.	Ja Nej
Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?	Ugentlig indtag af alkohol	Mindre end 1 dag 2-3 dage Mere end 4 dage
Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed	Drikker 5 genstande ved samme lejlighed	Ugentlig Månedligt Sjældent Aldrig
Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug	Nedsættelse af alkoholforbrug	Ja Nej Ved ikke
Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?	Fysisk aktivitet i fritiden	Aktiv Lettere aktiv Inaktiv
Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?	Dagligt fysisk aktiv min. 30 minutter	Mindre end 1 dag 2-3 dage 4-5 dage Mere end 6 dage
Hvordan vurderer du din fysiske form?	Selv vurderet fysisk form	God Nogenlunde

		Dårlig
Vil du gerne være mere fysisk aktiv?	Ønske om at være mere fysisk aktiv	Ja Nej Ved ikke

I denne del er det relevant, at variabler med svarkategorier, der indeholder besvarelser under 5% kodes sammen med tilsvarende kategorier, da distancen mellem individerne kan blive for store på grund af den relative frekvens. De største afstande i den overordnede sky sker således på baggrund af uenigheder blandt svarene og for små kategorier. Variationerne mellem svarene udgør afstandene mellem individerne, hvor af kvadrerede afstand (d_2) i spørgsmålene q mellem to individer (i, i') er givet ved; $d_q^2(i, i') = \frac{1}{f_k} + \frac{1}{f_{k'}}$ hvoraf f_k referer til den relative frekvens af de, der har valgt kategorien, mens $f_{k'}$ referer til den relative frekvens af de, der har valgt en anden kategori (Le Roux & Rouanet 2010:35). I alle tilfælde blev svarkategorier ”ubesvaret” og ”fejlfyldt”, der indeholdte ekstremt lave svarprocenter, fjernet fra analysen.

Herved beregnes afstanden mellem en kategori (k) og barycentrum i kategoryskyen ved; $d(k, G) = \sqrt{\frac{1}{f_k} - 1}$. Her står f_k for den andel af individer, der har valgt kategorien. I dette tilfælde vil små svar andele ligeledes give store afstande. De aktive variabler har gennemsnitpunkter i barycentret, hvoraf kategorier, der forholder sig på samme side af barycentret, forekommer ofte hos samme individer. Når kategorier har en lille vægt, betyder det, at det indeholder få individer og befinder sig derfor længere væk fra barycentret. Afstand mellem to kategorier fra forskellige variabler udregnes således; $d(k, k') = \sqrt{\frac{1}{f_k} + \frac{1}{f_{k'}} - 2 \frac{f_{kk'}}{f_k f_{k'}}}$, hvoraf f_k er andelen, der har valgt k , mens $f_{k'}$ referer til andelen, der har valgt k' og $f_{kk'}$ er andelen, som har valgt begge dele. Her betyder mindre overensstemmelse i svarkategorierne store afstande (Ibid:33).

I korrespondanceanalysen stræber man efter, at alle aktive variabler består af samme antal kategorier for at undgå, at variablernes bidrag til dimensionerne påvirkes. Når en variabel indeholder mange kategorier, har den størst bidrag til den samlede varians, som refererer til den gennemsnitlige kvadrerede afstand mellem de enkelte punkter og midtpunkt, som er givet ved; $\left(\frac{K}{Q}\right) - 1$. Her referer K til antal svarkategorier, og Q er antal spørgsmål, hvilket i analysen svarer til $\left(\frac{61}{18}\right) - 1 \cong 2.38$. Herved

er bidraget af en variabel udregnet ved; $Ctr_q = \frac{K_q - 1}{K - Q}$, hvoraf K_q er antal svarkategorier i spørgsmål (Le Roux & Rouanet 2010:35-38). Der er taget forbehold i specialet for, at der i denne analyse ikke altid har været muligt at få samme antal kategorier i hver variable.

I analysen forsøges der at have en forholdsvis lige fordeling af kategorier, da den relative frekvens ellers vil forstyrres og udgør en ujævn fordeling af bidrag til variansen, som er givet ved; $Ctr_q = \frac{1 - f_K}{K - Q}$. Her er F_k den relative frekvens (Le Roux & Rouanet 2010:38f).

I det nærværende speciales analyse har det desværre ikke været muligt at kunne opfylde dette ønske, da der ønskes at konstruere et sundhedsrelateret rum ud fra KRAM-faktorerne. I analysen er der valgt at inddraget de variabler, der afdækker alle KRAM-faktorerne bedst muligt. I korrespondanceanalysen konstrueres rum ved, at man skaber sammenhænge på tværs af mange forskellige variabler i det, man analyserer (Prieur & Rosenlund 2010:61). I specialets analyse spiller alle faktorerne ind på akserne. I udvalget af variablerne i specialets undersøgelse er det tydeligt, at der er få variabler, som repræsenterer rygning, mens der er flere til at repræsentere kost. Dette skyldes, at rygning er mere generelt, hvorimod kost kræver flere spørgsmål for at afdække denne faktor på en rimelig måde, da kost varierer rigtig meget og kan måles på mange forskellige måder i modsætning til rygning i realiteten vises gennem én praksis. Dog kunne det have været relevant at anvende indeks i analysen, men det undlades, da det kan risikere, at der mistes nuancer i analysen. Ligeledes anvendes der i variabelen, *selvvurderet fysisk form*, som skiller sig ud fra resten af kategorierne. Denne er med i analysen og anvendes som praksis i forhold til, om individer motionerer. I korrespondanceanalysen anbefales det at adskille holdnings- og adfærdsspørgsmål ved udvælgelsen af aktive variabler, da det vil forstyrre hele analysen (Le Roux & Rouanet 2010:60). I udvalget af variabler til specialets undersøgelse er det ikke til at undgå at bemærke, at der på trods af denne anbefaling, er valgt at blande adfærd- og holdningsspørgsmål i udvælgelsen af variabler til analysen. Dermed er der variabler, som indfanger nordjydernes praksis, egne vurderinger og holdninger, der afspejler nordjydernes forandringsvillighed i henhold til deres sundhedspraksis med det formål at få nogle nye erkendelser og interessante fund i analysen.

Ydermere vil der i analysen inddrages 13 supplementære variabler, som vurderes til at være kategorier uden vægt, som skyldes deres manglende bidrag til variansen af akserne og i stedet placeres efter rummet (Greenacre 2007:89). De valgte supplementære variabler afspejler socio-demografiske faktorer, som skal have en stor betydning i analysen. Følgende er de udvalgte supplementære variabler:

Variabelbeskrivelse	Kategorier
Alder	Under 25 25-34 35-44 45-54 55-64 Over 65
Køn	Mand Kvinde
Uddannelse	Under uddannelse Grundskole Gymnasial uddannelse Erhvervsfaglig uddannelse/faglært Kort videregående uddannelse Mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse
Erhverv	Beskæftigelse Arbejdsløs Uddannelsessøgende Førtidspensionist Efterlønsmodtager Alderspensionist Øvrige ikke-erhvervsaktive
Selvvurderet helbred	Fremragende Vældig godt Godt Mindre godt Dårligt
Indikator for selvvurderet helbred	Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred
Lægebesøg inden for de sidste 12 mdr.	Ja Nej

Økonomi	Nej Ja, lidt Ja, en del Ja, meget
Boligsituation	Nej Ja, lidt Ja, en del Ja, meget
Arbejdsløshed	Nej Ja, lidt Ja, en del Ja, meget
Politisk parti	Ja, dagligt Ja, ugentligt men ikke hver dag Ja, månedligt men ikke hver uge Ja, men deltager sjældent/er medlem Nej, deltager aldrig/er ikke medlem
Patientforeninger	Ja, dagligt Ja, ugentligt men ikke hver dag Ja, månedligt men ikke hver uge Ja, men deltager sjældent/er medlem Nej, deltager aldrig/er ikke medlem
Sundhedsvæsenet	Meget stor tillid Ganske stor tillid Ikke særlig stor tillid Ingen tillid Ved ikke

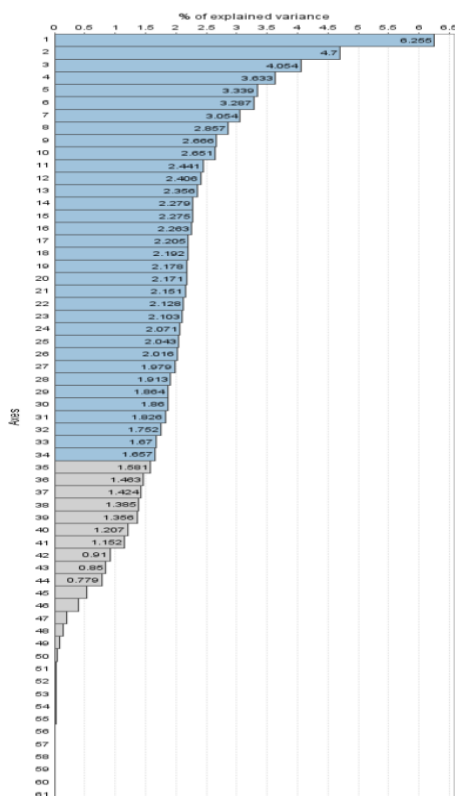
Med disse variabler forventes der at få en karakterisering af forskellige befolkningstyper, der kan tegne forskellige grupper. De supplementære variabler medvirker ikke til at forme akserne, hvorfor rekodninger ikke var nødvendige. Variablen, *alder*, blev rekodet på grund af intervalskalering.

5.2.2 Valg af akser

Hele analysen kommer til at foregå i statistikprogrammet SPAD 9.2. I analysen vil de aktive variabler konstruere et rum. I SPAD er missingkategorierne i alle variabler valgt fra og kategoriseres som pas-

sive og er ikke en del af rummet. Akserne, der skabes, kaldes for principalakse, hvoraf hver akse har fået tildelt en egenværdi, som viser størrelsen af variansen, som hver principalakse opsummerer.

Figur 5.2.2.1: kumuleret varians



Akserne fortolkes og udvælges på baggrund af deres egenværdi og den kumulative modificerede rate, hvoraf man beregner den samlede varians gennemsnit ved at dividere den samlede varians med antal akser ($2.522/6=0.420$). Af akserne er den første principalakse den, som opsummerer den største mulige varians langs én dimension. De akser, der bidrager over gennemsnittet inddrages i analysen. SPAD beregner dette ved brug af Kaisers kriterie. På figuren 5.2.2.1 fremgår, hvordan den kumulerede varians for-
 deler sig, hvoraf de blå akser bidrager over gennemsnittet. For at finde en modificeret egenværdi (λ'_1), som er givet ved; $\lambda'_1 = (\frac{Q}{Q-1})^2(\lambda_1 - \underline{\lambda})^2$, hvoraf Q er total antal af aktive variabler og $\underline{\lambda}$ udtrykker gennemsnittet for egenværdierne. De beregnede egen-

værdier divideres med summen af egenværdierne. Dog vil de modificerede egenværdier, som anvendes i analysen, beregnes i SPAD. I MCA opleves ofte en tendens til, at den samlede varians ved de første principalakser underdrives markant grundet den høje dimensionalitet i rummet. Dermed kan man med fordel anvende Benzécri's modificerede rater for at undgå denne tendens. En tommelfingerregel er at inddrage antal akser, der samlet forklarer mindst 80% af variansen i rummet (Le Roux & Rouanet 2010:51f), hvilket i dette tilfælde er de første seks akser. For at undgå, at analysen mister sin mening i fortolkningen, vil denne analyse kun tage udgangspunkt i akse 1 og 2, som samlet forklarer 53,5% af variansen. Tabel 5.2.2.1 viser resultaterne af disse akser:

Tabel 5.2.2.1: Variansen i akse 1 og 2

Cloud variance (matrix trace) : 2.522	Akse 1	Akse 2
Egenvärde λ (varians)	0,158	0,119
Forklarede varians (%)	6,3	4,7
Kumuleret forklarede varians (%)	6,3	11,0
Benzécri's modificerede rater (%)	37,2	16,3

Analysen af principalakserne sker på baggrund af kategoriernes bidrag, som har afgørende betydning for de variabler og kategorier, som skal inddrages i akserne. I forhold til akserne er bidragsværdier (*CTR*) relevante, da de angiver punktets bidrag til aksens orientering i det originale mangedimensionale rum, hvilket vil sige, størrelsen af aksens samlede varians, der kan knyttes til en specifik kategori. Det er givet ved; $Ctr_k = (\frac{f_k}{Q} (y^k)^2) / \lambda$, hvoraf Q referer til samlet antal spørgsmål, mens f_k er kategoriens relative frekvens og y^k er kategoriens positiv på akse og λ er egenværdien. Bidragsværdiernes sum for en akse er på 100, mens variablerne rummer forskellige bidragsværdier. Når man analyserer principalakserne er det i forhold til kategorierne med bidragsværdier, som overgår gennemsnittet, som er givet ved; $\frac{100}{K} \equiv \frac{100}{61} \cong 1,64$. Det vil sige alle kategorier med bidragsværdi over 1,64. (Le Roux & Rouanet 2010:99). I analyseafsnittet vil analysetabellerne fremgå med de variabler og kategorier, som overstiger tærskelværdien i forlængelse af aksernes analyse.

5.2.3 Supplementærpunkter

De supplementære variabler sættes ind i rummet senere i analysen, da de ikke deltager aktivt i konstruktionen af rummet. Dette skyldes, at de supplementære variabler har ingen vægt og derfor intet bidrag har til hverken inertien eller akserne. Dermed kan de supplementære variabler ikke påvirke retningen af akserne gennem det multidimensionelle rum. Ved at inkludere supplementære variabler, er det muligt at undersøge sammenhænge mellem forskellige sæt af variabler, hvilket i specialets undersøgelse kan vise forskellige former for kapitaler (Hjellbrekke 2019:56f). Når de supplementære variabler skal tolkes, er det nødvendigt at undersøge kategoriernes placering og afstand. Afstandene

måles i standardiseres afvigelser og beregnes ved at gange en specifik koordinat med aksens egen-værdi ved; $y_{kl} * \sqrt{\lambda_l} = Y_{kl}$, og trækker derefter den ene værdi fra den anden og dividerer facit med egenværdien givet ved; $(Y_{kl} - Y_{k'l})/\sqrt{\lambda_l}$. En afvigelse på over 1 langs en akse i kategoriskyen be-tragtes som stor, hvorimod en moderate afvigelse ligger mellem 0,5-1, mens en afvigelse under 0,5 betegnes som små (Ibid:64). I skyen er det vigtig med en stor spredning nær barycentret, som tyder på en stærk sammenhæng og omvendt er en stor koncentration lige med en svag sammenhæng (Ibid:62f). Skyen med de supplementære variabler vil fremgå i analysen.

5.2.4 Hierarkisk klyngeanalyse

I analysen vil korrespondanceanalysen kombineres med klyngeanalysen, da den forrige analyseme-tode viser et antal akser, som opsummere ligheder og forskelle langs et kontinuum uden at fortælle, hvor stor grupperne er. Således vil kombinationen af klyngeanalysen være en fordel, da denne metode baseres på de væsentligste akser fra korrespondanceanalysen. Klyngeanalysen viser mønstre blandt individerne fra det samme datasæt, hvoraf klyngerne sker på baggrund af homogenitet i klyngerne, mens den eksterne varians mellem dem maksimeres (Lebart et al. 1997:162). Klyngerne dannes ud fra Wards kriterium om, hvor der stræbes efter, at den interne varians mindskes mellem klyngerne, såfremt klyngerne internt opnår en større homogenitet. Dette betyder ligeledes, at den eksterne vari-ans maksimeres, og gør klyngerne eksternt opnår en større heterogenitet (Le Roux & Rouanet 2004:109). Senere i analysen fortolkes klyngerne, hvori teori vil blive koblet på.

6. Kvalitetskriterier

6.1 Validitet og reliabilitet

Målingsvaliditet anvendes i kvantitative analyser og måler, hvorvidt der egentlig indfanges det kon-cept, som ønskes at blive målt. Det fænomen, der undersøges i specialet, kan betragtes som kompleks, hvorfor målingsvaliditeten styrkes ved at operationalisere fænomenet, således man oversætter teore-tiske definitioner, så de bliver mere målbare (de Vaus 2001:29f; Riis 2005:181). Sundhed kan defi-neres på vidt forskellige måder, hvorfor der i specialet er valgt at definere sundhed på baggrund af KRAM-faktorerne med udgangspunkt i eksisterende forskning samt specialets empiriske grundlag. Derudover er der valgt at gøre brug af datamateriale, som indeholder flere forskellige indikatorer for sundhed og socioøkonomiske faktorer, hvorfor der er valgt *Sundhedsprofil 2013*. Det er ligeledes relevant at belyse de begrænsninger, som man er stødt på, da datamaterialet ikke indeholder alle de

aspekter, som der ønskes at blive belyst såsom kapitalformer og yderligere livsstilsaspekter og holdninger til sundhed .

Validiteten i en undersøgelse fortæller, hvorvidt undersøgelsen undersøger det, som den har hensigt til at undersøge og refererer dermed til en undersøgelses gyldighed. Mens den interne validitet omhandler kausalitet, henviser den eksterne validitet til en undersøgelses generaliserbarhed (Bryman 2008:32f). Den interne validitet i det nærværende speciale er ikke tilstrækkelig, da eksisterende forskning har belyst andre faktorer, som har en afgørende betydning for uligheden i sundhed. For at styrke specialets interne validitet kunne der kontrolleres for andre faktorer end sundhedsrelaterede livsstils påvirkning på den sociale ulighed i sundhed. I specialets analyse har der mest været fokus på uddannelseskapital frem for økonomisk kapital. Dette skyldes, at datasættet ikke belyser respondenterne økonomiske situation, men derimod hvorvidt de føler sig økonomisk belastet. Det kunne være interessant at undersøge økonomiske aspekter af sundhed. Ligeledes fokuseres der i specialet ikke på social kapital, som har vist at have en stor betydning for sundhed (Kawachi et al. 1999; Poortinga 2006; Giles et al. 2005; Christensen et al. 2012; Ejlskov et al. 2014; Putnam 1993). Dette skyldes, at det ikke har været specialets interesse at undersøge de sociale relationer i forhold til sundhed. Derimod kan der argumenteres for, at der er en relativ stor ekstern validitet i specialet. Specialets analyse tager udgangspunkt i et allerede eksisterende og repræsentativt datasæt fra Region Nordjylland. Her tages der udgangspunkt i undersøgelsens svarprocent og udvælgelsen af respondenterne (Bryman 2008:156). Der forekommer i undersøgelsen "*Sundhedsprofil 2013*" fra Region Nordjylland en svarprocent på 56,6%, hvoraf empirien er indsamlet gennem spørgeskemaer, som er besvaret af tilfældigt udtrukne. Dette betyder, at specialets resultater forekommer gyldige og repræsentative og dermed generaliserbar i forhold til en større population (de Vaus 2001:28f). Derudover er tværsnitsdesignet i analysen med til at styrke den eksterne validitet, da frafaldet mindskes og stikprøvens dataindsamling er tilfældigt valg (Bryman 2008:157). Korrespondanceanalysens eksplorative tilgang betyder imidlertid, at der ingen statistiske signifikans test til at generalisere datamaterialet. I den interne validitet er den deskriptive tradition i højere grad i fokus og i analysen inkluderer et ekstremt højt antal respondenter og de er repræsentative for region Nordjylland, hvoraf mønstre godt kan generaliseres.

Reliabiliteten refererer til en undersøgelses pålidelighed og reproducerbarhed ved at undersøge, om resultaterne er nøjagtige og kan gentages i andre sammenlignelige undersøgelser (Bryman 2008:31). "*Sundhedsprofil 2013*" er en undersøgelse, der gentages hvert fjerde år af Region Nordjylland. Den tidligste version af Sundhedsprofilen er fra 2007, hvilket betyder, at spørgsmålene er blevet testede

og kontrollerede af eksperter inden for området. Dermed har man formået at mindske misforståelser og forvekslingsmuligheder relateret til spørgsmålenes formuleringer. Derimod har Region Nordjylland sørget for, at alle har adgang til at få indsigt i dataindsamlingen, metodegennemgang samt spørgeskemaet, der blev anvendt. Det vil sige, at hele dataindsamlingsprocessen er tilgængelig for alle. Således kan det vurderes, at der er en høj reliabilitet, da specialet er pålidelig og reproducerbar (de Vaus 2001:30). Som tidligere nævnt har det desværre ikke været muligt at anvende et nyere datasæt, så det kunne være muligt få nogle mere tidssvarende resultater. For at tage højde for dette, er der valgt at inddrage resultaterne fra det samme spørgeskemaundersøgelse af Region Nordjylland fra 2021 i eksisterende forskning. Man ser ligeledes i rapporten fra Region Nordjylland, som udkom i 2022, at der fortsat forekommer en social ulighed blandt de nordjyske borgere, hvilket både gælder ved sundhedsrelaterede praksisser men også forandringsvilligheden i forhold til sundhed. Med det sagt, vurderes det, at specialets analyse til en vis grad stadig er gyldig og dækkende.

Med specialets eksplorative fremgangsmåde til problemformuleringen har de valgte metoder fuldstændt specialet. De to kvantitative analyser tydeliggør et mønster af social ulighed i sundhed gennem sundhedsrelaterede livsstil, som er belyst gennem KRAM-faktorerne og socioøkonomiske faktorer, hvilket styrker specialets reliabilitet. Ved at gentage analysen ved hjælp af en anderledes metode, styrkes reliabiliteten. Specialet anvender en tværsnitsundersøgelse, hvorfor der mistes tidsperspektivet. En af ulemperne ved dette metodevalg er, som tidligere nævnt, dens manglende observation af isolerede effekter. Derimod er analyserne præget af deskriptive tilgange i stedet for signifikans og statistiske mål. Det ville være en fordel for specialet at kombinere disse resultater med andre analysemetoder. Derimod, hvis man anvendte kvalitative metoder såsom interviewmetode eller etnografisk metode, kunne man fokusere på de nordjyder, der tilhører analysens grupper og få en mere dybdegående analyse, som fortæller mere om de bagvedliggende faktorer hos nordjyderne. Derimod kunne en kvantitativ analyse føre til test af hypoteser af de mest væsentligste fund af specialets analyse og teste disse for at få mere bekræftende resultater.

7. Operationalisering

I det følgende afsnit vil der blive redegjort og argumenteret for udformningen af specialets undersøgelse i forhold til at kunne belyse specialets problemformulering. Her vil der ske en operationalisering af de temaer og Bourdieus kapitaler, som indgår i konstruktionen af rummet for sundhedsrelaterede livsstile samt hvilke variabler fra Region Nordjyllands folkesundhedsundersøgelse, der er udvalgt.

Specialets rum for sundhedsrelaterede livsstile har visse ligheder med Bourdieus rum for livsstile i *Distinktionen*, idet det kan vise, hvorledes forskelle mellem individer kommer til udtryk i handlinger. I specialets rum kan livsstile anskues i en sundhedssammenhæng som et udtryk for social position. Det vil sige, at forskellige sociale positioner bliver manifesteret via individers egenskaber og handlinger. Dette betyder, at sammenhængen med rummet for social position bliver tydeliggjort.

7.1 Rummet for sundhedsrelaterede livsstile

Der vil i det følgende afsnit blive præsenteret de temaer, der indgår i konstruktionen af rummet for sundhedsrelaterede livsstile, samt hvilke variabler der er valgt fra Region Nordjyllands folkesundhedsundersøgelse. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om KRAM-faktorerne er inddraget i forhold til kodning af variablerne i specialets undersøgelse. Derudover vil der forsøges at tydeliggøre, hvornår der bliver vurderet usundhed og sundhed ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger med henblik på at forholde sig kritisk til dem så vidt som muligt. I slutningen af afsnittet vil der blive præsenteret en samlet oversigt over de af undersøgelsens variabler og kategorier, der indgår i rummet for sundhedsrelaterede livsstil.

I forhold til rummet for sundhedsrelaterede livsstile er KRAM-faktorerne valgt som temaerne, der skal indgå i rummet. Udover adfærdsvariabler er der også udvalgt variabler med de nordjyske borgers egne vurderinger af motions-, kost-, ryge- og alkoholvaner. Disse variabler er medtaget i undersøgelsen med henblik på, at borgernes vurderinger kan være med til at skabe lighed og forskelle i rummet for sundhedsrelaterede livsstile. I det efterfølgende vil hvert tema blive redegjort for i forhold til, hvor mange spørgsmål de indebærer, samt hvilke kategorier de består af.

7.1.1 Kost

I temaet *kost* er der udvalgt syv spørgsmål og en indikator for at danne dette rum. Af de officielle kostråd fra Sundhedsstyrelsen anbefales det, at man spiser flere stykker frugt, spiser fisk mindst en til to gange om ugen, spiser mindre af det søde, salte og fede samt slukker tørsten i vand (Larsen &

et al. 2014:144). På baggrund af dette er spørgsmålene om, hvordan nordjyderne indtager de forskellige fødevarer, medtaget i undersøgelsen med henblik på at kunne skabe samlede indikatorer i forhold til, hvor sunde eller usunde deres kostvaner er sammenlignet med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det vil sige, at de udvalgte variabler i dette tema viser deres indtag af frugt, fisk, ugentlig indtag af læskedrik, kager og slik samt fastfood. Her giver kategorierne et indblik i, hvordan nordjyderne indtager de slags fødevarer i løbet af en uge.

Variabler fisk og frugt har de svarkategorier, som er inddelt i forhold til, hvor mange gange om ugen og dagen de indtager frugt og fisk, hvilket vil blive beskrevet i det efterfølgende.

Variablen frugt har svarkategorierne *mere end 5 om dagen, 3-4 om dagen, 1-2 om dagen, 5-6 om ugen, 3-4 om ugen, 1-2 om ugen og ingen*.

Variablen fisk har svarkategorierne *mere end 3 gange om ugen, 1-2 gange om ugen og sjældent*.

Derimod har variablen ugentligt indtag af læskedrik, fastfood og kager og slik andre svarkategorier, som viser, hvor ofte de indtager disse slags fødevarer i løbet af en uge med kategorier såsom *næsten dagligt, ofte, sjældent og næsten aldrig*.

Derudover udvælges spørgsmålet om nordjydernes egen vurdering af deres kostvaner, hvor svarkategorierne er: *meget sunde, sunde, usunde og meget usunde*.

Der er ligeledes medtaget en variabel allerede konstrueret i datasættet, som beregner nordjydernes kostscore ud fra et samlet mål for kostens kvalitet. Kostscore deler nordjyderne op i tre grupper: *sund, middel og usund*. Sund tildeles de nordjyder med sunde kostvaner, som efterlever sundhedsstyrelsens anbefalede kostindtag, hvorimod middelgruppen indfanger nordjyder, som kendetegnes ved både sunde såvel som usunde kostvaner. De efterlever på nogle områder sundhedsstyrelsens kostanbefalinger, men afviger samtidig på andre områder. Den sidste kategori er usund, som er karakteriseret af nordjyder, som har yderst usunde kostvaner ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsprofil 2021:8)

Desuden er der spørgsmålet om, hvorvidt nordjyderne har et ønske om at få sundere spisevaner, hvor svarkategorierne er: *ja, nej og ved ikke*.

I dette tema indgår der otte spørgsmål og 30 svarkategorier med henblik på kunne belyse kost i rummet for sundhedsrelaterede livsstile.

7.1.2 Rygning

I forhold til rygning er der udvalgt to spørgsmål i forhold til at kunne belyse emnet *rygning* i rummet for sundhedsrelaterede livsstile.

Det første spørgsmål om rygning går på, hvorvidt nordjyderne ryger eller ej med svarkategorierne *ryger, eks-ryger* og *ikke-ryger*.

Derimod omhandler det andet spørgsmål, hvorvidt nordjyderne ønsker at stoppe med at ryge. Her er svarkategorierne *ja, nej* og *ved ikke*.

Disse to variabler er udvalgt i forhold til at kunne belyse, hvilke nordjyderne som er rygere, har røget før og ikke har røget, samt om der er et ønske om et rygestop.

Samlet set er der to spørgsmål og seks svarkategorier, som skal være med til at belyse rygning i rummet for sundhedsrelaterede livsstile.

7.1.3 Alkohol

I relation til alkohol er der udvalgt fire spørgsmål, som skal belyse nordjyderne alkoholsvaner i rummet for sundhedsrelaterede livsstile. Disse spørgsmål omhandler størrelsen på deres ugentlige forbrug, antallet af genstande ved samme lejlighed samt ønske om at nedsætte alkoholforbruget.

Med det første spørgsmål spørges der ind til, hvorvidt nordjyderne har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder med svarkategorier: *ja* og *nej*.

Derudover er spørgsmålet om, hvor mange dage om ugen de drikker, udvalgt i forhold til at kunne belyse hyppigheden af borgernes alkoholforbrug. I dette spørgsmål er svarkategorierne: *mindre end 1 dag, 2-3 dage* og *mere end 4 dage*.

Det næste spørgsmål er, hvor tit borgerne drikker fem genstande eller flere, når de er til en lejlighed. Dette spørgsmål har de følgende svarkategorier: *ugentligt, månedligt, sjældent* og *aldrig*.

Derimod omhandler det sidste spørgsmål i dette tema, hvorvidt nordjyderne ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug med svarkategorier: *ja, nej* og *ved ikke*.

Samlet set er der i dette tema fire spørgsmål og 12 svarkategorier, der skal være med til at belyse rummet for sundhedsrelaterede livsstile.

7.1.4 Motion

I det sidste tema, *motion*, er der udvalgt fire spørgsmål, hvilket skal være med til at belyse nordjydernes fysiske aktivitetsniveau i rummet for sundhedsrelaterede livsstile. I dette tema handler disse spørgsmål om deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden, hvor mange dage om ugen nordjyderne er fysisk aktive, deres egen vurdering af deres fysiske form samt om de har et ønske om forbedring af deres aktivitetsniveau.

Det første spørgsmål er, hvordan nordjyderne bedst beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år. Her er svarkategorierne: *aktiv, lettere aktiv og inaktiv*.

Derimod er det andet spørgsmål, hvor mange dage om ugen borgerne er fysisk aktive mindst 30 minutter, hvortil der er følgende svarkategorier: *< 1 dag, 2-3 dage, 4-5 dage og > 6 dage*.

Dernæst omhandler det tredje spørgsmål, hvordan nordjyderne vurderer deres egen fysiske form, hvor spørgsmålet har svarkategorierne: *god, nogenlunde og dårlig*.

Det sidste spørgsmål er, hvorvidt borgerne vil være mere fysisk aktive, hvortil svarkategorierne er: *ja, nej og ved ikke*.

Alt i alt er der fire spørgsmål og 13 svarkategorier, som skal være med til at belyse rummet for sundhedsrelaterede livsstile.

I det følgende skema ses der en opsamling af de operationaliserede variabler i specialets rum af sundhedsrelaterede livsstile.

Tabel 7.1.1 viser et overblik over de aktive variabler og deres svarkategorier.

Kost	Rygning
<i>Frukt</i>	<i>Rygning</i>
Mere end 5 om dagen; 3-4 om dagen; 1-2 om dagen; 5-6 om ugen; 3-4 om ugen; 1-2 om ugen; Ingen	Ryger; Eks-ryger; Ikke-ryger
<i>Fisk</i>	<i>Rygestop</i>
Mere end 3 gange om ugen; 1-2 gange om ugen; Sjældent	Ja; Nej; Ved ikke

<i>Ugentligt indtag af kage og slik</i> Næsten dagligt; Ofte; Sjældent; Næsten aldrig <i>Ugentligt indtag af læskedrik</i> Næsten dagligt; Ofte; Sjældent; Næsten aldrig <i>Ugentligt indtag af fastfood</i> Ofte; Sjældent <i>Ønske om sundere spisevaner</i> Ja; Nej; Ved ikke <i>Kostvaner</i> Meget sund; Sund; Usund; Meget usund <i>Kostscore</i> Sund; Middel; Usund I alt 8 spørgsmål og 30 svarkategorier	I alt 2 spørgsmål og 6 svarkategorier
Alkohol	Motion
<i>Alkoholforbrug de sidste 12 mdr.</i> Ja; Nej <i>Ugentligt indtag af alkohol</i> < 1 dag; 2-3 dage; > 4 dage <i>Drikker 5 genstande ved samme lejlighed</i> Ugentligt; Månedligt; Sjældent; Aldrig <i>Nedsættelse af alkoholforbrug</i> Ja; Nej; Ved ikke. I alt 4 spørgsmål og 12 svarkategorier	<i>Fysisk aktivitet i fritiden</i> Aktiv; Lettere aktiv; Inaktiv <i>Dagligt fysisk aktiv min. 30 minutter</i> < 1 dag; 2-3 dage; 4-5 dage; > 6 dage <i>Selv vurderet fysisk form</i> God; Nogenlunde; Dårlig <i>Ønske om at være mere fysisk aktiv</i> Ja; Nej; Ved ikke I alt 4 spørgsmål og 13 svarkategorier

7.2 Kapitaler

I det nærværende speciale vil Bourdieus teoretiske forståelsesramme blive anvendt i analyserne af uligheden i de sundhedsrelaterede livsstile med henblik på at analysere konsekvenserne af denne ulighed i forhold til nordjydernes sundhedsrelaterede livsstile. Bourdieus teori om sociale rum og livsstilsrummet vil i dette speciale resultere i fremstilling af et sundhedsrelateret livsstilsrum ved brug af multipel korrespondanceanalyse. Dette har til formål at synliggøre nordjydernes sundhedsrelaterede livsstile, hvor nordjyderne ud fra deres sundhedsvaner vil blive placeret i det symbolske rum. Her er det væsentlige relationerne mellem nordjydernes placeringer. Det relationelle perspektiv omhandler, at en livsstil ikke skal anses som uafhængig af andre livsstile. Det vil sige, at en sund livsstil får sin betydning via opposition til usund livsstil samt til de grupper, der fører denne livsstil.

Det ses, at de forskellige sundhedsrelaterede livsstile vil blive tydeliggjort i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, som har sit modstykke i det sociale rum. I det nærværende speciale vil dette blive inkluderet ved hjælp af supplementære variabler i den multipel korrespondanceanalyse. Dette betyder, at det ikke vil blive konstrueret som et selvstændigt rum.

Specialets analyse bygger på et eksisterende datasæt fra folkesundhedsundersøgelsen fra Region Nordjylland "Hvordan har du det?", hvor dette datasæt er afgrænsende for nærværende speciale. Her vil Bourdieus begreber, økonomisk og kulturel kapital, blive operationaliseret. Økonomisk kapital operationaliseres mangelfuldt i dette speciale på grund af datasættet, da der er et manglende fokus på de økonomiske forhold i datasættet. Variablen *økonomi* er inkluderet i analysen, som handler om, hvorvidt nordjyderne har været belastet af deres økonomi inden for de seneste 12 måneder. Dette er dermed den bedste indikator på deres økonomiske kapital. Dog skal det påpeges, at denne indikator kan ses som misvisende, da en borger, som har en høj husstandsindkomst, kan føle sig belastet af økonomien. Af den grund er variablen om nordjydernes boligsituation også inkluderet, og den omhandler, hvorvidt nordjyderne har været belastet af deres boligsituation inden for de seneste 12 måneder. Disse to indikatorer er inkluderet i analysen i forhold til at få et bedre mål for den økonomiske kapital. Derimod operationaliseres den kulturelle kapital, hvor den kommer til udtryk via nordjydernes uddannelsesniveau. Her er nordjyderne enten under uddannelse eller har en grundskole, en erhvervsfaglige uddannelse, en kort-, mellemlang- eller lang videregående uddannelse. Nordjyderne med en lang videregående uddannelse er i besiddelse af den største mængde af kulturel kapital. Det kunne dog have været relevant at have målt kulturelt kapital ud fra nordjydernes kulturforbrug og

kulturpræferencer, hvilket eksempelvis kan være film, musik, litteratur og kunst (Järvinen 2007:352, 365f).

I specialets analyse vil Bourdieus begreber være gensidigt afhængige baseret på nordjydernes habitus, hvor de selv klassificerer sig i det sundhedsrelaterede livsstilsrum sammenlignet med den position individet optager i det sociale rum. Dette er afgjort af mængden og sammensætningen af kapital.

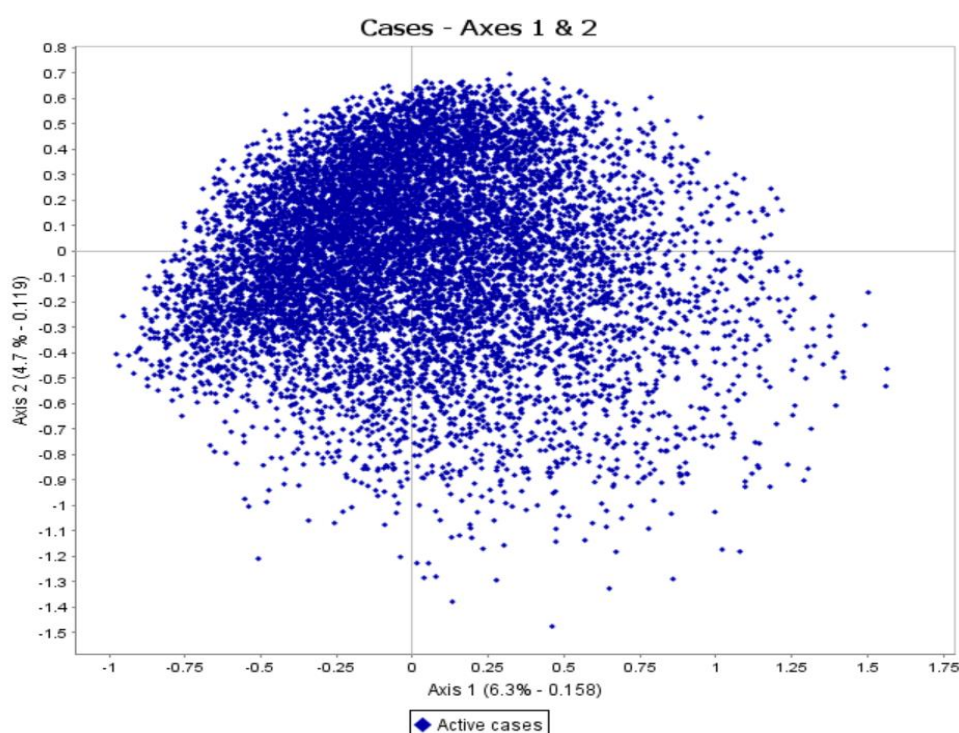
8. Analyse

Analysen fortsætter i forlængelse af metodeafsnittet, hvoraf meget af forarbejdet for den følgende analyse fremgår. I metoden fremgår udregningerne, som er relevante for valg af akser og kategorier i denne analyse. Analysen har til formål at belyse respondenternes sundhedsrelaterede livsstil i forhold til KRAM-faktorerne. I analysen er KRAM-faktorerne udgangspunktet for det sundhedsrelaterede livsstilsrum, som vil blive dannet via specialets analyse og præsenteret gennem 18 aktive variabler med 61 svarkategorier.

8.1 Individskyen

Før der startes med analysen, er det vigtigt med et indledende tjek af individskyen for akse 1 og 2:

Figur 8.1.1: Individskyen for akse 1 og 2



I individskyen fremgår en mindre skævvridning, da man ser en mere koncentreret spredning af individerne i akse 2 på venstre side. Dog ser man en fin jævn fordeling omkring barycentret.

8.2 Analyse af principalakserne

Som nævnt i metodeafsnittet afhænger fortolkningen af de variabler i akserne af kategoriernes bidrag, som overstiger tærskelværdi på 1,64. I de nedenstående analysetabeller for akse 1 og 2 fremgår de variabler og tilhørende kategorier, som er passende at medtage.

Tabel 8.2.1: Analysetabellen for 1.principalakse.

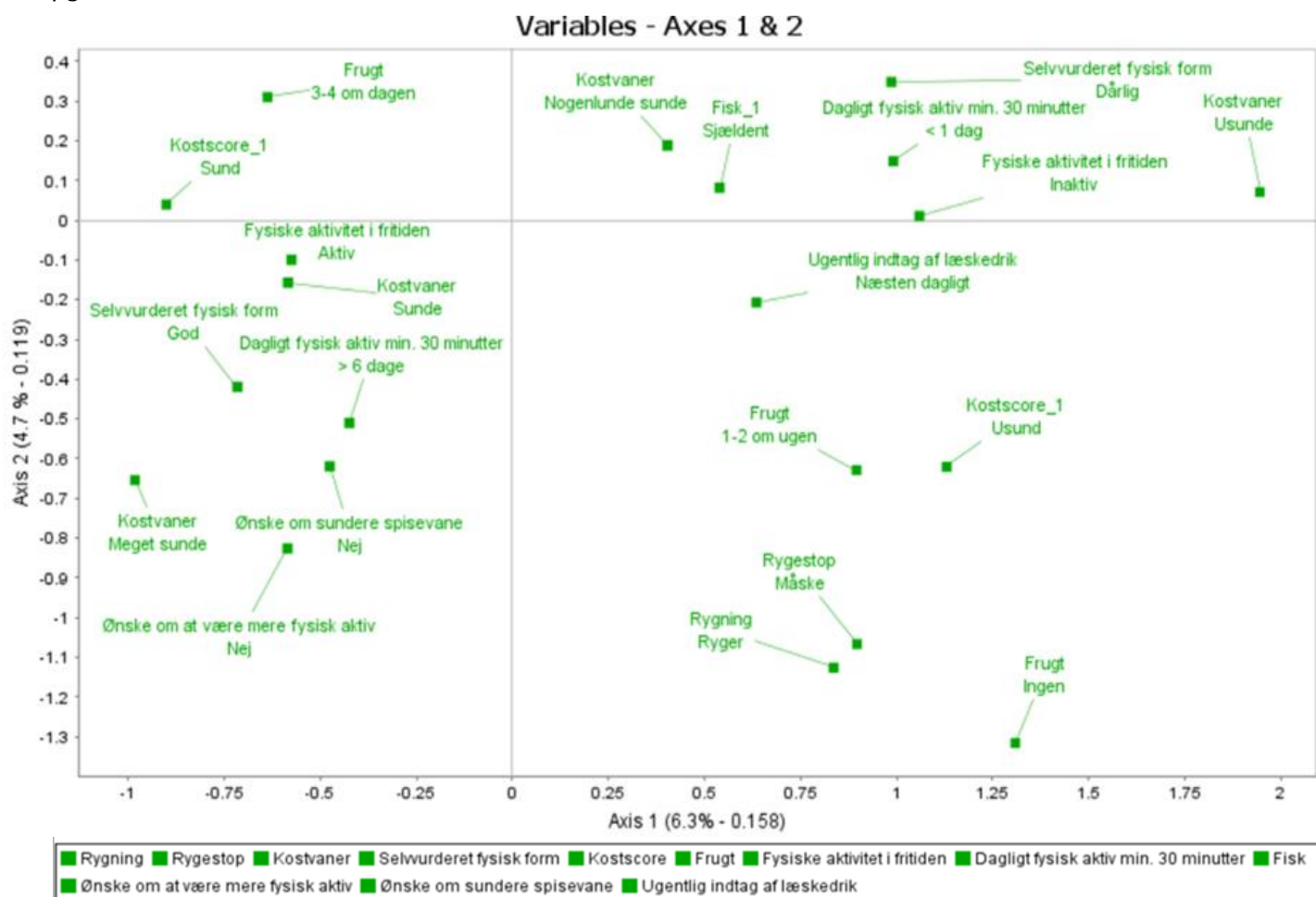
Variabler for akse 1	Bidrag fra variabler	Kategoriernes orientering		Kategoriernes bidrag	
		Venstre	Højre	Venstre	Højre
Kostvaner	14,1 %	Meget sunde	Nogen-	2,2	3,0
		Sunde	lunde Usunde	4,4	4,6
Selvvurderet fysisk form	13,5 %	God	Dårlig	6,1	7,3
Kostscore	12 %	Sund	Usunde	5,1	6,9
Frugt	10 %	3-4 om dagen	1-2 om ugen	2,6	3,2
			Ingen		2,1
Fysiske aktivitet i fritiden	9 %	Aktiv	Inaktiv	2,8	6,2

Dagligt fysisk aktiv min. 30 minutter	8,6 %	> 6 dage	< 1 dag	2,0	5,9
Rygning	5,8 %		Ryger		4,7
Fisk	5 %		Sjældent		3,3
Rygestop	4,7 %		Måske		2,9
Ønske om at være mere fysisk aktiv	3,7 %	Nej		2,8	
Ønske om sundere spisevaner	3,6 %	Nej		2,5	
Ugentlig indtag af læskedrik	3,2 %		Næsten dagligt		2,3
				30,5	52,4
				82,9	

Tabel 8.2.1 viser en analysetabel for akse 1, hvor der er 20 svarkategorier, som har en bidragsværdi over gennemsnittet. Akse 1 indebærer 12 variabler, hvor de tre variabler, som bidrager mest til aksen er kostvaner (14,1 %), selvvurderet fysisk form (13,5 %) og kostscore (12 %). På venstre side af akse 1 forekommer kategorier, som indikerer sunde livsstilsvaner, da man ser kategorier såsom fisk 1-2 gange om ugen, sunde kostvaner, sund kostscore og fysisk aktive i fritiden. Derudover ses der *ikke* rygere på venstre side. Venstre side af aksen giver et mønster af sunde vaner og god selvvurderet fysisk form. Her viser disse kategorier, at det er en gruppe, som er aktive, har sunde spisevaner og er aktive mere end seks dage om ugen. Denne side af aksen indikerer, at venstre side følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Yderligere har de ikke et ønske om at være mere fysisk aktiv eller få sundere

spisevaner. Derimod er den højre side af akse 1 karakteriseret ved usunde livsstilsvaner. På højre side befinder sig en del kategorier af *nogenlunde* - og *usunde kostvaner* og *usunde kostscore*. Derudover forekommer en del usunde vaner såsom *rygning*, *usund kostscore*, *dårlig selv vurderet fysisk form* og *næsten dagligt indtag af læskedrik*. Herudover kategorier, som viser inaktivitet i fritiden og mindre end 1 dag fysisk aktivitet om ugen. Højre side af akse 1 danner et mønster af usunde vaner, som ikke opfylder de sundhedsmæssige anbefalinger. Dog fremgår det, at der måske er et ønske om rygestop, hvilket kan indikere, at overvejelser om forandring i deres livsstil i forhold til rygning. Venstre side af akse 1 bidrager 30,5 %, hvorimod højre side af akse 1 bidrager med 52,4 %, hvilket vil sige, at højre side af akse 1 udgør den største del af akse 1.

Figur 8.2.1: Illustrerer det grafiske output for akse 1 med placeringerne af kategorierne gengives på følgende figur.



Tabel 8.2.2: Analysetabel for 2. principalakse.

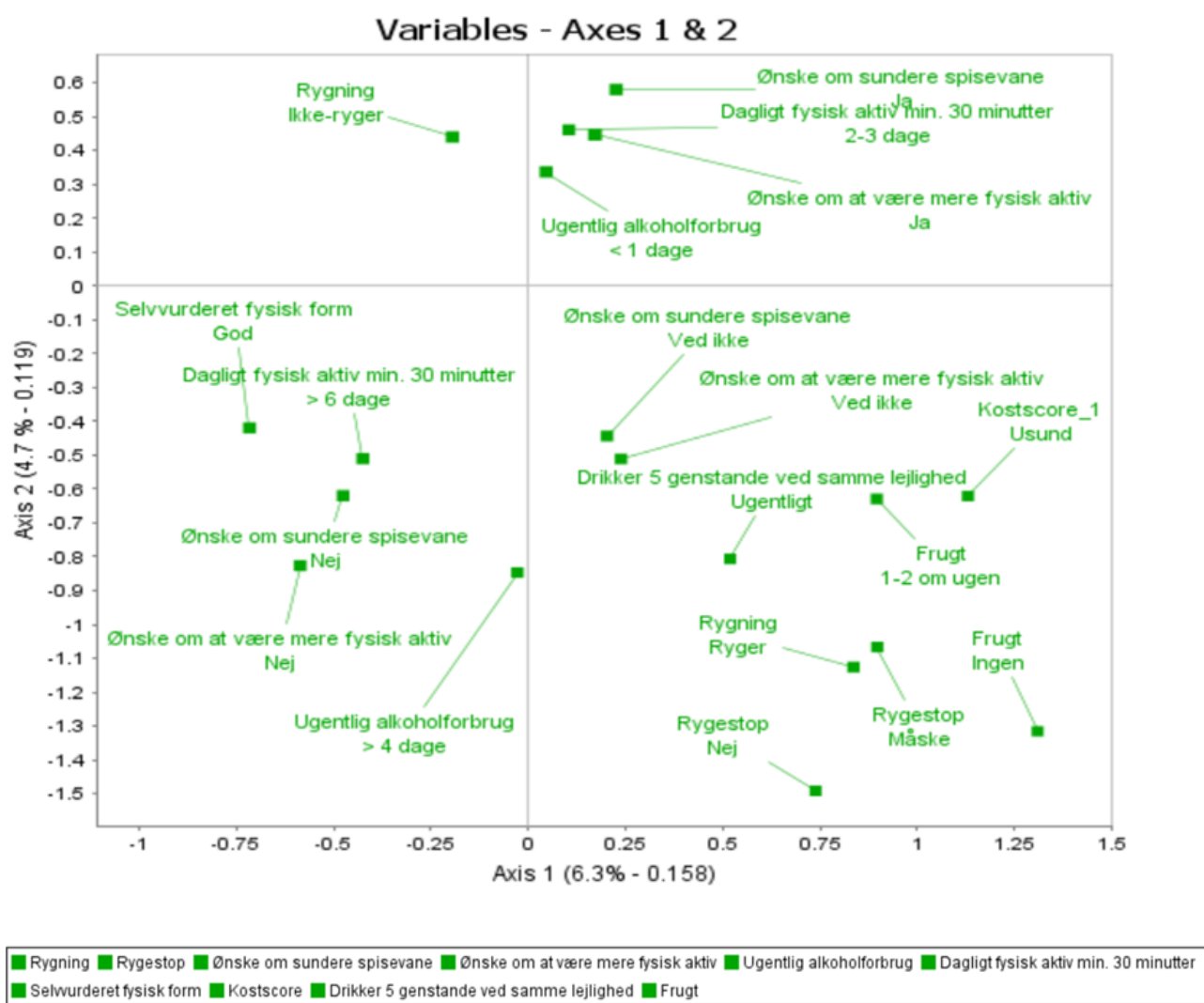
Variabler for akse 2	Bidrag fra variabler	Kategoriernes orientering		Kategoriernes bidrag	
		Venstre	Højre	Venstre	Højre
Rygning	15,6 %	Ryger	Ikke-ryger	11,3	4,3
Ønske om sundere spisevaner	14,9 %	Nej Ved ikke	Ja	5,6 1,7	7,6
Ønske om at være mere fysisk aktiv	14,7 %	Nej Ved ikke	Ja	7,4 1,7	5,6
Rygestop	12,0 %	Nej Måske		5,8 5,5	
Ugentlig alkoholforbrug	7,7 %	> 4 dage	< 1 dage	5,1	2,5
Dagligt fysisk aktiv min. 30 minutter	6,7 %	> 6 dage	2-3 dage	3,9	2,5
Frugt	6,4 %	1-2 om ugen Ingen		2,1 2,9	
Selvvrideret fysisk form	4,5 %	God		2,8	

Kostscore	3,5 %	Usund		2,8	
Drikker 5 genstande ved samme lejlighed	3,3 %	Ugentligt		2,6	
				61,2	22,5
				83,7	

Tabel 8.2.2 viser en analysetabel med 19 kategorier, som bidrager over gennemsnittet. Aksen indeholder 10 variabler, hvoraf de variabler, som bidrager mest til aksens, er rygning (15,6%), ønske om sundere spisevaner (14,9%) og ønske om at være mere fysisk aktiv (14,7%). På venstre side ser man nordjyder, der har usunde kost- alkohol og rygevaner, men tværtimod gode motionsvaner. På venstre side er der enten ikke nogen eller måske ønsker om forandring. Derudover ser man meget usunde vaner herunder rygning, alkohol, usund kostscore og meget lav frugtindtag. Dog befinder sig kategorier på denne side, der indikerer en god selv vurderet fysisk form og 30 minutters motion mere end seks dage i ugen. Højre side af aksens bidrager med 61,2%, som betyder, at denne side udgør den største del af akse 2. Tager man et kig på højre side, ser man et mønster dannet af meget få kategorier af *ikke-rygere*, ønske om sundere spisevaner og - mere fysisk aktivitet, og ugentligt druk mindre end én gang og fysisk 30 minutter 2-3 gange i ugen. Dermed ser man kategorier, hvor der ikke er dårlige vaner ud over meget begrænset motion. Dog ønskes der bedre vaner, der retter sig mod motion og kost. Akse 2 viser således forskellige livsstile, der ikke helt kan vurderes som hverken helt usunde eller sunde. Det kan argumenteres, at de usunde vaner opvejes af de sunde, da man på venstre side ser usunde vaner i forhold til tobak- og alkoholforbrug, hvorimod de motionerer meget og spiser frugter. Derimod ser man et knap så stort alkohol-, motion- og tobaksforbrug og ønsker om forandring på højre side. Tidligere litteratur viser, at usunde vaner såsom rygning og alkohol ofte opfordres i sociale sammenhænge. Dette kaldes for social smittende adfærd, hvor individer ofte påvirker hinanden til at deltage i forskellige handlinger og aktiviteter. Dette kan både være sunde såvel som usunde vaner. Eksisterende forskning viser, at usunde vaner som et større alkoholindtag, rygning, indtag af høje fedtindhold er resultater af social smittende adfærd (Kawachi et al. 1999; Poortinga 2006; Giles

et al. 2005; Christensen et al. 2012; Ejlskov et al. 2014; Putnam 1993). Det blev ligeledes belyst jf. afsnittet med eksisterende forskning, at social kapital kan føre til større motionsvaner (Christensen & Carpiano 2014). Således kunne det tyde på i forhold til akse 2, at på venstre side forekommer en større social kapital, som er med til at opfordre disse vaner. Derimod det modsatte kunne være tilfældet i højre side, hvor der kunne forekomme en mindre social kapital.

Figur 8.2.2 illustrerer det grafiske output for akse 2 med placeringerne af kategorierne gengives på følgende figur.



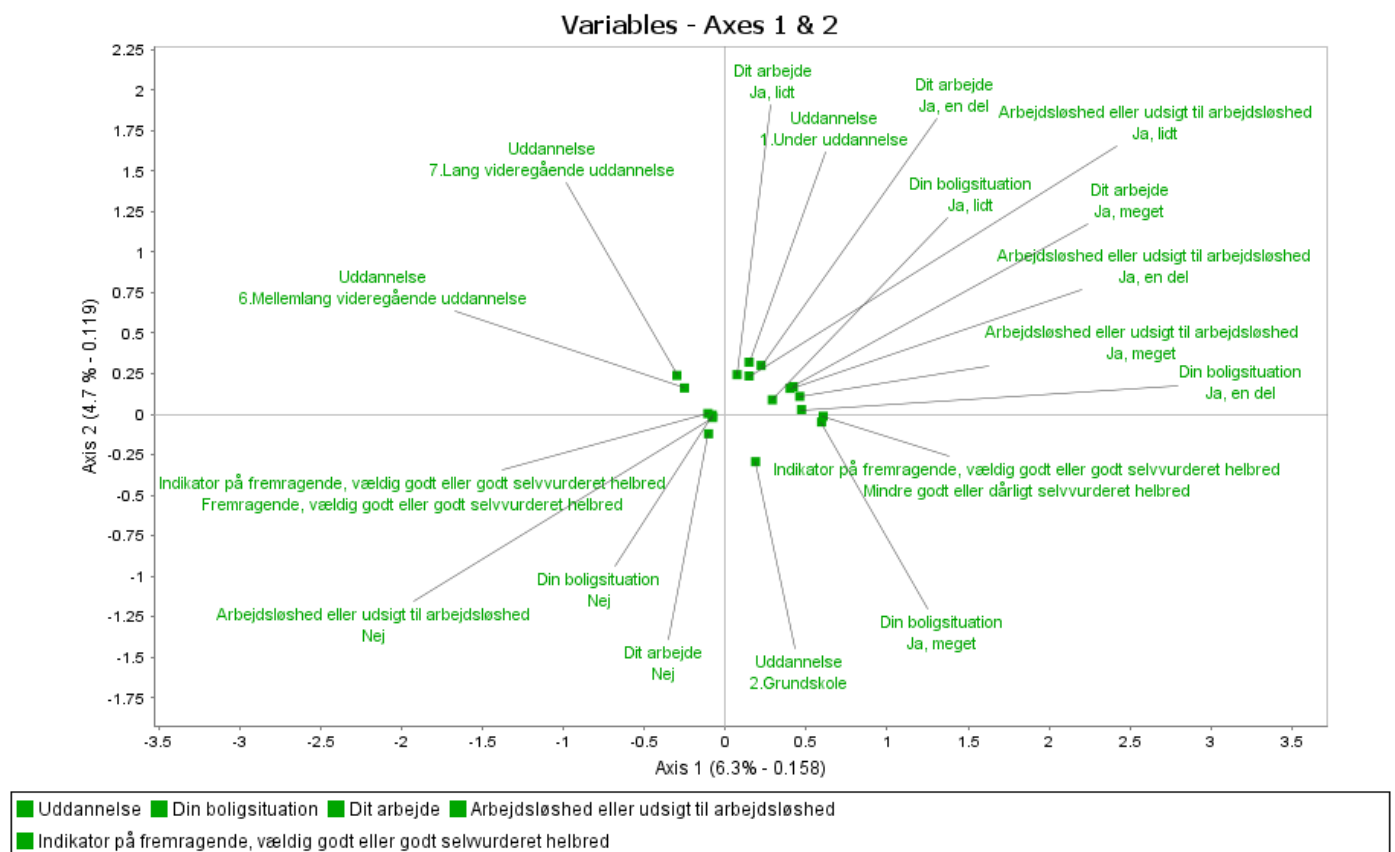
Opsummerende fremgår der både sunde og usunde livsstilsvaner på både 1. og 2. principalakse, men det, der adskiller de usunde og sunde vaner fra de to akser, er, hvordan de sunde og usunde vaner kommer til udtryk. På 1. principalakse ser man ekstrem usunde og sunde vaner på baggrund af særligt

kost og fysiske forhold, mens 2. principalakse viser livsstilsvaner, der er domineret af alkohol og rygning.

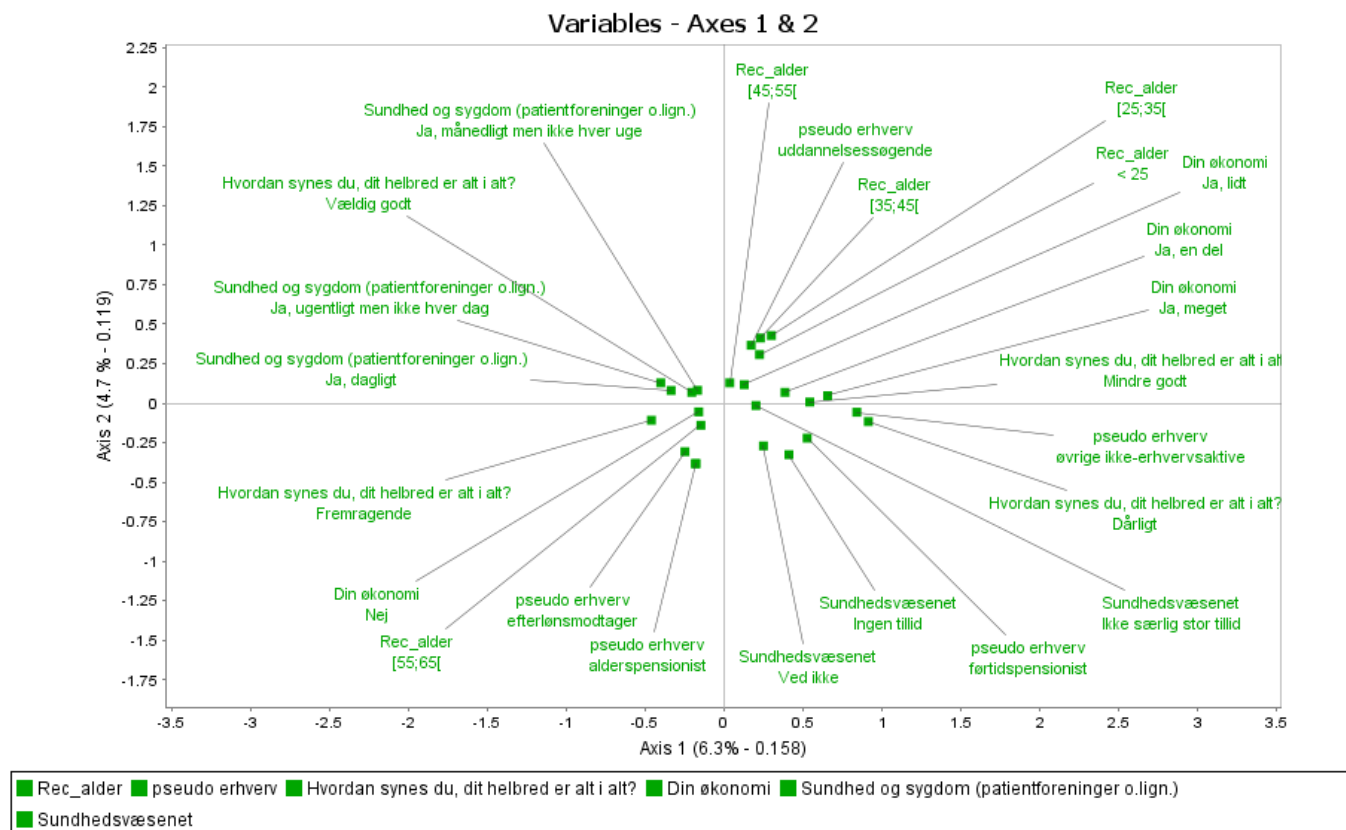
8.3 MCA med supplementærpunkter

Til yderligere fortolkning af akserne er der, som tidligere nævnt, valgt at inddrage supplementære variabler i analysen. Dog er det udelukkende de supplementære variabler, som opfylder kravet om en moderat afvigelse, der vil inddrages i henholdsvis 1. og 2. principalakse, hvilket vises på figur 8.3.1 og figur 8.3.2.

Figur 8.3.1 viser grafen for supplementære variabler



Figur 8.3.2 viser grafen for supplementære variabler.



På figur 8.3.1 synliggøres økonomisk kapital, kulturel kapital og alder langs akse 1 og 2. Der ses en moderat afstand på 0,83 mellem nordjyder, som ikke er belastet af deres økonomi og nordjyder, der er meget belastet af deres økonomi langs akse 1. Det kan ses, at nordjyder, som ikke er belastet af deres økonomi, er placeret i den venstre side af det sundhedsrelaterede livsstilsrum, hvor disse nordjyder har en sund livsstil. Derimod ses der en stor afstand på 1,04 mellem nordjyder, som er en del og meget belastet af deres økonomi, hvor de er placeret i den højre side af sundhedsrelaterede livsstilsrum, og de har en usund livsstil. Yderligere ses der en afstand mellem mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse, hvor der ses en moderat afstand på 0,6 langs akse 1. Derimod ses der en moderat afstand på 0,5 mellem grundskole og lang videregående uddannelse langs akse 1. Dermed kan det konstateres, at højtuddannede nordjyder er placeret i den venstre side af sundhedsrelaterede livsstilsrum, og de besidder en sund livsstil. Derimod ses det, at nordjyder med kortere uddannelse er placeret i den højre side af sundhedsrelaterede livsstilsrum, og har en usund livsstil. Derudover kan det ses det i forhold til alder, at der er flest kategorier i højre side af akse 1 og i toppen af akse 2, hvilket er aldrene under 25 til 55 år. De mest bemærkelsesværdige afstand ses mellem nordjyderne i alderen fra under 25 år til 35 år med en afstand på 0,7 langs akse 2 samt de

nordjyder i alderen mellem 25 år til 45 år med en afstand på 0,8 langs akse 2. Disse nordjyder er placeret i højre side af akse 1, hvilket indikerer, at de har en usund livsstil. Dermed kan det tyde på, at nordjydernes alder har en betydning for, hvilken slags livsstil, som de fører.

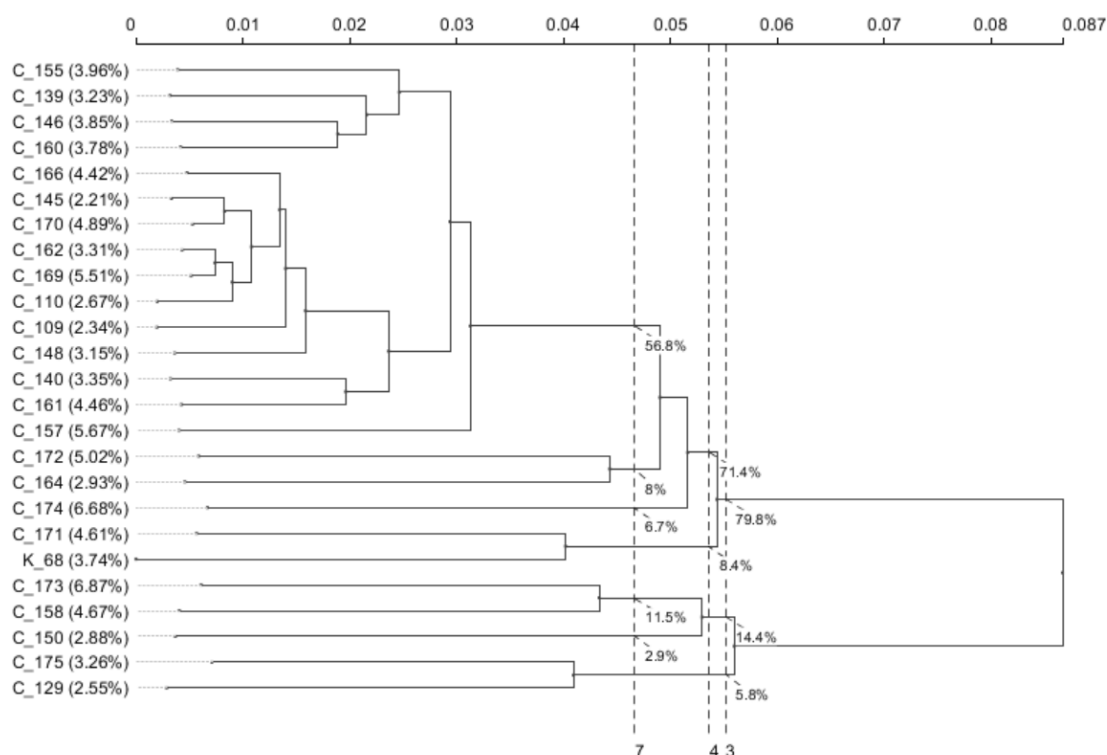
Derimod, hvis der ses på nordjydernes følelse af belastning i forhold til bolig, arbejde og arbejdsløshed, kan det ses, at nordjyderne, som føler sig belastet af disse ting er placeret i den højre side af akse 1 og toppen af akse 2, og har en usund livsstil. Hvorimod nordjyder, som ikke føler sig belastet af arbejde, bolig og arbejdsløshed er placeret i venstre side af akse 1 og bunden af akse 2, og har en sund livsstil. De bemærkelsesværdige afstande forekommer mellem nordjyder, som ikke føler sig belastet af bolig samt nordjyder, der føler sig meget belastet med en moderat afstand på 0,7 langs akse 1. Derudover er der en stor afstand mellem nordjyder, som føler sig en del og meget belastet af deres boligsituation med en afstand på 1,06 på akse 1. Dette gør sig ligeledes gældende for både nordjydernes følelse af belastning af arbejde og arbejdsløshed, hvor de nordjyder, som føler sig belastet er placeret i den højre side, og har en usund livsstil. Hvorimod de nordjyder, som ikke føler sig belastet er placeret i den venstre side af akse 1 og i bunden af akse 2, og har en sund livsstil. Der ses en moderat afstand på 0,5 mellem nordjyder, som ikke føler sig belastet og de nordjyder, som føler sig belastet af arbejdet langs akse 1. Derimod ses der en afstand på 0,9 mellem nordjyder, som føler sig en del og meget belastet af arbejdsløshed langs akse 1.

På figur 8.3.1 fremgår det, at nordjyder med fremragende selvvurderet helbred er placeret i venstre side af akse 1 og i bunden af akse 2, hvilket indikerer, at de har en sund livsstil, hvorimod nordjyder med mindre godt og dårligt selvvurderet helbred er placeret i højre side af akse 1, hvilket indikerer, at de har en usund livsstil. Hvis der ses på afstandene mellem kategorierne kan der ses store afstande langs akse 1. Afstanden mellem nordjyder, som har et fremragende og dårligt er på 1,4, hvorimod afstanden mellem nordjyder, som har mindre godt og dårligt selvvurderet helbred er på 1,5. Til sidst kan det ses, at nordjyder, som ingen tillid til sundhedsvæsenet eller ikke ved, om de har tillid til det er placeret på højre side af akse 1 og i bunden af akse 2, hvilket giver mening i forhold til, at de nordjyder har en usund livsstil. Afstanden mellem disse nordjyder er på 0,7 langs 1. principalakse.

8.4 Hierarkiske klyngeanalyse

I klyngeanalysen vil der fremgå grupper af den nordjyske befolkning, som har valgt mange af de samme besvarelser i spørgeskemaet. Klyngerne, der medtages i analysen, bestemmes af dendrogrammet og levelindexet.

Figur 8.4.1 viser et dendrogram for klyngerne.

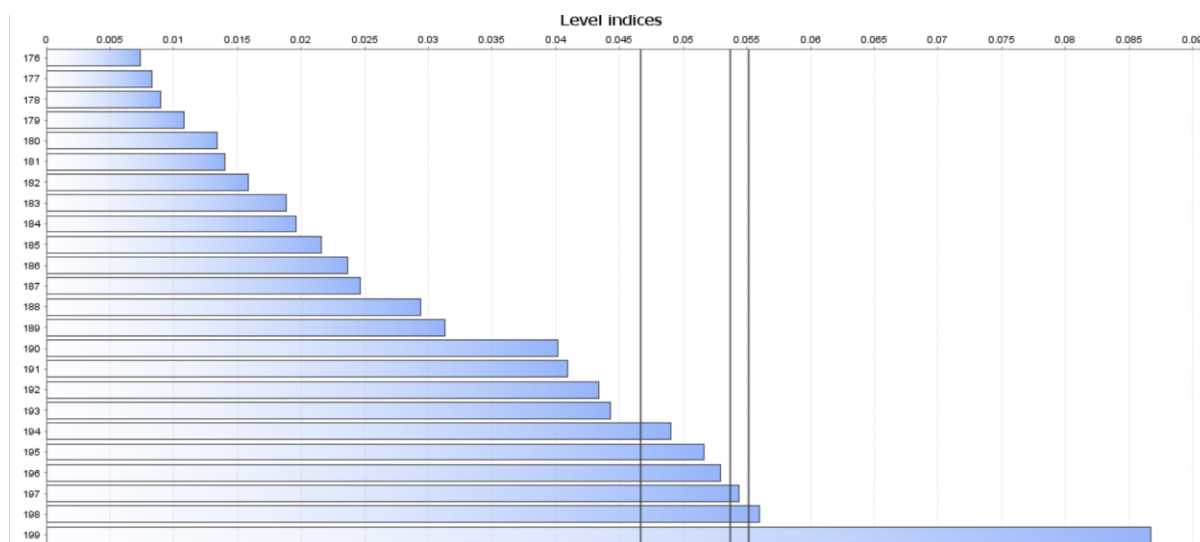


Dendrogrammets vandrette linjer er en klynge, mens de lodrette linjer er sammenføjninger af to klynger. Hver stiplede linje, der går henover en vandret linje indikerer mulige steder at stoppe sammenføjningerne af klynger. Ud fra figur 8.4.1 med dendrogrammet foreslår SPAD tre mulige steder at stoppe sammenføjningerne henholdsvis ved 3, 4 eller 7 antal klynger.

Antallet af klynger udvælges med det faktum, at der i hver klynge indgår minimum 5% og maksimum 50% individer. Derudover er det relevant, at klyngerne internt er homogene, men på samme tid er forskellige i forhold til andre klynger. For hver sammenføjning er den eksterne varians lavere, mens den interne varians øges (Priour & Rosenlund 2010:63).

Levelindevet fremgår på figur 8.4.2 og viser et tab over de eksterne varianser blandt klyngerne, når de lægges sammen.

Figur 8.4.2: Illustrerer levelindex



På figur 8.4,2 ser man levelindexet, som viser knæk ved tre, fire og syv klynger. Valget af antal klynger i analysen træffes på baggrund af det grafiske output. Et af ulemperne i klyngeanalysen er, når individerne inddeles i grupper mister man ofte forskelle og varianser. Dermed er det vigtigt, at man vælger de rigtig antal klynger. Vælger man tre klynger, vil klyngerne være for store og indeholde mindre ekstern varians blandt klyngerne, hvorfor inddeling med tre klynger undlades i analysen. Denne løsning vil på mange måder afspejle den forudgående korrespondanceanalyse. Det samme vil risikeres, hvis der bliver valgt inddelingen med fire klynger. Da, der ønskes en klyngeanalyse, som kan tilføje et bidrag til noget for at gøre helheden bedre, vælges der således at tolke på syv klynger i specialets analyse. Når der vælges en klyngeinddeling med mange klynger såsom syv klynger, risikeres der et meget lille antal individer i hver klynge. Dog vil der med denne klyngeinddeling opnås en mere nuanceret analyse, der kan supplere de fund fra korrespondanceanalysen.

8.5 Klyngeanalyse

I følgende afsnit vil de syv klynger analyseres. I beskrivelsen af de enkelte klynger er der taget udgangspunkt i de aktive såvel som de supplementære variables kategorier, hvoraf kun de kategorier, der er signifikant overrepræsenterede i en klynge vil fremhæves. Det vil sige de kategorier med en testværdi på over ± 2 , såfremt det kun er klynger, som signifikant adskiller sig fra resten af populationen.

8.5.1 Klynge 1: De middelsunde (52,76%)

I denne klynge forekommer en overrepræsentation af nordjyder, som har moderat sunde livsstilsvaner. Disse nordjyder har enten aldrig haft eller i hvert fald ikke længere et tobaksforbrug. Derudover har de et moderat alkoholforbrug, da de drikker mindre end én gang i ugen og sjældent drikker mere end fem genstande, når de drikker. Derudover vurderer de deres kostvaner som sunde, de spiser mindst to stykker frugt om dagen og spiser sjældent fastfood. Dog har de en kostscore på middel. Ligeledes fremgår der et hyppigt indtag af kage og slik blandt denne klynge. Når det gælder forandring, er der en overrepræsentation af nordjyder, der ønsker at forbedre deres spisevaner. De er fysisk aktive mindst 30 minutter tre dage om ugen, men ønsker at være det noget mere. *De middelsunde* får deres navn på baggrund af deres vaner, som ifølge sundhedsstyrelsen er på den sunde side, men med nogle få afvigelser. Denne klynge karakteriserer nordjyder, som vurderer deres helbred som vældigt godt. Når det gælder baggrundsvARIABLE, ser man især kvinder i alderen 35-45 år og beskæftigede uden økonomiske, job- eller boligmæssige bekymringer. De har ganske stor tillid til sundhedsvæsenet. Man ser en stor repræsentation af nordjyder med en mellemlang videregående uddannelse og erhvervsfaglig uddannelse.

I klynge 1 fremgår et interessant fund, da man ser en uoverensstemmelse hos de nordjyske kvinder, som vurderer deres kostvaner som sunde, hvorimod deres kostscore viser middel. Umiddelbart kan det tyde på, at de har nogle sunde kostvaner i henhold til de måltider, de indtager i løbet af dagen, men at de derudover, som det fremgår ovenfor, har et større indtag af kage og slik. Yderligere kan det ligeledes betyde, at de spiser sunde madvarer, men i for store mængder eller bruger for meget olie og margarine til at tilberede deres måltider. De spiser sjældent fastfood, hvilket kan tyde på, at de ofte selv laver deres mad. Ud fra nordjyderne i klyngen fremgår det af de overrepræsenterede svar, at de nordjyske kvinder faktisk ønsker at forbedre deres kost- og motionsvaner. Imidlertid undrer man sig over, hvorfor disse kvinder ikke allerede har ændret deres vaner. Særligt, når de ikke er økonomisk belastet. Ifølge fødevarestyrelsen har mange danskere svært ved at skære ned på slik og kager. Ofte erstattes de sunde fødevarer i kosten af disse mere usunde vaner. Ligeledes foreslås det af Fødevareinstituttet, at danskere har brug for at vide, hvor den ugentlige grænse af indtag af kager og slik er (Fødevarestyrelsen 2021). Dermed kan der være tale om, at disse kvinder kan have brug for mere viden i forbindelse med at kunne kontrollere deres kostvaner.

8.5.2 Klynge 2: Stordrikkerne 10,38%

Denne klynge har en tydelig overrepræsentation af nordjyder, der er meget glade for alkohol og drikker mere end fire dage om ugen og gerne mere end fem genstande hver gang. De ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Derudover er der en overrepræsentation af nordjyder, som vurderer deres kostvaner som nogenlunde sunde, som har et ugentligt indtag af fastfood. De spiser frugt mindst to gange i ugen. De ønsker sundere spisevaner og mere motion på trods af, men vurderer sig selv som aktiv i fritiden. Herudover er der tidligere rygere i denne klynge. Set ud fra baggrundsvariablerne er denne klynge overrepræsenteret af mænd i alderen 16-25 år og 45-65 år, som er uddannelsessøgende, under uddannelse eller beskæftigede. De har en del bekymring for deres økonomi og arbejde, men en større bekymring om at blive arbejdsløse. De er ikke medlem og deltager aldrig i sundhed og sygdomsmæssige foreninger, men har en ganske stor tillid til sundhedsvæsenet. På trods af det ovenstående vurderer de deres selvvaluerede helbred som vældigt godt.

Denne klynge bestræber sig tydeligvis ikke på at rette sig efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, men de forkaster heller ikke disse. Dog kan det, at de giver udtryk for, at de egentlig samtidig ønsker at nedsætte forbruget, betyde, at de føler sig presset til at have den holdning, uden at de egentlig er enige og i realiteten ønsker dette. De efterlever ikke normerne om alkoholindtag, men ønsker heller ikke at blive sanktioneret eller føle sig udstødt, og derfor udtrykker de en mening, de egentlig ikke er enige i. Klyngens sammenfattende indtryk viser ikke ligefrem, at disse nordjyder lever en sund livsstil ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger på trods af, at de selv vurderer deres helbred som vældigt godt. Dette kan skyldes, at de nordjyske mænd i denne klynge ikke er berørt af de konsekvenser, som disse vaner kan medføre, eller er overbeviste om, at der overhovedet medfølger helbredsmæssige konsekvenser. Denne overbevisning kunne hænge sammen med, at de vurderer dem selv som fysisk aktive, hvilket kan opveje deres usunde kost og alkoholforbrug. Simon J. Williams fremhæver jf. teoriafsnittet, at arbejderklassen ofte har tendens til at være del af sportslige aktiviteter, som kræver fysisk styrke, energi og smerte, der potentielt kan skade kroppen. I dette tilfælde kunne det tænkes at være fodbold, som er en sport domineret af unge mænd, hvor de unge eventuelt har et stærkt fællesskab og ofte fejrer deres sejr med alkohol.

Et andet interessant fund i denne klynge er, at de føler sig økonomisk og arbejdsmæssigt belastet, hvilket især gør sig gældende for mændene i denne klynge, som befinder sig i en af de laveste klasser. Tidligere forskning har flere gange på tværs af år og lande dokumenteret, at et overdrevent alkoholforbrug kan sættes i sammenhæng med individer fra lavere socioøkonomiske klasser (Leclerc 1990;

Lundberg 1990; Rodgers 2000; Greenfield 2002; Romelsjo 1996; Makela 1997; Loxely 2004). Det er dog ikke muligt ud fra specialets analyse at vurdere, om de nordjyske mænds alkoholforbrug har ført til økonomiske og arbejdsmæssige belastninger, eller om disse belastninger er grunden til deres forbrug. Et dansk studie fra Statens Institut for Folkesundhed udarbejdet af SDU i 2017 undersøgte de socioøkonomiske aspekter af alkohol hos danske kvinder og mænd. De fandt en signifikant sammenhæng hos mænd, der viste, at danske mænd mellem 18-60 årige, som har et stort alkoholindtag, kan forbindes med en større risiko for arbejdsløshed og flere sygedage sammenlignet med mænd, der ikke har så stort forbrug (Jørgensen et al. 2017).

Et andet perspektiv, der er vigtigt at bemærke i denne klynge med *stordrikkerne* er netop, at den er overrepræsenteret af mænd. Tidligere forskning fremhæver, at især mænd har en øget tendens til at være del af fællesskaber, hvor store indtag af alkohol, fedtindhold i madvarer og andre usunde vaner og praksis er normaliserede (Ejlskov et al. 2014:7). Det er ligeledes interessant, at man ser både unge og ældre mænd i klyngen. En anden analyse, vist af Statens Institut for Folkesundhed udarbejdet af SDU i *ugens tal for folkesundhed*, påpeger både forskelle i køn og alder i den sociale ulighed i alkoholindtag. Analysen viser, at der er sammenhæng mellem alkoholforbrug og køn og yderligere, at alkoholindtag kan relateres til uddannelse, hvor særligt den ældre gruppe mellem 65-84 år med en lang videregående uddannelse har en tendens til at overskride genstandsgrænsen, hvorimod den yngre gruppe af mænd mellem 25-44 år har et større alkoholforbrug (SDU 2010). I denne klynge ser man således, at det overdrevne alkoholindtag er gældende for både unge og ældre nordjyske mænd. Dog ser man ikke individer med lange videregående uddannelser repræsenteret i denne klynge.

8.5.3 Klynge 3: De passive pensionister 8.41%

Denne klynge er overrepræsenteret af nordjyder, der ikke tager stilling til en lang række spørgsmål, hvor spørgsmål enten springes over eller besvares som "*ved ikke*". Derudover forekommer en overrepræsentation af nordjyder, som intet forhold har til alkohol eller tobak. De er inaktive og dyrker motion mindre end en dag i ugen. De vurderer deres fysiske form som dårlig og drikker næsten dagligt læskedrik og spiser fisk mere end tre gange om ugen. I denne klynge er en overrepræsentation af kvindelige alderspensionister og førtidspensionister i alderen 65-101. De vurderer deres helbred som dårligt eller mindre godt og har været ved lægen inden for et år, men har ikke særligt stor tillid til deres sundhedsvæsen. Klyngen er repræsenteret af nordjyder, som højst har en grundskoleuddannelse og er meget økonomisk bekymrede. Tydeligvis udgør denne klynge ældre, pensionerede kvinder, som er dårligt stillede. Ifølge Bourdieus kapitaler besidder disse kvinder en lav kulturel samt økonomisk

kapital. Med udgangspunkt i, at deres højeste gennemførte uddannelse er en grundskoleuddannelse, kunne det tyde på, at de måske hele deres arbejdsliv har beskæftiget sig med fysisk krævende, lavtlønnet arbejde, hvilket kan være årsagen til deres tilstand.

Derudover fremgår i klyngen en mistillid til sundhedsvæsenet, hvilket kan begrundes ud af en rapport fra 2022 udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. Rapporten er en systematisk litteraturgennemgang af international litteratur, der fokuserer på årsager og mekanismerne bag den sociale ulighed i patienters møde med sundhedsvæsenet. Rapporten fremhæver blandt andet, at patienter med lavere socioøkonomisk status har en større tendens til at befinde sig i omstændigheder, som ofte forhindrer kontakten til sundhedsvæsenet. Rapporten viser, at patienter med dårlig økonomi finder det problematisk at tage fri fra arbejde for at besøge sundhedsvæsenet. Personer, der er dårligt stillet socioøkonomisk, har en tendens til at nedprioritere deres sundhed og helbred i forhold til bedre stillede. Rapporten belyser ligeledes, at modtagelsen af behandlinger og andre ydelser er mindre hos patienter med lavere socioøkonomisk status, hvilket tyder på, at disse patienter er mindre opsøgende og ofte venter på instruktioner fra sundhedsprofessionelle fremfor selv at tage stilling. Ligeledes viser en lang række studier, at patienter med lavere socioøkonomisk status først er tilbøjelige til at henvende sig til sundhedsvæsenet og modtage medicinske behandlinger, når tilstanden af deres helbredsproblemer er meget slem. Rapporten fremhæver ligeledes, at patienter med lavere socioøkonomisk status modtager færre sundhedsinformationer fra sundhedsprofessionelle og har en tendens til at udvise utilfredshed med de modtagende informationer (Sundhedsstyrelsen 2022). Denne klynge tyder på, at de ældre kvinder i denne gruppe er meget ressourcemæssigt begrænset, hvorfor deres sundhedsvaner ikke afspejler en overensstemmelse af sundhedsstyrelsens anbefalinger. Deres alder taget i betragtning kan det tænkes, at de ikke prioriterer at følge disse, eller at de bare ikke har overskuddet til det.

8.5.4 Klynge 4: De ekstrem sunde 8.04%

Denne klynge kendetegnes af nordjyder, som har meget sunde kostvaner. De indtager dagligt frugt, og spiser mere end fem stykker frugt om dagen. Derudover spiser de fisk mere end tre gange om ugen. De har drukket alkohol inden for de sidste 12 måneder, dog drikker de sjældent fem genstande ved samme lejlighed, og de ryger ikke. Nordjyderne i denne klynge har en sund kostscore, og de vurderer selv, at de er i god fysisk form, og er fysisk aktive i 30 minutter alle dage om ugen. De er aktive i fritiden, og træner hårdt og dyrker konkurrence- og motionsidræt. I denne klynge er der en overrepræsentation af kvinder, som har fremragende selv vurderet helbred med en mellemlang- og

lang videregående uddannelse. De har stor tillid til sundhedsvæsenet og ingen bekymring om økonomi, boligsituation eller arbejde.

Den klynge består af nordjyske kvinder med ekstremt sunde livsstilsvaner. Deres sundhedsrelaterede livsstil er mest karakteriseret ved at være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og dermed ønsker de ikke at foretage ændringer i deres livsstil. Der kan være tale om, at baggrund af de selv mener, at de har en sund livsstil og er i god fysisk form, så har de ikke behov for at ændre deres sundhedsrelaterede livsstil, fordi den opfylder KRAM-faktorernes anbefalinger. I denne klynge ses der en overrepræsentation af nordjyske kvinder, som har stor tillid til sundhedsvæsenet, hvilket kan relateres til deres sundhedsrelaterede livsstil. Det kan tyde på, at kvinderne efterstræber at leve efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvilket kan forstås som, at man lever et sundt liv. Tidligere forskning viser, at der ved kvinder ses en sammenhæng mellem kulturel kapital og sunde kostvaner (Christensen & Carpiano 2014). Der kan være tale om, at de nordjyske kvinders kulturelle kapital gør, at de er bedre i stand til at erhverve sig viden fra Sundhedsstyrelsen og medier i forhold til, hvordan man lever sundt. Med deres uddannelsesniveau er de bevidste omkring sunde kostvaner og fordelene ved at være fysisk aktive i deres fritid. Derudover kan det tyde på, at der med deres uddannelsesniveau også følger muligheden for et godt job med en god løn, hvilket kan relateres til, at nordjyderne i denne klynge ikke har nogen bekymring om økonomi og bolig.

Derimod kan det tyde på, at nordjyderne i denne klynge er de kulturelt og økonomisk privilegerede, idet disse nordjyder har en mellemlang- og lang videregående uddannelse. Der kan henvises til Prieur, Rosenlund og Skjøtt-Larsen, som fremhæver, at de kulturelt privilegerede følger med i trends på madlavningsområdet, hvor de foretrækker nye og eksotiske retter, hvorimod de økonomiske privilegerede kan fremvise økonomiske kapital ved at handle de rigtige steder, gå på fine restauranter og købe dyre vare (Veenstra 2007:61). Yderligere kan der henvises til Veenstras fire klasseinddelinger, hvor *professional class* har ligheder med nordjyderne i denne klynge. Denne klasse består af veludannede og velhavende, hvilket kan ses hos disse nordjyder. Derudover ses der et mønster af fysisk aktivitet, hvor disse nordjyder træner hårdt og dyrke konkurrence- og motionsidræt. Veenstra uddyber, at dette kan være kajak, løb eller vægttræning, hvilket stemmer overens med nordjydernes træningsmønster. Yderligere kan der være tale om, at disse nordjyder er de privilegerede, fordi de påstår at have et fremragende selv vurderet helbred (Veenstra 2007).

8.5.5 Klynge 5: Førtidspensionisterne 11.69%

Denne klynge har en overrepræsentation af nordjyder, som ryger og enten overvejer eller slet ikke ønsker rygestop. Der forekommer ligeledes en overrepræsentation af nordjyder, som spiser frugt 1-2 gange om ugen og drikker læskedrik ugentligt. De vurderer deres kost som usund, og ønsker ikke at spise sundere eller være mere fysisk aktiv. De har nogenlunde sunde kostvaner. Ud fra baggrundsvARIABLENE er der en overrepræsentation af nordjyder i klynge 5 af mænd, som er førtidspensionister i alderen 45-65 år gammel. De er meget bekymret for deres økonomi, arbejdsløshed og bolig. De deltagere ikke i politiske valg. Derudover er der en overrepræsentation af mænd, som har en grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse. De vurderer deres helbred som godt.

Det er tydeligt at denne klynge, som er overrepræsenteret af nordjyske mænd fra en lav socialklasse, tydeligvis har nogle usunde vaner, som de ikke ønsker at lave om på, hvilket kan tyde på, at de er tilfredse med deres livsstilsvaner, hvilket særligt afspejles ved, at de vurderer deres helbred som godt. Således virker de ikke til at være påvirket af de sundhedsanbefalinger eller sundhedsnormer, der findes. Dette kan opfattes på to måder: Enten er dette klyngens måde at opnå autonomi og magt ved at gå imod det, Bourdieu kalder for doxa, som drejer sig om de samfundsmæssige forestillinger om, hvad der opfattes som sundt og usundt, som dominerer sundhedsfeltet. Således ønsker denne klynge ikke at underlægges disse. Omvendt kan deres vaner ifølge Bourdieu skyldes, at disse opvækstvilkår, som de nordjyske mænd er vokset op i, kan disse vaner anses som ganske normale og derfor ikke opleves som farlige. For de nordjyske mænd kan disse vaner være normer, som findes i deres kreds.

Derudover kunne man undre sig over, hvorfor denne klynge har valgt at besvare dette spørgeskema, især når de ikke er politisk aktive. Dette kunne ligeledes skyldes, at de på denne måde udtrykker deres modstand, så deres vaner kan italesættes som normale. Særligt, når de på trods af de mange usunde vaner stadig vurderer deres helbred som godt.

8.5.6 Klynge 6: De usunde forandringsparate 2.88%

Denne klynge er overrepræsenteret af rygere, som ønsker at stoppe deres tobaksforbrug. De spiser frugt 1-2 gange om ugen, og har en usunde kostscore. Herudover drikker de ugentligt fem genstande ved samme lejlighed, og ønsker at nedsætte alkoholindtaget. De drikker ugentligt læskedrik og ønsker at være mere fysisk aktive. Ud fra baggrundsvARIABLENE består denne klynge dels af nordjyder, som er førtidspensioneret i alderen 25-45 år, som er meget økonomisk, arbejds- og boligmæssigt bekymret, og vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt.

I denne klynge ses en overrepræsentation af nordjyder, som er rygere, men har et ønske om at stoppe med at ryge. Tidligere forskning har vist, at en af de livsstilsrelaterede risikofaktorer indebærer et stort tobaksforbrug (Danskernes sundhed 2021:130). I Danmark er der 13.600 flere dødsfald blandt individer, som er rygere eller har tidligere været det sammenlignet med dem, som aldrig har røget. Det ses, at rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden i Danmark (Ibid:60). Der ses et rygeforbrug hos disse nordjyder, hvor det interessante er, at de ønsker et rygestop, hvilket kan relateres til, at de ønsker at forbedre deres sundhedsrelaterede livsstil. Det kan tyde på, at disse nordjyder har indset, at disse faktorer har en negativ betydning for deres sundhed, hvor tidligere studier har belyst, at antallet af risikofaktorer, som man har, kan øge risikoen for at få kræft, hjertekarsygdom eller for at dø for tidligt. Der kan være tale om, at nordjyderne ønsker et rygestop, fordi de vil mindske risikoen for at få kræft og hjertekarsygdomme, men samtidig også forbedre deres livskvalitet.

8.5.7 Klynge 7: De ekstremt usunde 5.84%

Denne klynge er overrepræsenteret af nordjyder, der har et stort tobaksforbrug. De spiser ingen frugt, er inaktive i fritiden og er fysisk aktive i 30 minutter mindre end én gang om ugen. De vurderer deres fysiske form som dårlig og besidder en usund kostscore. De indtager næsten dagligt læskedrik, kager og slik og spiser ugentligt fastfood. De drikker gerne mere end fem genstande ved samme lejlighed ugentligt. De ønsker sundere spisevaner og nedsat alkoholforbrug og overvejer rygestop. Ud fra baggrundsvARIABLENE er denne klynge overrepræsenteret af mænd mellem 16-35 år, som er meget bekymret over deres økonomi, arbejds- og boligsituation. De er arbejdsløse eller uddannelsessøgende/under uddannelse. Klyngen er overrepræsenteret af nordjyder med grundskoleuddannelse, som deres højest fuldførte. De er ikke medlem af patientforeninger og deltager aldrig i politiske valg.

I denne klynge ses en overrepræsentation af nordjyske mænd, som er fra en lav social klasse, der har usunde kost-, alkohol- og motionsvaner, men har et ønske om at ændre deres livsstil. Ud fra KRAM-faktorerne og anbefalinger om disse fra Sundhedsstyrelsen kan det tyde på, at disse nordjyder har usunde kost- og motionsvaner. Eksisterende forskning har tidligere belyst, at mænd ofte deltager i sociale fællesskaber, hvor der forekommer hyppigere indtag af alkohol og fedtholdig mad (Ejlskov et al. 2014:7). Det kan tyde på, at denne gruppe af nordjyske mænd har den samme opfattelse af, hvad der er sund kost og god form, hvilket passer med Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Forskellige studier har vist, at ophobning af livsstilsrelaterede risikofaktorer hyppigt hænger sammen med forhold såsom alder, køn og uddannelsesniveau (Jensen et al. 2022:130). Derimod ses et ugentligt alkoholforbrug

hos nordjyderne i alderen mellem 16-35 år, hvor tidligere forskning har vist, at alkohol også er en af de forebyggelige risikofaktorer, som har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. I Danmark ses den højeste drikkefrekvens og det største alkoholforbrug blandt unge og voksne sammenlignet med de andre nordiske lande. Et interessant fund i denne klynge er, at disse nordjyder drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed, hvilket modsiger Sundhedsstyrelsens nye anbefaling om alkoholforbrug, hvilket nu er højst fire genstande på samme dag (Ibid:76). Derudover har tidligere forskning vist, at motivationen for livsstilsændring ønskes både af nordjyder med lav og høj uddannelse. Her er der tale om blandt andet vaner som mindre alkoholindtag. Et andet interessant fund i denne klynge er, at de har usunde kostvaner. Tidligere forskning har vist, at kosten også har en betydning for individers sundhedstilstand, idet sunde kostvaner kan have indflydelse i forbindelse med at fremme og bevare et godt helbred. Derimod kan et usundt kostmønster være en medvirkende årsag til, at individer udvikler en række sygdomme og tilstande (Ibid:92). Der kan være tale om, at nordjyderne er bevidste om, at de har en usund livsstil i forhold til deres rygeforbrug, alkoholforbrug og usunde kostvaner, da de ønsker at stoppe tobaksforbruget, nedsætte alkoholforbruget og forbedre deres kostvaner. Det kan tyde på, at disse nordjyder har indset, at disse faktorer har en negativ betydning for deres sundhed, hvor tidligere studier har belyst, at antallet af risikofaktorer, som man har, kan øge risikoen for at få kræft, hjertekarsygdom eller for at dø for tidligt. Det kan tolkes som, nordjyderne ønsker et rygestop og nedsættelse af deres alkoholforbrug, fordi de vil mindske risikoen for at få disse sygdomme, men samtidig også forbedre deres livskvalitet. Et andet interessant fund i denne klynge er, at disse nordjyder ønsker at være mere fysisk aktive i deres fritid. Tidligere forskning har vist, at fysisk aktivitet kan forebygge tilstande og sygdomme såsom type 2-diabetes, hjertekarsygdomme og kræft. En dansk undersøgelse har vist, at fysisk inaktive danskere i gennemsnittet vil leve syv år kortere sammenlignet med fysisk aktive danskere (Ibid:104). Yderligere har tidligere forskning vist, at usunde livsstilvaner, dårligt helbred og trivsel især opleves blandt nordjyder med lavere uddannelsesniveau, hvor de finder det vanskeligt at kommunikere, hvilket kan indebære at læse og forstå både skriftlige og mundtlige informationer fra sundhedsfolk.

8.6 Opsummering af analysen

I specialets samlede analyse forekommer et mønster mellem sundhedsrelaterede livsstile og sociale positioner. Gennem klyngeanalysen har det været muligt at kunne inddele nordjyderne i grupper, som giver mening analytisk. I analysen fremgår det tydeligt, hvordan social position kan sættes i sammenhæng med sundhedsrelaterede livsstilsvaner herunder en forandringsvillighed i forhold til at ændre sine sundhedsfremmende vaner.

Helt konkret ser man i analysen en form for hierarki, ligesom i Bourdieus studie *Distinktionen*, hvor man kan snakke om en social dominans. Altså, hvor de mere privilegerede gruppe besidder en magt og dominans til at styre idealerne og livsstile. I analysen fremgår det, at nordjyder med høj social position har sundere livsstilsvaner, hvorimod nordjyder med lavere social position har en tendens til at besidde dårlige sundhedsrelaterede livsstilsvaner. Som tidligere nævnt anvender Bourdieus livsstilsbegrebet som en markør for sociale hierarkier i samfundet, hvor han særligt fremhæver sammenhængen mellem socioøkonomisk position og livsstil. Livsstilsbegrebet er ikke blot positivt, men skaber samtidig ulighed i samfundet, da de livsstilsvalg vi foretager os, er forbundet med hierarkier, hvor der på baggrund af dette forekommer forskellige sociale klasser, der opdeler samfundet. De valg, som træffes, kan betragtes som et resultat af de præferencer, som man har, hvilket har indflydelse på en del elementer og forbrug. I analyse kan det diskuteres, hvorvidt sundhed og sundhedsrelaterede livsstilsvaner er med til at tydeliggøre eller skabe den sociale ulighed i samfundet herunder, hvorvidt kapitaler kan sættes i sammenhæng med sundhedsrelaterede livsstilsvaner. Med udgangspunkt i analysen kan det fastslås ud fra klyngerne med nordjyder, der besidder en høj mængde kulturelt og økonomisk kapital såsom *De ekstremt sunde*, har sunde livsstilsvaner, hvoraf klynger med nordjyder, der besidder en lavere mængde af kulturel og økonomisk kapital såsom *De ekstremt usunde* og *De fortrukne*, har usunde livsstilsvaner. Dette kunne tyde på, at et vis omfang af ressourcer er nødvendige for at kunne efterleve og forstå sundhedsrelaterede livsstilsvaner. Bourdieus analyse i *Distinktionen* forudsiger i høj grad store dele af denne analyses fund, hvorfor mange af Bourdieus argumenter kan anvendes til at begrunde mange af de fund, der er i specialets analyse med nordjyder. I analysen er der tre meget bemærkelsesværdige klynger henholdsvis *de ekstremt sunde*, *de middelsunde* og *de ekstremt usunde*, som på mange måder repræsenterer de tre klasser i Bourdieus studie. *De ekstremt sunde* lever op til sundhedsdiskursen og de anbefalinger, der findes om sundhed og de vurderer dem selv som sunde og ikke behov for forandring. På denne måde viser de en form for dominans ved altid at stræbe efter det, der i samfundet betragtes som godt og sundt og ikke synes, at der er behov for for-

bedring. Ligesom *de privilegerede* fra *Distinktionen* adskiller sig markant fra de øvrige grupper gennem deres livsstilsvaner og sørger for altid at finpudse denne grænse mellem dem og de andre. Derudover er der ligeledes en *Mellemklasse*, som betegnedes som *de middelsunde* i analysen, som består af nordjyder med en mellemlang videregående uddannelse og har ikke nødvendigvis den samme kapitalmængde, som *de ekstremt sunde*, som er overrepræsenteret af nordjyder med lang videregående uddannelse. *De middelsunde* har til dels nogle sunde vaner, men afviger med nogle få vaner og de ønsker at forbedre både kost- og motionsvaner. Ifølge Bourdieu er mellemklassen i hans analyse underlagt de privilegerede, og stræber efter at være ligesom dem, men uden held, da de ikke har ressourcerne til det. Derudover kan analysen sidste klynge *de ekstrem usunde* sammenlignes med *arbejderklassen* i *Distinktionen*. Klyngen er overrepræsenteret af nordjyder fra lavere sociale positioner, som føler sig belastet. De har usunde vaner i alle KRAM-faktorerne, men ønsker at forandre deres kost- og alkoholvaner. Med de vaner de har kan det på den ene side diskuteres, at de er upåvirkelige af de mere dominerende og privilegerede grupper, men alligevel ønsker forandring. Det kan diskuteres om de i virkeligheden ønsker at forandre deres sundhedsvaner eller blot har valgt disse svarkategorier, fordi de føler sig pressede til det af den dominerende klasse. Denne struktur, hvor privilegerede grupper besidder mere dominerende positioner og har flere klasser under sig med faldende indflydelse, som acceptere denne hierarki, kalder Bourdieu for *symbolsk vold*. Det er således de privilegerede klasser, som definerer sundhed og hvordan de andre klasser skal forholde sig til sundhed. Med en direkte henvisning til Bourdieu forekommer en tydelig klasse-mæssig opdeling på baggrund af kapitalmængder, hvor den mest privilegerede klynge, som i specialets analyse er *de ekstrem sunde*, efterlever sundhedsidealerne og påvirker mellemklassen altså *de middelsunde* og hvor de mindst privilegerede grupper såsom *de ekstrem usunde*, virker til at være mindst påvirket af disse idealer. Her kan det antages, at større mængder af økonomisk og kulturelle kapitaler giver individer adgang til flere fordele og ressourcer, som er med til at styrke sundhedsrelaterede livsstilsvaner. Eksempelvis kan økonomisk kapital give adgang til sundere fødevarer, motionscenter og andre livsstilsvaner, som er med til at fremme sundhed. Mens kulturel kapital er med til at give informationer og viden omkring sundhed. Ligeledes har individer med mere kulturel kapital nemmere ved at forstå sundhedsinformationer. Ud fra Bourdieus relationelle fokus er det imidlertid relationerne mellem klyngerne, der er mere interessante end udarbejdelsen af en eksplicit klasseinddeling. Dermed vil resten af analysen fokusere mere på de træk fra Bourdieus teori, som går igen i de analyserede klynger.

Ligeledes kan der tages udgangspunkt fra Abels aspekt Bourdieus kapitaler, hvor Abel fremhæver, at kulturelle ressourcer kan have en væsentlig betydning for den individernes økonomiske ramme, idet

sundhedsrelaterede værdier, normer og opfattelser kan være med til at guide deres sundhedsrelaterede livsstil. Abel mener, at økonomisk kapital kan give individer en del relevante muligheder i forbindelse med deres helbred. Der kan være tale om, når nordjyderne eksempelvis køber sunde fødevarer, hvilket kan være dyre fødevarer. Kulturel kapital er med i brugen af økonomiske ressourcer i forbindelse med sundhedsmæssige gevinster. Der kan argumenteres for, at økonomisk kapital kan blive påkrævet, når disse nordjyder deltager i sundhedsfremmende aktiviteter, hvor penge kan være en nødvendighed i forhold til at få adgang til specifikke læringsfaciliteter eller læringsprogrammer (Abel 2007:3).

Der kan være tale om, at specialets analyse i tråd med Lebarts anmærkninger, er der opnået en nuanceret forståelse af de sammenhænge, som ofte bliver opereret med i forbindelse med social ulighed i sundhed. Det vil sige, at der ikke kun tale om, at de højt positionerede individer lever sundt og de lavt positionerede lever usundt, men også at inden for de højt positionerede er der forskelle på sund levevis og inden for de lavt positionerede er forskellige måder at leve usundt på.

Et andet interessante mønstre mellem klyngerne udover den tydelige klasseopdelingerne er de køns-mæssige forskelle, der forekommer blandt klyngerne. De sundere klynger med de ressourcestærke nordjyder er dominerede af kvinder, mens de mindre sunde klynger med de ressource svage nordjyder er dominerede af mænd. Dermed er der kønslige forskelle på sundhed. Dette gælder ikke blot deres vaner men ligeledes deres forandringsvillighed. I takt med usunde vaner opstår viljen til at forbedre disse vaner især hos kvinder. Man kan således påpege, at de velhavende kvinder har en høj status i forhold til sundhed.

Katrine Blom, Mie Møller Nielsen og Svend Aage Madsen fra Forum for Mænds Sundhed diskuterer de store kønsforskelle, der findes i uligheden i sundhed, hvor de ligeledes understreger, at mænd gå mindre op i deres sundhed end kvinder i en artikel i Information fra 2022. De store kønsforskelle, som spiller en rolle i den sociale ulighed i sundhed er omdrejningspunktet i denne artikel. Artiklen tager udgangspunkt DR's dokumentarserie, som blev udsendt i 2016, som sammenligner de to bydele Aalborg Øst og Hasseri, der blot ligger syv kilometer fra hinanden, med middellevetids forskel på 13 år hos de to beboere. Aalborg Øst kendetegnes som et socialt belastet område særligt beboede af individer fra arbejderklassen, mens Hasseri er et velhaverkvarter med en andel af individer fra overklassen. I artiklen fokuseres særligt på det kønslige aspekt, hvor kvinder fra Hasseri lever hele 18 år længere end mænd fra Aalborg Øst. Kvinderne fra Aalborg Øst lever ti år mindre end kvinderne fra Hasseri, mens mændene fra Aalborg Øst lever 16 år mindre end mænd fra Hasseri. Artiklen fokuserer særligt på mænd, som er ekstra udsatte i den sociale ulighed i sundhed. Det viser sig nemlig, at

mænd har begrænset viden om symptomer på sygdom og har tendens til at henvende sig til lægen for sent på trods af symptomer. Generelt viser det sig, at mænd sjældent går til lægen sammenlignet med kvinder, og når de gør, er de sendt afsted af deres partner. Derudover forekommer der ofte misforståelser, når mænd er hos lægen, særligt hos mænd fra lavere sociale positioner, hvor der opstår udfordringer i dialogen med lægen, som har betydning for diagnosticering og behandling af sygdomme. Derudover forklarer artiklen, at mænd er dårlige til at tage deres ordinerede medicin. Generelt har mænd svært ved at være patienter og være i sygerollen sammenlignet med kvinder (Blom et al. 2022). Derfor er det lige så interessant at kigge på de kønslige forskelle, der findes i den sociale ulighed i sundhed, som bekræftes og tydeliggøres i analysen. Imidlertid er dette med til at afspejle, at man har forskellige måder at forstå og tilgå sundhed. Det således drøftes, at forskellige personer har forskellige forestillinger om, hvad sunde livsstilsvaner egentlig er. Eksempelvis vurdere klyngen med *Stordrikkerne*, deres kostvaner som *nogenlunde sunde* på trods af, at de ikke falder helt i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Dermed har de måske nogle andre forestillinger, der gør, at de vurderer deres kostvaner som *nogenlunde sunde*. Dette kan forstås i skyggen af Bourdieus *habitus* begreb jf. teori-afsnittet, hvoraf *habitus* dannes ud fra handlingsskemaer, principper og præferencer, som påvirker måden man ser verden på. Derfor er forskellige opvækstvilkår med til at skabe individets skæbne. Hermed kan det betragtes, at de nordjyder, der har et mere optimistisk sundhedsperspektiv i modsætning til sundhedsstyrelsens anbefalinger, at denne forestilling deles af individerne i dette fællesskab, hvorfor man er overbevist om, at disse livsstilsvaner normaliseres og ikke nødvendigvis betragtes at have negative følger for sundheden.

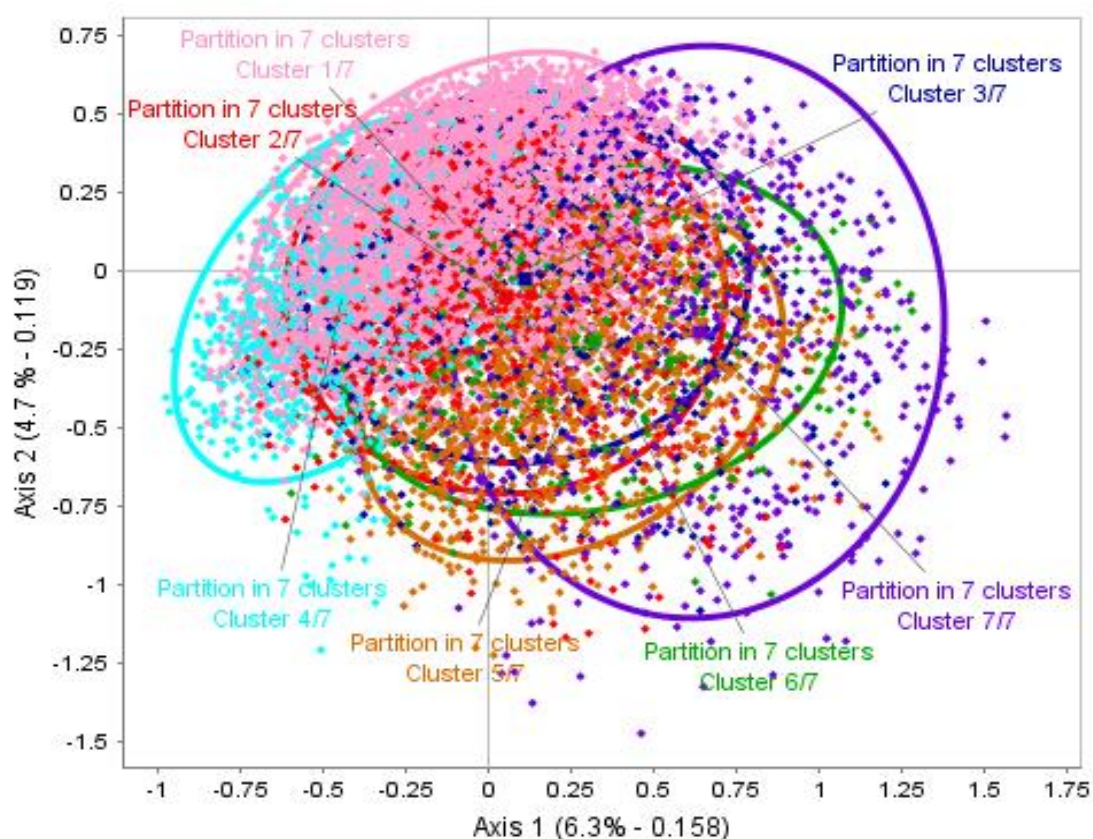
På baggrund af specialets analyse kan der opsummerende argumenteres for, at nordjydernes kapitalmængde har en væsentlig indflydelse på deres sundhedsrelaterede livsstil og forandringsvillighed. Ud fra de supplementære variabler kan det konstateres, at de sunde nordjyder både har en høj mængde af kulturel og økonomisk kapital. Derimod kan det konstateres, at de usunde nordjyder har en mere begrænset kulturel og økonomisk kapital. Der kan ud fra den nærværende analyse bekræftes, at mængden af kapital er essentiel for den sundhedsrelaterede livsstil. Det vil sige, at jo større nordjydernes kapitalmængde er, desto sundere er deres livsstil. Der kan argumenteres for, at nordjydernes forskellige kapitalmængde resulterer i en ulighed i den sundhedsrelaterede livsstil. Dermed kan det siges, at nordjydernes placering i det sociale rum påvirker deres sundhedspraksis og deres placering i det sundhedsrelaterede livsstilsrum. Bourdieu mener, at der er homologi mellem sociale position og deres praksis, hvilket kan bekræftes på baggrund af nærværende speciales analyse. Der kan være tale om, at nordjydernes social position og sundhedspraksis er forskellige sider af virkeligheden, hvilket

bør behandles som selvstændige enheder. Dog ses det, at disse to enheder er gensidigt afhængige af hinanden. På baggrund af Bourdieus teoretiske perspektiv kan der argumenteres for, at nordjydernes habitus fungerer som et bindeled mellem deres sundhedspraksis og social position. Det vil sige, at de valg, som de sker set i relation med nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil, bør dermed ikke blive anskuet som bevidste til- og fravalg, men derimod som en konsekvens af deres socialisering og miljø. Dermed kan der være tale om, at nordjydernes livsvilkår og erfaringer, der danner rammerne for deres sundhedspraksis, hvor der kan argumenteres for, at nordjydernes sundhedsrelaterede livsstil er essentiel for deres selv vurderet helbred. Habitus spiller således en afgørende rolle for den ulighed man ser, da habitus forudsætter individets livsbetingelser gennem hele livet. Individet tilpasser sig afhængig af de ydre omstændigheder man er vokset op i og lever efter de strukturer og begrænsninger (Christensen & Albertsen 2002:217)

8.7 Klyngerne placering i skyen

For at fuldende og afslutte analysen ser man på figur 8.7.1 de syv klyngers placering i individskyen med koncentrationsellipser langs akse 1 og 2.

Figur 8.7.1: klyngernes placering i individskyen



Ifølge klyngernes placering i skyen fremgår det, at klynge 1, som repræsenterer *de middelsunde*, befinder sig på delvist på venstre side af akse 2. Ligeledes er klynge 4 placeret helt til venstre på akse 2 og en smule i toppen af højre side. Venstre side indikerer således sundere livsstilvaner, hvorimod højre siden er repræsenteret af klynger såsom klynge 7: *de ekstrem usunde*, klynge 6: *de usunde forandringsparate* og klynge 5: *førtidspensionisterne*. Mens klynge 2 og 3 befinder sig en nogenlunde centralt. Derudover er klyngerne 1,2 og 4, som alle har en overrepræsentation af kvinder i højere grad placeret til venstre i modsætning til de klynger, hvor mændene er overrepræsenteret.

I specialets sundhedsrelaterede livsstilsrum fremgår det på venstre side, som udgør en stor del af nordjyder med sunde livsstilsvaner, mens der på højre side udgør nordjyder med usunde livsstilsvaner. Derudover tyder det ligeledes ud fra analyserne af klyngerne, at venstre side er mere kapitalstærke, og besidder en højere mængde af kulturel og økonomisk kapital, mens højre har en lavere mængde kulturel og økonomisk kapital. Det forekommer således ifølge analysen, at graden af kapital har en afgørende betydning i det sundhedsrelaterede livsstilsrum, hvor de mere kapitalstærke nordjyder har en tendens til at besidde sunde livsstilsvaner modsat de kapitalsvage nordjyder, som besidder usunde livsstilsvaner. Hermed kan det ifølge denne analyse fastslås, at der forekommer en ulighed i det sundhedsrelaterede livsstilsrum på baggrund af nordjyders kapitalmængde herunder kulturel og økonomisk kapital.

9. Diskussion

Det analytiske formål i specialet handler om at finde mønstre i datamaterialet, som kan belyse den sociale ulighed blandt nordjyder, som senere kan bruges i sundhedsmæssige forskning og lignende. Som tidligere nævnt, er der i analysen blandet adfærds- og holdningsspørgsmål af de aktive variabler, som normal ikke anbefales at gøre. På trods af dette er der i analysen opnået resultater og muligheden for at inddele klyngerne efter forandringsvillighed. Forandringsspørgsmålene har en anden karakter end praksisspørgsmål og adfærdsspørgsmål, hvorfor i analysen er der opnået viden, som ellers ikke ville kunne opnås. Med dette speciale har formål været at kunne identificere mønstre af sundhedsrelaterede livsstilsvaner ud fra både holdninger og praksis, som bidrager med mere viden og informationer omkring den sociale ulighed i sundhed. Specialets resultater kan være ideelt til design af mere effektive sundhedsinterventioner, der ikke udelukkende tager betragtning til sundhedspraksis, men ligeledes individers forandringsvillighed.

Det kan diskuteres, hvorvidt individet selv kan fastholde ændringerne i deres sundhedsrelaterede livsstil. De amerikanske psykologer Richard Ryan & Edward Deci fremhæver, at sandsynligheden for, at individer fastholder deres sundhedsrelaterede livsstilsændringer, øges, når de drevet af indre motivation, hvorfor det er mest optimalt, at selve ønsket om at forandre deres sundhedsrelaterede livsstil skal komme fra individets egen interesse. Det skal dog påpeges, at denne idealisering ikke må blive overskygget af det faktum, at der er en del individer, som har behov for hjælp i forhold til at forandre deres sundhedsrelaterede livsstil. Der kan være tale, om at individer ikke opnår en erkendelse om, hvorfor en ekstern motivator, som kan være i form af monitorering eller kontrol, er påkrævet i forbindelse med, at individer kan opnå vedvarende adfærdsændringer i deres hverdag (Deci & Ryan

2002:10f, 56; Deci et al. 2004:3). Det kan tyde på, at det kan være kompliceret for nordjyder i forhold til at ændre på deres sundhedsvaner, hvis der ikke er motivationen til det (Christensen & Albertsen 2002:208).

Derudover kan der argumenteres for, at livsstilsbegrebet skal anses som anden menneskelig udfoldelse, der er bestemt af forhold, som har at gøre med det samfund og den bestemte kultur, som individerne befinder sig i samt de personlige forudsætninger og den personlige historie de har med sig. Derudover har det også noget at gøre med de muligheder og begrænsninger, som den aktuelle situation rummer, hvilket de kan få øje på. Dermed formes motivation og adfærd, hvilket har en væsentlig betydning i forbindelse med livsstilsforandringer. Der kan argumenteres for, at motivation er med til at opretholde eller forbedre en bestemt livsstil, hvor det udfolder sig inden for de muligheder og betingelser, der er givet af de samfundsmæssige, lokale og personlige ressourcer. Motivation er med til at udgøre det mønster, der tegnes af individers målsætninger, forventninger og følelser til dem selv og til deres omgivelser. Det kan tyde på, at motivation har en afgørende rolle for den sundhedsrelaterede livsstil, men derudover kan livsstil også på sin side påvirke motivationen (Christensen & Albertsen 2002:210). Jo, flere ressourcer, som bliver etableret, og jo flere aspekter af motivationen, der inddrages, desto større er chancerne for, at individer vil forandre deres sundhedsrelaterede livsstil. Dermed kan der argumenteres for, at udgangspunktet for livsstilsforandringer må altid være de aktuelle målsætninger og værdier blandt de mennesker eller grupper af mennesker, som det handler om. Det kan diskuteres, hvilken effekten sundhedsfremmeprogrammer og kampagner om forandring af sundhedspraksisser har på individer. Det ses, at folk bliver ved med at ryge og drikke samt spise fedt, uanset de velmenende råd. Dog har de enkelte tidsbegrænsede sundhedsfremmeprogrammer nogen synderlig effekt på sundhedspraksissen, hvor det er vanskeligt at skabe adfærdsforandringer blandt raske mennesker, der ikke selv har taget initiativ i forbindelse med at ville ændre deres sundhedspraksis. Dog ses det anderledes hos dem, som er syge og ønsker at undgå tilbagefald eller forværring samt mennesker, som selv har ønsket et rygestop. Selvom, der tit bliver stillet spørgsmål til disse sundhedsfremmeprogrammer, så ses det i et større perspektiv og over en længere årrække, at der er ikke nogen tvivl om, at sundhedsoplysninger har en effekt på menneskers sundhedsadfærd og sundhedsrelaterede livsstil (Ibid:223). Der kan argumenteres for, at ved at inddrage flere spørgsmål, som omhandler nordjyder motivation i forhold til at forandre deres sundhedsrelaterede livsstil, kunne have været relevant i specialets analyse, da det ville have givet et indblik i, hvilke forandringer de gerne ville opnå og hvorfor de ønskede at forandre deres sundhedsrelaterede livsstil.

10. Konklusion

Social ulighed i sundhed er et fænomen, der kaster lys på de systematiske skæve fordelinger af sundhed i samfundet, som er betinget af socioøkonomiske faktorer. Eksisterende forskning har i årevis gjort klart, at social position har afgørende betydning for individers liv. I nærværende speciale bliver den sociale ulighed i sundhed blandt nordjyder undersøgt med fokus på sundhedsrelaterede livsstile og forandringsvillighed. Specialet tager udgangspunkt i følgende problemformulering:

Hvordan er sundhedsrelaterede livsstile og forandringsvillighed fordelt i den nordjyske befolkning? Hvilken rolle spiller social ulighed for fordelingen af livsstil og forandringsvillighed i den nordjyske befolkning?

Besvarelsen af denne problemformulering er sket på baggrund af interessen for social ulighed i sundhed med en tilgang, der er i høj grad inspireret af den franske sociolog Pierre Bourdieu. Specialets teoretiske rammer og eksisterende forskning, som fokuserer på at undersøge den sociale ulighed. Specialets indfanger sundhedsbegrebet på baggrund af KRAM-faktorerne, hvor indikatorer på disse blev fundet i analysens datamateriale fra Sundhedsprofilen 2013 fra Region Nordjylland. Specialets analytiske formål er at finde mønstre, som kan afdække den sociale ulighed i sundhed, som kan være relevante at kigge nærmere på i sundhedsrelaterede forskning og lignende. Specialet påviser en social ulighed i sundhed blandt nordjyder i 2013, der har en lignende karakter i fordeling af ulighed, som Bourdieu fandt i sit studie af *Distinktionen*. Denne sociale ulighed der forekommer i sundhedsrelaterede livsstilsvaner underbygges ligeledes af eksisterende forskning. Det, der adskiller dette speciales analyse fra tidligere analyser på området, er inddragelsen af forandringsvilligheds-aspektet, som kan give nye måder at anskue den sociale ulighed på. Dermed har det i det nærværende speciale været muligt at kunne påpege gennem klyngeinddelinger, hvilke grupper af individer, der er villige til at forbedre deres sundhedsrelaterede livsstilsvaner.

Den fremsatte problemformulering blev besvaret ud fra en kvantitativ eksplorativ tilgang ved hjælp af multipel korrespondanceanalyse efterfulgt i klyngeanalyse. Analysen kan deles op i tre dele, hvor den første del bestod i at undersøge de underliggende dimensioner i nordjydernes sundhedspraksis og holdninger gennem multipel korrespondanceanalyse, hvoraf to akser var særligt interessante og blev fremhævet i analysen. Første akse viste distinkte mønstre af sunde og usunde livsstilsrelaterede vaner,

hvorimod anden akse viste moderat sunde og usunde livsstilsrelaterede vaner. I anden del blev analysens supplementære variabler inddraget, som belyste de socioøkonomiske aspekter, som er relateret til de forskellige aktive variabler. I den sidste del af analysen blev korrespondanceanalysen suppleret med hierarkiske klyngeanalyse, som gav nogle yderst interessante fund. Med denne sidste analyse har det været muligt at kunne inddele nordjyderne i klynger efter sundhedsrelaterede livsstilsvaner og forandringsvillighed.

Overordnet set kan det med udgangspunkt i specialets analyse konkluderes, at nordjydernes social position, som fremgår mere kapitalstærke, har en betydning for deres sundhedsrelaterede livsstilsvaner og forandringsparathed. Helt konkret har nordjyder med en høj social position en tendens til at besidde sundere livsstilsvaner end nordjyderne med lav social position, som har tendens til at besidde mindre sunde livsstilsvaner. Analysen påpeger relevansen i at fokusere på socioøkonomiske faktoreres betydning for sundhed. I analysen fremgår særligt tre klynger som interessante og især med udgangspunkt i Bourdieus studie, der på flere punkter afspejler de tre sociale klasser fra *Distinktionen*; de dominerende, middelklassen og dominerede. I analysen er den mest fremtrædende klynge, klynge 4, med *de ekstrem sunde*, der i analysen er de mest kapitalstærke med de længste uddannelse og mindst økonomisk bekymrede, som i *Distinktionen* virker til at være de dominerende, som ikke har behov for at forandre deres sundhedsvaner. Hvorimod klynge 1 med *de middelsunde* afspejler middelklassen med de kortuddannede, hvor der forekommer en del forandringsvillighed i flere kategorier, der ifølge Bourdieu kan ligne, at de stræber efter at leve som de dominerende, altså klynge 4. Den sidste mest fremtrædende klynge afspejler de dominerede, som i analysen svarer til klynge 7 med *de ekstrem usunde*. Denne klynge har en overrepræsentation af nordjyder, som er dårligt socialt stillede med kun grundskole, som højest gennemførte uddannelse og udviser stor økonomisk bekymring. Denne klynge er særligt interessant i sundhedsmæssige sammenhænge, da klyngen afviger markant fra sundhedsstyrelsen anbefalinger. I specialet opleves forandringsvillighed særligt ved grupper, hvor der fremgår usunde vaner. Forandringsvilligheden forekommer således ikke hos *de ekstrem sunde*, men ved alle andre grupper. Det vil sige, at forandringsvilligheden ikke fremgår ved klyngen af nordjyder med en høj social position. Dette kunne tyde på, at nordjyder, som besidder usunde vaner faktisk, herunder dem fra de mindre dominerende grupper, faktisk er villige til at ændre dem, men umiddelbart har brug for hjælp til dette. Samlet set belyser dette speciale en ulighed blandt nordjyderne, hvor kapitalmængde har en markant betydning for de sundhedsrelaterede livsstilsvaner.

11. Litteraturliste

Abel, Thomas 2007: *Cultural capital and social inequality in health*. Journal of epidemiology & Community Health

Blom, Katrine & et al. 2022: *Mænd i Aalborg Øst lever 18 år kortere end kvinder i Hasseris. Det er helt uacceptabelt*. Informationen. Besøgt den 16/05/2022. Link: <https://www.information.dk/debat/2022/03/maend-aalborg-oest-lever-18-aar-kortere-kvinder-hasseris-helt-uacceptabelt>.

Bourdieu, Pierre & Wacquant , Loïc J. D. 1996: *Refleksiv Sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, Pierre 1997: *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen*. 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.

Bourdieu, Pierre 1984: *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Engelsk udg. af *La Distinction*. Critique sociale du judgement (1979). Oxon: Routledge.

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.

Bryman, Alan 2008: *Social research methods*. New York: Oxford.

Christensen, Anne I. et al. 2012: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*. Syddansk Universitet: Statens Institut for Folkesundhed.

Christensen, Stine Bangsted L. & et.al 2021: *Hvordan har du det?- sundhedsprofil for Nordjylland 2021*. Region Nordjylland

Christesen, Ulla & Albertsen, Karen 2002: "Teorier om dannelse og forandring af livsstil" i Iversen, L, Kristensen, TS, Holstein, BE & Due, P (red): *Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom*. Handelshøjskolens Forlag, København.

Christensen, Vibeke T. & Carpiano, Richard M. 2014: *Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle*. Social Science & Medicine, 112, pp.12-21

- de Vaus, David 2001: *Research design in social research*. London: Sage.
- Deci, Edward L. et al. 2004: *Intrinsic Need Satisfaction - A motivational basis of performance and well-being in two work settings*.
- Deci, Edward L. & Ryan, Richard M. 2000: *Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*. University of Rochester.
- Diderichsen, Finn & et. al 2011: *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Diderichsen, Finn & Curtis, Tine 2008: "De Sociale Forskelle I Sundhed" i Den tunge ende: Sandhederne om uretfærdighederne i den danske sundhed, pp.15-25. København. Dagens Medicin Bøger
- Ejlskov, Linda et al. 2014: *Individual social capital and survival: a population study with 5-year follow-up*. BMC Public Health, pp.1-9.
- Elstad, Jon Ivar 2000: *The Psychosocial Explanation*. Sociology of Health & Illness, Vol. 20, no.5.
- Forebyggelseskommissionen 2009: *Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København: Forebyggelseskommissionen.
- Fødevarestyrelsen 2022: *De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima*. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri.
- Fødevarestyrelsen 2021: *Danskerne indtager fire gange for meget slik, chips og alkohol*. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Besøgt den 30/05/2022. Link:
- Greenfield, T.K., Rehm, J., and Rodgers, J.D. 2002: *Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality*. Addiction, 97, 29-38.
- Cockerham, William C. 2013: *Medical Sociology on the Move – New Directions in Theory*. Springer.
- Hjellbrekke, Johs 2019: *Multiple Correspondence Analysis for the Social Sciences*. Routledge.
- Holm, Anders og Jæger, Mads M. 2008: *Livsformer i Danmark: Udbredelse og udviklingstendenser. 1981-2005*. Dansk Sociologi, Nr.1, 19.årg
- Holstein, Bjørn 2008: "Social ulighed i helbred og sundhed – årsagsmekanismer og indsatsområder" i *mi(d)t Liv*, nr. 1: 4-7). Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

- Høyen, Marianne 2010: *Introduktion til korrespondanceanalyse*. Odense: Syddansk universitetsforlag.
- Iversen, Lars & et. al 2020: *Sundhed*. Besøgt den 08/02/2022. Link: <https://denstoredanske.lex.dk/sundhed>
- Le Roux, B. & Rouanet, H. 2010: *Multiple Correspondence Analysis*. California: Sage
- Holstein, Bjørn E. et al. 2011: *Medicinsk sociologi*. København: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, Michael Hviid 2012: "Metodologiske perspektiver" i Jacobsen, Micheal Hviid, Kasper Lippert-Rasmussen og Peter Nedergaard (red.): *Videnskabsteori*. København: Hans Reitzels Forlag. S.582-588; Udgave 2015; s.557-562.
- Jensen, Heidi A. R. et al. 2022: *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. København: Sundhedsstyrelsen, Rosendahls A/S
- Jæger, Mads M. 2003: *Korrespondanceanalysen - et sociologisk værktøj*. Socialforskningsinstituttet.
- Järvinen, Margaretha 2001: *Marginalisering – konstruktivistiska perspektiv på ordning och kaos*. Sociologi i dag, årgang 31. nr. 2/2001.
- Järvinen, Margaretha 2007: "Pierre Bourdieu", i Heine Andersen og Lars Bo Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels forlag: København. 4. udgave, 5. Oplag
- Jespersen, Jesper 2004: Kritisk realisme – teori og praksis: "En samfundsvidenskabelig metodologi med makroøkonomiske eksempler" i Lars Fuglsang og Poul Bitsch Olsen (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag.
- Elstad, Jon I. 2001: *Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint Discussion and results from a Norwegian study*. European Journal of Public Health, Volume 11, Issue 2, pp. 135–140.
- Jørgensen, Maja & et al. 2017: *Alcohol consumption and risk of unemployment, sickness absence and disability pension in Denmark: a prospective cohort study*. Addiction, pp.112: 1754– 1764.
- Kawachi, Ichiro et al. 1999: *Social capital and self-rated health: A contextual analysis*. American Journal of Public Health, Vol. 89, Nr. 8, pp. 1187- 1193.
- Kemmis, Stephen et al. 2014: *Changing Practices, Changing Education*. Dordrecht, Springer.

- Kjeld, Simone G. & et al. 2022: *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Larsen, Kristian 2010: "Pierre Bourdieu" i Andersen, Pernille T. & Timm, Helle (Red): *Sundhedsso-
ciologi – en grundbog*.
- Lebart, Ludovic 1993: "Complementary Use of Correspondence Analysis and cluster Analysis" i
Grenace, Michael J. & Blasius, Jörg (Red): *Correspondence Analysis in the Social Sciences: Recent
Development and Applications*. San Diego: Academic press, pp. 162-178
- Lebart, Lennart 1997: "Complementary Use of Correspondence Analysis and cluster Analysis" i
Greenacre, Michael J. & Blasius, Jörg, (red): *Correspondence Analysis in the Social Sciences: Recent
Developments and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Leclerc, A. et al. 1990: *Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Fin-
land and France, based on inequality measures*. International Journal of Epidemiology, 19, pp. 1001-
1010
- Loxely, W. et al. 2004: *The prevention of substance use, risk and harm in Australia*. Canberra: Na-
tional Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.
- Makela, P. et al. 1997: *Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in
mortality: register based follow up study*. British Medical Journal, 315.
- Mathisen, Anders & Højbjerg, Henriette 2004: "Sociologiske feltanalyser – om at anvende Bourdieus
feltbegreb i historisk konkrete analyser" i Lars Fuglsang & Poul Bitsch Olsen (red.): *Videnskabsteori
i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag.
- Mik-Meyer, Nanna & Villadsen, Kaspar 2007: *Magtens former*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Monrad, Merete & Olesen, Søren Peter 2018: "Indledning" i Monrad, Merete & Olesen, Søren Peter
(red): *Forskning i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København
- Fødevarerstyrelsen 2022: *De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima*. Ministeriet for Fødevarer,
Landbrug og Fiskeri.

Fødevarestyrelsen 2021: *Danskerne indtager fire gange for meget slik, chips og alkohol*. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Besøgt den 30/05/2022. Link: <https://www.foedevarestyrelsen.dk/Nyheder/Aktuelt/Sider/Pressemeddelelser%202021/Danskerne-indtager-fire-gange-for-meget-slik,-chips-og-alkohol.aspx>

Otto, Lene 2009: "Sundhed i praksis" i Glasdam, Stinne (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck.

Vedsted, Peter 2017: "Social ulighed i multisygdom", i Frølich A, Olesen F & Kristensen, I. (red.): *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*.

Petersen, Lars Kjerulf 2011: *Livsstilsbegrebet – i miljøsociologisk perspektiv*. Dansk Sociologi, nr.2/22, pp.32-44.

Poortinga, Wouter 2006: *Do health behaviors mediate the association between social capital and health*. Preventive Medicine, Nr. 43, pp. 488–493

Portes, Alejandro 1998: *Social Capital: Its origins and applications in modern sociology*. Annual Review of Sociology. Nr. 24, pp. 1-24.

Greenacre, M. 2007: *Correspondence analysis in practice*. Boca Raton: Chapman & Hall

Prieur, Annick & Rosenlund, Lennart 2010: *Kulturelle skel i Danmark*. Dansk Sociologi, Nr. 2/21, pp. 47-77.

Prieur, Annick & Sestoft, Carsten 2006: *Pierre Bourdieu. En introduktion*. Hans Reitzels Forlag, København.

Prieur, Annick 2006: "En teori om praksis" i Prieur, Annick & Sestoft, Carsten: *Pierre Bourdieu. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 23- 69

Putnam, Robert D. 1993: *Making Democracy Work – Civic Traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.

Rasborg, Klaus 2004: "Socialkonstruktivismen i klassiks og moderne sociologi" i Fuglsang, Lars og Poul Bitsch Olsen (red): *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne*. Gyldendal, København.

Riis, Ole 2005: *Samfundsvidenskab i praksis – introduktion til anvendte metode*. 1. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

- Korten, Rodgers et al. 2000: *Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use*. Psychological Medicine, 30(2), pp. 421-432
- Romelsjo, A. & Lundberg, M. 1996: *The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden*, Addiction, 91, pp.1307-1323.
- Rosenlund, L. 1995: *Korrespondanseanalyse*. Dataanalysens magiske øye. Sosiologisk tidsskrift nr.1
- Benzécri, JP et al 1973: *L'analyse des Données. L'analyse des Correspondances*. Dunod, Paris
- Rosenlund, Lennart & Annick Prieur 2006: "Det sociale rum, livsstilens rum – og La Distinction" i Annick Prieur og Carsten Sestoft (red): *Pierre Bourdieu: En introduktion*. Hans Reitzels Forlag: København. 1. udgave, 1. oplag
- Skjøtt-Larsen, Jakob 2008: *Klasse, kultur og politik: Social differentiering i det postindustrielle Aalborg*. Aalborg: Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation. Ph.D. afhandling
- Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang © Udarbejdet til Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Udgivet af Sundhedsstyrelsen April 2022
- Statens Institut for Folkesundhed 2010: *Ugens tal for Folkesundhed*. Uge 50. Besøgt den 12/05/2022. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/50_2010
- Sundhedsstyrelsen 2022: *Ulighed i sundhed*. Sundhedsstyrelsen. Besøgt d.06/02/2022. Link: <https://www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed>
- Udesen, C et al. 2020: *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010–2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Vedsted, Peter 2017: "Social ulighed i multisygdom" i Frølich A, Olesen F & Kristensen, I. (red): *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*.
- Veenstra, Gerry 2007: *Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia*, Canada. Elsevier: Health & Place 13, pp.14-31.

Vinther-Jensen, Kirsten & Nielsen, Claus 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 us?" i *Sociology Of Health & Illness*. Vol. 17, Nr. 5, pp. 577-604.

Wiltshire, Gareth & et al. 2019: *Understanding the reproduction of health inequalities: physical activity, social class and Bourdieu's habitus*, *Sport, Education and Society*, pp. 226-240.