



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Svein Strøm Pedersen

Bacheloroppgave

Hvordan mennesker opplever sin egen helse – en litteraturstudie med fokus på sosia- le ulikheter

How people perceive their own health – a literature study on
social inequalities

Bachelor i folkehelse med vekt på fysisk aktivitet
Mai 2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

Bachelorstudiet i Folkehelse ved Høgskolen i Hedmark nærmer seg slutten. I løpet av de tre siste årene har jeg tilegnet meg mye faglig kunnskap, samtidig som at jeg har vært så heldig å bli kjent med mange nye mennesker. Det har vært tre år bestående av noen nedturer og mange oppturer. Jeg vil se tilbake på denne tiden som lærerik.

Oppgaven jeg nå skriver omhandler menneskers subjektive mening om egen helse.

Problemstillingen min sees i lys av sosioøkonomisk status og sosial ulikhet. Grunnen til at jeg har valgt dette fordypningsemne, er fordi jeg er interessert å vite mer om hva mennesker faktisk legger i begrepet helse. Helse er et diffust begrep som har mange definisjoner, og det blir dermed spennende og se hvordan mennesker, utfra sosioøkonomisk status, opplever helsen sin.

Avslutningsvis vil jeg takke alle som har vært til hjelp for meg i denne prosessen. Først vil jeg rette en takk til mamma og pappa for god støtte gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke Hege Lorentzen og veilederen min Giovanna Calogiuri som har vært veldig hjelpelige med faglig støtte og oppmuntring. Til slutt vil jeg takke klassekameratene mine for tre fantastiske år, med mange uvurderlige faglige og ikke-faglige diskusjoner.

Takk!

Sammendrag

Forfatter:

Svein Strøm Pedersen, Bachelor i Folkehelse, 2011-2014. Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag, Elverum.

Tittel:

Hvordan mennesker opplever sin egen helse – en litteraturstudie med fokus på sosiale ulikheter.

Problemstilling:

Hvordan opplever mennesker i Norden, med hensyn til sosioøkonomisk status, sin egen helse?

Teori:

Tar utgangspunkt i modellen over sosiale helsedeterminanter.

Metode:

Litteraturstudie.

Datapresentasjon og diskusjon

Datapresentasjonen tar utgangspunkt i fem vitenskapelige artikler, som alle har studert selvopplevd helse. I diskusjonen blir resultatene fra disse artiklene drøftet opp mot teorien. Hensikten med dette er å finne sammenhengen mellom hvordan mennesker opplever sin egen helse og deres sosioøkonomiske status.

Konklusjon

Utfra dette kan man konkludere med at sosioøkonomisk status har avgjørende rolle for hvordan mennesker vurderer sin egen helse. Mennesker med høyere status opplever helsen sin som bedre enn de med lavere status. Likevel ser man at mennesker har ulike forventninger til helsen sin utfra hvilken sosioøkonomisk status de har.

Tabelloversikt

Tabell 1.1. Begrepsavklaring.....	s 6
-----------------------------------	-----

Figuroversikt

Tabell 2.1. Den sosiale helsedeterminantmodellen.....	s 8
---	-----

Tabell 2.2. Relative ulikheter (oddsratio) i dødelighet etter utdanningsnivå for menn og kvinner 45-64 år i

Norge.....	s 13
------------	------

Innholdsliste

Forord	2
Sammendrag	3
Tabelloversikt	4
Tabell 1.1. Begrepsavklaring	4
Figuroversikt	4
Innholdsliste	5
1. Innledning	7
1.1 Problemstilling	7
1.2 Presisering av problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaring	7
2. Teori	8
2.1 Definisjoner av helse	8
2.1.1 Verdens helseorganisasjon	8
2.1.2 Helse som ressurs	8
2.2 Livskvalitet	9
2.3 Faktorer som påvirker helsen	9
2.3.1 Biologiske og genetiske faktorer	10
2.3.2 Alder og kjønn	10
2.3.3 Individuelle livsstilsfaktorer	10
2.3.4 Sosiale nettverk og sosial kapital	11
2.3.5 Rammefaktorer	12
2.4 Sosioøkonomisk status og sosiale ulikheter i helse	13
3. Metode	15
3.1 Kriterier for innhenting av data	15
3.2 Hva er metode?	15
3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode	16
3.4 Valg av metode	16
3.5 Sterke og svake sider ved litteraturstudie	16
3.6 Kildekritikk	17
3.6.1 Validitet og relabilitet	17
3.7 Søkeprosessen	17
4. Datapresentasjon	19
4.1 Helse - slik folk ser det	19
4.2 Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments	20
4.3 Life control and health in view of qualitative and quantitative research.	21
4.4 Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income results from a Norwegian survey.	23

4.5 Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway	24
5. Diskusjon.....	26
5.1 Kritisk vurdering av artiklene	26
5.1.1 Helse slik folk ser det.....	26
5.1.2 Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments.....	26
5.1.3 Life control and health in view of qualitative and quantitative research	26
5.1.4 Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income results from a Norwegian survey	27
5.1.5 Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway	27
5.2 Sosioøkonomisk status	27
5.2.1 Kjønn og alder.....	28
5.2.2 Sosial støtte og helse	29
5.2.3 Helse.....	29
6. Konklusjon	31
Litteraturliste	32

1. Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan mennesker opplever sin egen helse, med hensyn til sosioøkonomisk status. Målet er å utforske om sosioøkonomisk status påvirker synet mennesker har på sin egen helse. Om det viser seg at sosioøkonomisk status har innvirkning på selvopplevd helse, skal jeg drøfte årsakene til dette. Samtidig skal jeg se på hva mennesker trekker frem som viktige faktorer for å oppnå følelsen av god helse.

Problemstillingen besvares ved å gjennomføre en teoridel som omhandler emnet. I denne delen tar jeg utgangspunkt i definisjoner av helse, samt modellen over sosiale helsedeterminanter. Deretter tar jeg i bruk fem vitenskapelige artikler som blir nøye studert og drøftet. Slik vil jeg komme frem til en konklusjon som besvarer problemstillingen min.

1.1 Problemstilling

Hvordan opplever mennesker i Norden, med hensyn til sosioøkonomisk status, sin egen helse?

1.2 Presisering av problemstilling

Problemstillingen tar utgangspunkt i selvopplevd helse, altså den subjektive opplevelsen mennesker har av egen helse. Dermed ser jeg bort i fra den delen av helsebegrepet som handler om sykdom, men ser på heller sammenhengen mellom følelsen av god helse og sykdomsforekomst. Oppgaven tar utgangspunkt i sosioøkonomisk status som helseindikator.

Det blir brukt en deduktiv metode i oppgaven, da jeg trekker frem teori som hevder at mennesker med lav sosioøkonomisk status dårligere helse enn de med høyere status. Denne påstanden blir drøftet i diskusjonen.

1.3 Begrepsavklaring

Tabell 1.1 Begrepsavklaring

Begrep	Forklaring
Salutogenese	Handler om faktorer som gir høyere grad av helse. Helse sees på som et kontinuum, der det finnes ulike grader av helse (Sletteland & Donovan, 2012).
Resilens	Resilens er en psykologisk motstandskraft som kan være med å forklare hvorfor noen blir syke, mens andre holder seg friske (Sletteland & Donovan, 2012).
Helsedeterminant	Helsedeterminanter er påvirkningsfaktorer som har innvirkning på menneskers helse. Determinanter finnes på ulike nivå (Sletteland & Donovan, 2012).

2. Teori

Selvopplevd helse er et dynamisk begrep, og bestemmes i stor grad av hvordan helse oppfattes. Derfor vil jeg presentere ulike definisjoner av helse og hvordan disse omfavner ulike aspekter ved mennesket. Deretter vil jeg ta utgangspunkt i Whitehead og Dahlgrens modell over helsedeterminanter for å forklare hvordan helsen blir påvirket gjennom ulike påvirkningsfaktorer.

2.1 Definisjoner av helse

For å kunne si noe om hvordan mennesker opplever sin egen helse, er det først vesentlig å se på hvordan begrepet blir definert i litteraturen. Begrepet helse er diffust, og man bruker ulike definisjoner for å omfavne alle aksepterte ved det (Mæland, 2011). Man kan derfor dele helsebegrepet inn i tre kategorier; som fravær av sykdom, som en ressurs eller som velbefinnende (Mæland 2010). Jeg kommer til å ta utgangspunkt i tre definisjoner for å få frem flere sider ved begrepet.

2.1.1 Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) har den fremste definisjonen på helse, og definerer det slik:

«Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s. 12).

Definisjonen tar utgangspunkt i at helse er velbefinnende, i tillegg til at det er fravær av sykdom. Helse omfatter mennesket, både den fysiske, psykiske og sosiale delen, dermed handler begrepet like mye om gode relasjoner og psykisk velvære som fravær av sykdom (Mæland, 2010). Denne definisjonen har blitt kritisert for å være uoppnåelig, noe som førte til at Verdens helseorganisasjon kom med en mer utvidet definisjon:

«Evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (s. 24).

Helse ansees her som en ressurs. Forklaringen på dette kommer jeg tilbake til i neste avsnitt.

2.1.2 Helse som ressurs

Peter Hjort definerer helse slik:

«Helse er å ha overskudd til hverdagens krav» (Mæland, 2010, s. 24).

Denne definisjonen tar ikke utgangspunkt i at helse er en tilstand hvor sykdom er fraværende, men forstås som en ressurs som brukes for å mestre livet i både med- og motgang. Hvor sterk denne ressursen er, bestemmes utfra medfødte egenskaper, samtidig som at positive

stimuleringer og negativ slitasje gjennom livet påvirker den. Man si at helse både er evnen til å unngå sykdom, samt evnen til å bli frisk igjen etter en sykdomsperiode (Mæland, 2011).

2.2 Livskvalitet

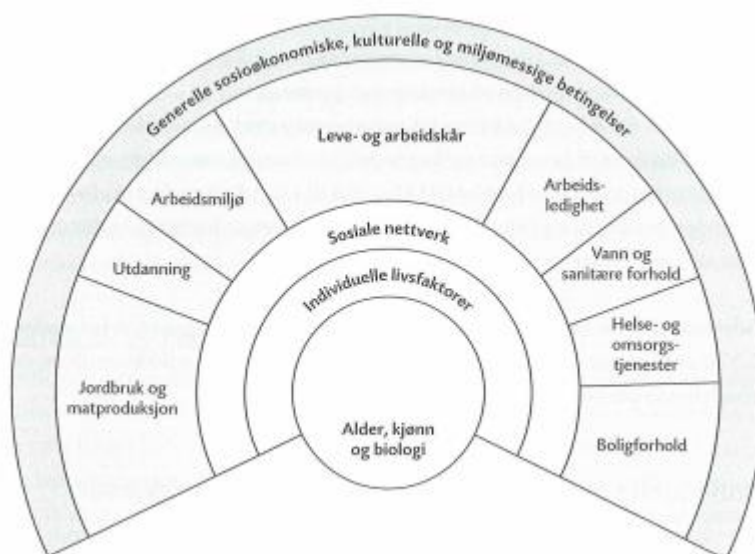
Når man snakker med enkeltindivid blir helse ofte omtalt som livskvalitet. Livskvalitet kan forstås som den subjektive vurderingen av sitt eget liv eller helse. Begrepet omhandler derfor om mer enn helse. Mens helse i stor grad fokuserer på den biologiske delen av mennesket, handler livskvalitet om de psykologiske og sosiale faktorene. Velvære er et viktig begrep når man snakker om livskvalitet. Likevel er det viktig å poengtere at begrepene livskvalitet og helse er overlappende. Man kan tenke seg at helse er viktig for livskvaliteten, samtidig som at livskvaliteten påvirker helsen (Krokstad & Høyer, 2011).

2.3 Faktorer som påvirker helsen

For å forklare hva som påvirker helsen skal jeg ta utgangspunkt i den sosiale helsedeterminantmodellen av Whitehead og Dahlgreen fra 1991. Dette er en modell som forklarer helsedeterminanter og påvirkningsfaktorer som påvirker helsen.

I sentrum av modellen finner vi enkeltmennesket, samt dets alder, kjønn og genetiske- og fysiske sammensetning. Disse egenskapene spiller inn på helsen, men er i liten grad påvirkelige. Utenfor disse faktorene finner vi derimot fire lag med påvirkningsfaktorer som alle er med å påvirker helseatferden til enkeltmennesket.

Figur 2.1 illustrerer Whitehead og Dahlgrens modell.



Figur 2.1 Den sosiale helsedeterminantmodellen. Fra N. Sletteland & R. M. Donovan, 2012, *Helsefremmende lokalsamfunn*, 1. utg. s. 25. Opphavsrett 2011 fra Gyldendal akademisk. Brukt med tillatelse.

Lagene består av individuelle livsfaktorer, sosiale nettverk, rammefaktorer og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser (Sletteland & Donovan, 2012). Jeg kommer til å gå videre inn på lagene frem til generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

2.3.1 Biologiske og genetiske faktorer

Genetiske og biologiske faktorer har betydning for helsen vår og hvordan vi påvirker den. Slike faktorer er ofte fastlagt, og dermed vanskelige å forandre. Likevel kan adferd påvirke dem både positivt og negativt. Mange mennesker er disponert for ulike sykdommer gjennom genene, og med gunstig adferd kan disse holdes i sjakk (Sletteland & Donovan, 2012).

2.3.2 Alder og kjønn

I likhet med biologi og genetikk, er alder og kjønn faktorer som normalt sett ikke kan forandres. Risikoen for en del sykdommer øker med alderen, deriblant hjerte- og karsykdommer og en rekke kreftformer. Samtidig er kjønn er risikofaktor, da menn og kvinner virker å være disponert for ulike sykdommer (Sletteland & Donovan, 2012).

2.3.3 Individuelle livsstilsfaktorer

Livsstil er en viktig helsedeterminant. Hvordan man lever påvirker i stor grad helsen, livskvalitet og sykdomsforekomst. Livsstil benevnes ofte som leve- og/eller helsevaner. Innenfor folkehelsefaget trekker man frem fire levevaner som har stor betydning for helsen; kosthold, røyking, rusmisbruk og fysisk inaktivitet. Disse levevanene har ofte en tendens til å gruppere seg. Dette vil si at mennesker som røyker ofte tenderer til å være fysisk inaktive og ha et dårligere kosthold. Motsatt vil mennesker som er fysisk aktive, røyker mindre og ha et sunnere kosthold (Sletteland & Donovan, 2012).

Det viser seg at helsevaner bør komme tidlig i livet, slik at adferden blir vedvarende. Mennesker som røyker, har et ugunstig kosthold og er fysisk inaktive som unge opprettholder ofte denne aktiviteten når de blir eldre. Samme gjelder for de som ikke røyker, har et godt kosthold og er fysisk aktive. Grunnlaget for helsevaner blir ofte dermed lagt i barndommen (Sletteland & Donovan, 2012).

Hvordan mennesker velger å leve er knyttet til motivasjonen bak handlingene deres. Helseatferden styres av ytre og indre motivasjon, og man trekker særlig frem indre motivasjon som gunstig for å opprettholde en adferd. Det viser seg at empowerment, mestring, tilhørighet og autonomi er viktig for å fremkalle indre motivasjon. Samtidig styres handlinger av sosiale nettverk og normene i disse (Sletteland & Donovan, 2012).

2.3.4 Sosiale nettverk og sosial kapital

Sosiale nettverk kan deles inn i to bolker, henholdsvis personlige – og strukturelle nettverk. Personlige nettverk er sosiale relasjoner et menneske har med andre, mens strukturelle nettverk handler om systemene menneskene opererer i. De strukturelle nettverkene omtales ofte som sosial kapital (Dalgard & Sørensen, 2009).

2.3.4.1 Personlig nettverk

Når man snakker om personlige nettverk kan man skille mellom strukturelle og dynamiske egenskaper. De strukturelle egenskapene omfatter tetthet, sammensetning og homogenitet, og sier noe om størrelsen og likhetstrekk i et nettverk. Kvaliteten av dette nettverket bestemmes av de dynamiske egenskapene. Hyppighet av kontakt, multipleksitet, varighet av kontakt og gjensidighet sier noe om dynamikken i nettverket og hvilken rolle ulike individer har. En naturlig konsekvens at et slikt nettverk er sosial støtte. Dette kan forklares som hjelp og forståelse fra andre mennesker i vanskelige situasjoner. Sosial støtte kan komme fra ulike deler av det sosiale nettverket, hvor familie og venner som regel gir følelsesmessige- og bekræftende støtten, mens det ofte er andre deler av nettverket står for den informerende og instrumentelle støtten (Dalgard & Sørensen, 2009).

2.3.4.2 Sosial støtte og helse

Sosial støtte virker å ha en dobbelteffekt på helsen, og kan derfor deles inn i direkte og indirekte effekt. Effekten kalles ofte en «buffer», da den virker beskyttende på helsen. Den direkte effekt handler først og fremst om hvordan sosial støtte virker der og da. Sosial støtte virker å ha en positiv effekt i seg selv, uansett hvilken grad livskvalitet eller belastninger et menneske har. Samtidig kan helsen bli påvirket indirekte ved at sosial støtte styrker menneskets mestringsevne og stresshåndtering. Resultatet av dette ser man i tilknytning til påkjenninger, hvor den negative effekt på helsen kan reduseres på grunn av gode relasjoner til andre mennesker (Dalgard & Sørensen, 2009).

Sosial støtte virker inn på både den somatiske- og psykiske helsen. Lite sosial støtte fører til økt innsidens av sykdom, samtidig som at sykdomsforløpet utvikler seg negativt. Risikoen for hjerte- og karsykdommer øker, i tillegg til at mennesker med liten sosial støtte oftere blir rammet av allergier og luftveissykdommer. Mangel på sosial støtte kan virke som en årsak til en psykisk lidelse. Dårlige eller få relasjoner kan virke negativt inn på den mentale helsen og dermed føre til psykiske lidelser, deriblant depresjon og angst. I tillegg kan mangel på sosial støtte være en konsekvens av en psykisk lidelse (Dalgard & Sørensen, 2009).

2.3.4.3 Sosial kapital

Sosial kapital kan forklares som strukturene i et nettverk, altså hva et nettverk består av og hva som holder det sammen. Et nettverk består av ulike aktører, miljøer, kulturer og samfunn som alene påvirker individene som befinner seg i nettverket. Sosial kapital handler imidlertid om hvordan disse strukturene virker sammen og påvirker befolkningen på en mer helhetlig måte enn det de vil gjøre alene. Styrken mellom strukturene avhenger av to faktorer, tillit og felles sosiale normer (Sund & Krokstad, 2009).

Som tidligere nevnt er mangel på sosialt nettverk en risikofaktor for både psykiske og somatiske lidelser, og det foreligger tre forklaringer for dette. Den første er helsereelatert adferd i lokalsamfunnet. En større spredning og tilretteleggelse for helsegunstig adferd kan føre til et felles forståelse av helseatferd. En annen forklaring er lokalsamfunnets evne til å forhindre at servicetilbud blir lagt ned. Økt tilgang på helsetjeneste øker den sosiale kapitalen i et samfunn. Den siste forklaringen er at psykososiale prosesser har en direkte effekt på helsen. Det viser seg at høy sosial kapital skaper bedre helse (Sund & Krokstad, 2009).

2.3.5 Rammefaktorer

Det tredje laget i den sosiale helsedeterminantmodellen handler om rammefaktorer og hvordan mennesker sin helse blir påvirket av disse (Sletteland & Donovan, 2012). Innenfor rammefaktorene har man blant annet yrke, utdanning og inntekt som tilsammen utgjør sosioøkonomisk status. Dette er et begrep som brukes for å lage skillelinjer mellom sosiale klasser i et samfunn, og man kan skille mellom henholdsvis lav og høy sosioøkonomisk status (Krokstad & Høyen, 2011).

2.3.5.1 Utdanning

Utdanning gjenspeiler antall år med skolegang og dermed hvilken kompetanse man har. Samtidig er utdanning en indikator for inntekt og yrke (Krokstad & Høyen, 2011). Man kan dele utdanning inn i tre ulike nivå etter hvilke institusjon man gjennomførte utdanningen i. De ulike nivåene er grunnskolenivå, videregående nivå og universitet- og høgskolenivå (Jensen, 2009). Utdanning øker kunnskapsnivået vårt, samt evner som påvirker vår kognitive funksjonen. Høyere utdanning vil også gjøre mennesker i bedre stand til å kommunisere med helsepersonell, skaffe seg helseinformasjon og oppsøke helsepersonell (Sund & Eikemo, 2011).

Utdanning fremstår som en god indikator for helse fordi den blant annet omfatter store deler av befolkningen og fordi den unngår problemer med helsereelatert sosial mobilitet senere i livet. Helsereelaterte problem kan ofte påvirke inntekt- og yrkesstatus senere i livet, men siden utdanningen allerede er fullført på dette tidspunktet påvirkes den i liten grad av helsen. Dette

gjør at utdanning er en stabil faktor. Svakheten med utdanning som indikator er at høyt utdannende mennesker ikke alltid ender opp med et yrke eller en lønn som gjenspeiler utdanningsløpet. Derfor er det vanskelig å kun bruke utdanning som helseindikator alene (Jensen, 2009).

2.3.5.2 *Inntekt*

Inntekt er den faktoren som gir det beste bilde på en nåværende økonomisk situasjon, da den gir et klart innblikk i hvordan husholdning har det rent økonomisk. Siden inntekt er et resultat av et arbeid man utfører, henger det i så måte tett sammen med utdanning og yrke (Sletteland & Donovan, 2012). Inntekt assosieres ofte med hva man tjener i penger og øre, og dermed hvilken mulighet man har til å kjøpe seg varer og tjenester som kan være gunstig for helsen. Samtidig viser inntekt statusen et menneske har i samfunnet, noe som kan ha positive ringvirkninger på helsen (Sund & Eikemo, 2011).

Inntekt har også innvirkninger på den psykiske helsen. Lav inntekt og fattigdom kan blant annet føre til bekymringer i hverdagen, stress, nedstemthet og lav selvfølelse (Underlid, 2005, s. 274).

2.3.5.3 *Yrke*

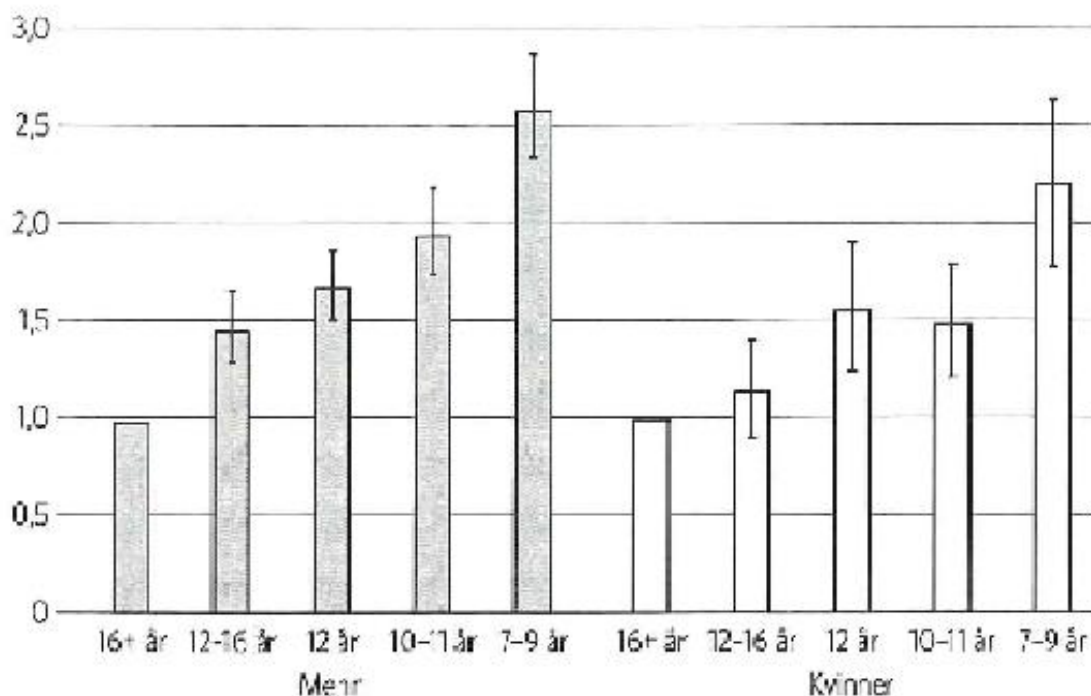
Yrke er en sosioøkonomisk faktor som knyttes til prestisje og sosial status (Krokstad & Høyer, 2011). For å vurdere hvordan yrke påvirker helserelatert adferd kan man dele faktoren inn i sysselsetningsstatus og yrkes- og næringstilhørighet. Sysselsetningsstatus viser hvor stor andel av befolkningen som er yrkesaktive, og reflekterer dermed muligheten mennesker har til fast inntekt. Yrkes- og næringstilhørighet gir derimot en mer detaljert beskrivelse av arbeidsforholdene er på enkelte arbeidsplasser (Jensen, 2009).

Yrkesstatus påvirker både den fysiske- og psykiske helsen. Mennesker i lavstatus-yrker rammes oftere av psykiske lidelser, deriblant stress. I tillegg har de med fysisk krevende yrker en økt belastning på skjelett og muskulatur, noe som over tid kan virke negativt på helsen (Dahl, 1994, s. 646). Årsaker til økt sykdomsforekomst i lavstatus-yrker viser seg blant annet å være mangel på autonomi og kontroll over arbeidsdagen (Sund & Eikemo, 2011).

2.4 Sosioøkonomisk status og sosiale ulikheter i helse

Sosiale helseulikheter kan forklares som helseforskjeller mellom mennesker som lever i det samme samfunnet, og som har noenlunde like muligheter innenfor samfunnet sine rammer. De sosiale ulighetene i helse er knyttet sterkt til de sosioøkonomiske faktorene som gjøres rede for i avsnittene over. I Norge har vi et velutviklet helsevesen, som er noe av årsaken til at levestandarden og levealderen har økt de siste tiårene. Med det systemet man har i Norge,

burde det prinsippet være mulig for alle grupper i samfunnet å oppnå samme grad av helse. Likevel ser man at det er store sosiale ulikheter i helse her til lands. Mennesker med høyere utdanning, inntekt og yrkesstatus lever lengre og opplever mindre sykkelighet enn de med lavere status. Disse forskjellene har økt de siste tiårene, og ser ut til å fortsette å øke de kommende årene. Ulikhetene forekommer ikke bare mellom de med lav og høy sosioøkonomisk status, men også mellom nivåene av sosioøkonomisk status. Dette kommer tydelig frem i diagrammet nedenfor. Der ser man dødeligheten for utdanningsnivå, og det viser seg at desto høyere utdanning man har, desto mindre dødelighet har man. De samme resultatene kommer frem når man måler inntekt og yrkesstatus (Sund & Eikemo, 2011).



Figur 9.2 Relative ulikheter (oddsratio) i dødelighet etter utdanningsnivå for menn og kvinner 45-64 år i Norge (Næss et al., 2005).

Figur 2.2 illustrerer Næss, Claussen, Thelle og Smiths modell.

Figur 2.2 Relative ulikheter (oddsratio) i dødelighet etter utdanningsnivå for menn og kvinner 45-64 år i Norge. Fra E. R. Sund & T. A. Eikemo, 2011, *Folkehelsearbeid*, 1. utg., s. 131. Opphavsrett 2011 fra Høyskoleforlaget. Brukt med tillatelse.

Denne utviklingen skaper økte forskjeller, også mellom gruppene som befinner seg i de høyere sosiale lag. Avstanden mellom middelklassen og overklassen øker, noe som kan virke utfordrende (Sund & Eikemo, 2011).

3. Metode

3.1 Kriterier for innhenting av data

Jeg skal benytte meg av pensumlitteratur, støttelitteratur og forskningsartikler for å besvare problemstillingen min. Jeg velger å holde meg mest mulig innenfor pensumlitteraturen, da det finnes mye innenfor emnet jeg skal ta for meg i disse bøkene. Samtidig bruker jeg støttelitteratur for å besvare deler som ikke finnes i pensumlitteraturen. Forskningsartiklene brukes for å besvare problemstillingen min.

Når det kommer til forskningsartiklene jeg skal bruke, mener jeg at kvalitativ forskning vil belyse problemstillingen min bedre enn kvantitativ forskning, da problemstillingen min omhandler menneskers subjektive mening om sin egen helse. Likevel velger jeg å bruke noen kvantitative studier, siden det ikke er gjort mye kvalitativ forskning på emnet. Den kvantitative forskningen skal omhandle det samme emnet. Jeg har ikke noen kriterier for utgivelsesår, men vil prioritere å bruke den nyeste forskningen om dette lar seg gjøre. Denne er mest oppdatert, og vil derfor være mest gjeldende. For å kvalitetssikre forskningen, skal de være hentet fra tidsskrift som er «peer reviewed». Samtidig skal forskningen være fra land i Skandinavia.

3.2 Hva er metode?

Metode handler om hvordan man samler inn informasjon og hvordan man analyserer og tolker denne. Med andre ord kan man si at metode er den veien eller planen man følger for å nå et mål (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2012, s. 111).

I forskningen har vi både naturvitenskapelige- og samfunnsvitenskapelige metoder. Mens naturvitenskapene ofte bygger på studier av fenomener utenfor mennesket, som blant annet dyr, planter, atomer og gener, handler samfunnsvitenskapene om studier av mennesker og deres adferd. Og det er nettopp samfunnsvitenskapelige metoder som brukes i folkehelseforskningen. Hensikten med disse metodene er å belyse et problemområde ved hjelp av å studere mennesker og faktorer som kan påvirke dem (Johannessen et al., 2010).

De samfunnsvitenskapelige metodene tar utgangspunkt i fire forskjellige faser; forberedelse, datainnsamling, dataanalyse og rapportering. En forskningsprosess starter ved en hypotese som enten bekreftes eller avkreftes ved hjelp av empiri (forskning). Resultatene av forskningen skal

deretter tolkes, analyseres og diskuteres opp mot problemstillingen. Vi kan dele inn samfunnsvitenskapelige metoder i kvalitativ og kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2010).

3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitative og kvalitative metoder kan beskrives som ulike tilnæringsmåter for samfunnsvitenskapelig forskning. Når man for eksempel gjennomfører en spørreundersøkelse eller innhenter data fra sykdomsregister bruker man en kvantitativ metode. Denne metoden gir litt informasjon om mange mennesker, og egner seg derfor om man skal kartlegge en befolkning. Om man skal innhente data fra få mennesker ved hjelp av intervju benytter man seg derimot av en kvalitativ metode. Bruk av denne metoden gir mye informasjon om få mennesker, og egner seg godt i forskningen av spesielle menneskelige fenomener som ikke kan beskrives med tall (Johannessen et al., 2010).

3.4 Valg av metode

Jeg har valgt å gjennomføre en litteraturstudie for å besvare problemstilling jeg har satt. En litteraturstudie kan forklares som en metode hvor man tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur for å belyse en problemstilling (Aveyard, 2010). Ved hjelp av denne metoden skal jeg analysere og sammenligne kvalitativ forskning som allerede finnes på problemområdet, og dermed komme frem til en konklusjon.

Å gjennomføre egen kvantitativ eller kvalitativ forskning krever mye resurser og tid, og siden problemstillingen min brer seg over et stort geografisk område, virker det hensiktsmessig å gjennomføre en litteraturstudie.

Litteraturstudien min skal bygge en deduktiv metode. Det vil si at teoridelen tar utgangspunkt om en antagelse eller en hypotese som forskningen enten skal bekrefte eller avkrefte (Johannessen et al., 2010). Teorien jeg tar utgangspunkt i, er at mennesker med lav inntekt og utdanningen har dårligere helse enn mennesker med høy inntekt og utdanningen (Sund & Eikemo, 2011).

3.5 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

Det er mange fordeler ved å gjennomføre en undersøkelse som baserer seg på litteratur andre har skrevet. I min litteraturstudie vil jeg ta utgangspunkt i forskningartikler som er kvalitetssikret gjennom en fagfelle-vurdering (peer reviewed). Artikkene har da blitt vurdert og godkjent av eksperter på fagfeltet (Dalland, 2012). Dette gjør at man får forskningsresultater som ville vært vanskelig å komme frem til på egenhånd. Samtidig vil forskjellige forskningsartikler komme frem til ulike konklusjoner, og en sammenligning av resultatene vil berike oppgaven min. Som tidligere nevnt er en av de sterke sidene ved en litteraturstudie at den er lite ressurskrevende, både i form av

tid og midler. Resultatene man finner i eksisterende forskning ville vært vanskelig å skaffe på egenhånd, særlig med tanke på den tiden vi har til rådighet.

En litteraturstudie har også negative sider ved seg. Blant annet kan litteraturen man bruker være upålitelig eller feilaktig. Dette kan påvirke resultatet. Derfor krever en litteraturstudie et godt forarbeid, både når det kommer til kunnskap om søking og i arbeidet med å være kildekritisk (Dalland, 2012). Det er også vesentlig at man oppsøker den nyeste forskningen. Eldre forskning kan være utdatert, og nyere forskning kan ha et annet resultat. Samtidig er det viktig å se på rammefaktorene til undersøkelsene, dette gjelder blant annet hvor de er geografisk utført og fordelingen av aldersgrupper og kjønn. I tillegg kan engelskkunnskaper være en utfordring da mye av forskning er skrevet nettopp på engelsk. Dette kan føre til misforståelser av forskningens innhold, noe som kan påvirke resultatene i en litteraturstudie.

3.6 Kildekritikk

I en god litteraturstudie er det viktig å være kildekritisk. Kildekritikk kan forklares som de metodene som brukes for å skille pålitelige og oppdaterte kilder fra spekulasjoner og utdaterte kilder. Prosessen som omhandler kildekritikk kan deles inn i to. I den første fasen handler det først og fremst om å finne relevant litteratur som kan belyse problemstillingen på en god måte. Deretter må litteraturen anvendes og gjøre rede for i oppgaven. I denne fasen er referering og omformulering vesentlig. I valg av litteratur er det viktig at man begrunner hvorfor en type litteratur er valgt fremfor en annen, i tillegg til det skal komme frem hvordan man tar utvalget. Dette er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland & Tygstad, 2012).

3.6.1 Validitet og relabilitet

Når man bruker forskning aktivt for å besvare en problemstilling, er det vesentlig at man tar hensyn til begrepene validitet og relabilitet. Disse begrepene sier noe om troverdigheten i en undersøkelse. Validitet handler om hvorvidt forskningen er relevant i forhold til det fenomenet som skal undersøkes. Man kan si at validitet handler om gyldigheten i en undersøkelse. Relabilitet innebærer derimot om påliteligheten i en undersøkelse. Da snakker man gjerne om nøyaktighet i forhold til dataen som er hentet inn, samt metoden som er brukt for dette formålet (Johannessen et al., 2010).

3.7 Søkeprosessen

For å gi et godt svar på problemstillingen min, er det vesentlig at jeg finner gode forskningsartikler som jeg kan bruke i drøftingsdelen av besvarelsen. Før søkeprosessen startet satt jeg meg ned å fant enkelte kriterier jeg mente var vesentlige å bruke for å finne de artiklene jeg ville ha. Artiklene skal omhandle både helse og sosioøkonomisk status fra skandinaviske land, samt at de skal basere seg på kvalitative intervju og kvantitative spørreundersøkelser. Jeg har ingen krav til utgivelsesår, men jeg

kommer til å bruke den nyeste forskningen på emnet for at resultatene skal bli mest mulig overførbare til nåtiden.

Jeg gikk da inn på høgskolens nettsider (www.hihm.no), hvor jeg gikk videre til EBSCOhost. Dette som gir tilgang til mange ulike søkemotorer i et og samme søk, noe som gjør at man fanger opp mer forskning. Jeg brukte blant annet «socioeconomic*», «perceived health», «norway», «scandinavia», «health belief», «social gradient», «health» og «qualitative research». Disse søkeordene lagde jeg ulike kombinasjoner av, slik at jeg fikk søk hvor jeg fant relevante artikler. Søkeprosessen tok lang tid, og gav lite resultater. Senere fant jeg en artikkel som sa at det var gjort lite forskning på akkurat dette emnet i Norge, noe som kan være en årsak til at jeg fant lite relevant forskningslitteratur (Fugelli & Ingstad, 2001, s. 3600). Senere tok jeg et nytt søk med søkeordene «perceived health», «socioeconomic factors» og «norway». Dette søket resulterte i 35 treff, hvorav en av artiklene var relevant for min problemstilling.

Siden litteratursøket gav meg lite resultater, valgte jeg samtidig å kontakte personer med kompetanse innenfor fagfeltet. Jeg kontaktet blant annet en samfunnsmedisiner, som visste om en forsker som hadde gjennomført en studie innenfor egenopplevelse av helse. Denne studien fant jeg ved å søke opp «Espen Dahl» på EBSCOhost. Samtidig kontaktet jeg læreren i sosialpedagogikk ved Høgskolen i Hedmark. Han gav meg tips om en finsk studie som omhandlet emnet. Ved å søke opp «Arja Laitila og Anna-Maija Peitilä» på EBSCOhost, fant jeg studien. I tillegg visste jeg at Per Fugelli og Benedicte Ingstad hadde gjennomført forskning på emnet, og jeg søkte dermed opp navnene deres for å finne studien «Helse – slik folk ser det». Samtidig så jeg i referanselisten i boken «Helse på norsk», som er en bok som omhandler studien «Helse – slik folk ser det». Her fant jeg en relevant artikkel. Jeg søkte opp tittelen på denne på google sin akademiske søkemotor (<http://scholar.google.no/>). For å sikre at artiklene er hentet fra tidsskrift som er «peer reviewed», søkte jeg dem opp på EBSCOhost hvor jeg hadde huket «peer reviewed» i søket.

Søkeprosessen min resulterte da i fem artikler, både kvalitative og kvantitative.

4. Datapresentasjon

4.1 Helse - slik folk ser det

Forfattere: Per Fugelli og Benedicte Ingstad

Utgivelsesår: 2001

Bakgrunn:

Helse er noe som den norske befolkningen interesserer seg for, og mange streber etter å oppnå god helse. Men hva er god helse, og hvordan blir god helse til? Det er dette Fugelli og Ingstad prøver å finne ut i denne studien.

Problemsstillingen i studien er; «å vinne kunnskap om hva folk mener er god helse og hvordan god helse blir til».

Metode:

Metoden som ble brukt i forskning baserte seg på kvalitative intervju. Designet på forskningsstudien var etnografisk. Intervjuene har i stor grad blitt gjennomført på deltakernes egne premisser, og de har fokusert på å få frem deres personlige opplevelser og oppfatninger. Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført hjemme hos folk.

Det ble intervjuet 80 personer, hvor 41 var menn, mens 39 var kvinner. Alderssammensetning var fra 16-93 år, og deltakerne skulle representere ulike sosioøkonomiske og kulturelle forhold. Det ble også tatt geografiske hensyn, og man intervjuet mennesker fra ulike lokalsamfunn i Norge.

Lokalsamfunnene som ble benyttet var spredt fra nord til sør, og både by og bygd var representert. Samtidig representerte lokalsamfunnene forskjellige næringer som blant annet industri, jordbruk og fiske. I tillegg ble det tatt med en gruppe nåværende og tidligere toppidrettsutøvere. Deltakerne ble forslått av nøkkelpersoner i lokalsamfunnet. Dette kunne være blant annet kommunelege, formann i bygdelaet, lokale tillitsvalgte eller lignende. Det ble ikke satt noen kriterier i forhold til sykdomsstatus.

Resultat:

I intervjuene kom det frem at de aller fleste hadde et positivt syn på helse, og at bare et lite fåtall mente at god helse handlet om fravær av sykdom. Deltakerne hadde et relativt nøkternt syn på egen helse, og de tok i stor grad hensyn til hvilke stadier de befant seg på i livet. For eksempel hadde

unge mennesker andre krav til sin egen helse enn det eldre hadde. Ut fra intervjuene kan helse forklares som trivsel, funksjon, humør, natur, mestring, energi og overskudd.

Konklusjon:

Fuggeli og Ingstad konkluderer med at menneskers oppfattelse av egen helse kan forklares som «positiv-holistiske-subjektive». Deltakerne la vekt at helse virker som en ressurs, at helse oppleves som en totalopplevelse og at helse bestemmes ut fra personlige føringer og situasjonen man er i. Helseoppfatningen kan deles opp i tre hovedkategorier; helhet, pragmatisme og individualitet. Helthet handler om at helse er et holistisk fenomen og at det omfatter alle sider ved livet. Det omfatter dermed hele mennesket og ikke bare fravær av sykdom. Når man ser på helse som et relativt fenomen, snakker man om pragmatisme. Erfaringer påvirker hvordan mennesker opplever sin egen helse, samtidig som at det sier noe om hva man forventer i forhold til alder, sykdom og sosial situasjon. Til slutt trekker Fugelli og Ingstad frem individualitet. Det som passer for den ene, passer ikke nødvendigvis for den andre.

4.2 Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments

Forfatter: Kjell Underlid

Utgivelsesår: 2005

Bakgrunn:

I Norge er relativ fattigdom en stor utfordring. Relativ fattig svekker de sosiale forbindelsene og påvirker den psykiske helsen i negativ retning. I denne studien ser man derfor på fattigdom ut fra et psykologisk ståsted. Målet er å skaffe mer kunnskap på dette fagfeltet.

Problemstillingen i studien er; «hvordan de fattige opplever – kognitivt og følelsesmessige - å bli sett på som fattige, der fokuset er på devaluering. Hva betyr det for dem subjektivt, og hvordan burde disse opplevelsene tolkes?».

Metode:

Det var en rekke kriterier for å være med i studien. Blant annet måtte alle være langtidsmottakere av sosial støtte, være norske statsborgere og ha mulighet til å delta på intervju. I tillegg skulle det være like mange kvinner som menn i alderen 18-67 år. Det ble invitert 44 personer til å delta i studien, 16 av disse svarte ikke, to av slo og en trakk seg. Dermed sto man igjen med 25 deltakere, 13 kvinner og 12 menn. Gjennomsnittsalderen var på 41 år. Ti av disse bodde for seg selv, mens resten enten bodde sammen med en partner, var gift eller bodde hjemme hos familien sin. To hadde utdanning

fra høgskole og universitet. Alle deltakerne var fra Bergen. Deltakerne fikk tusen kroner som kompensasjon for å delta i studien.

Metoden som ble brukt var kvalitative intervju og studien har en fenomenologisk design.

Intervjuene var delt opp i ulike tema, hvor alle omhandlet fattigdom. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.

Resultat:

Resultatene til Underlid ble delt inn i fem ulike kategorier; inntrykk av fattige som en sosial klasse (1), andres forventede kunnskap om deltakernes økonomiske situasjon (2), makt og avmakt, ulikhet, ressursallokering, relativ deprivasjon og sosial marginalisering (3), egen atferd anses som uønsket, noe som indikerer lav sosial status og lav selvfølelse (4) og andres oppførsel som indikerer devaluering (5). Resultatene som gikk igjen var at deltakerne følte at de ble sett ned på, diskriminert og latterlig gjort av omgivelsene rundt dem. Samtidig skapte fattigdom utrygghet i hverdagen, noe som påvirket deltagerens psykiske helse negativt. Følelsene til deltagerne var sterkt knyttet til skyldfølelse og skam.

Konklusjon:

Underlid konkluderer med at fattigdom er en utfordring i en velferdsstat, da det fører til økt sosial devaluering. Skam og skyldfølelse forsterker de negative følelsene man opplever ved fattigdom. På en annen side vet vi ikke hvordan omgivelsene opptre i forhold til deltakerne, og om de i det hele tatt dømmer deltakerne slik det kommer frem i intervjuene. Underlid konkluderer likevel med at det er den subjektive meningen til deltakerne som er vesentlig, og om de føler seg devaluert er det diskriminering nok for dem.

4.3 Life control and health in view of qualitative and quantitative research.

Forfattere: Arja Haggman-Laitila og Anna-Maija Pietila

Utgivelsesår: 1998

Bakgrunn:

Siden det ble gjort både kvalitativ og kvantitativ forskning innenfor samme emne på en og samme befolkning, mente man at det var hensiktsmessig å sammenligne resultatene på disse. Bakgrunnen for studiene er å få mer kunnskap om sammenhengen mellom livskontroll og helse, samt de subjektive meningene om dette.

Problemsstillingen i denne analysen var delt inn i tre deler;

1. «Hvordan opplever finske mennesker livskontroll?»

1. «Hvordan knyttes selvopplevd livskontroll til opplevelse av helse?»
1. «Hvordan mennesker med ulike grad av livskontroll opplever sin helse og livssituasjon?»

Metode:

Denne studien består av en analyse av en kvalitativ og en kvantitativ studie. Hensikten med analysen er å sammenligne resultatene for å finne eventuelle likheter og ulikheter. Den kvalitative studien benytter en grounded theory-metode, mens den kvantitative blant annet bruker krysstabell, khikvadratfordeling og korrelasjonsanalyse.

Kvalitativ:

Denne kvalitative studien har et fenomenologisk design, og Laitila gjennomførte kvalitative intervju på 60 menn og kvinner mellom 30 og 50 år. Disse individene hadde nylig vært i kontakt med helsetjenesten. Intervjuene varte i 45-75 minutt og tok for seg seks forskjellige tema; livshistorie, nåværende livssituasjon, fremtidige planer, meningsfulle hendelser i livet, valg som bekymrer og selvoppfattelse. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.

Kvantitative:

Pietila gjennomførte den kvantitative undersøkelsen, der et tilfeldig utvalg menn var med i en spørreundersøkelse. 2500 menn ble spurt om å delta, og 60 prosent av disse svarte. Utvalget ble da på 1489 personer. Spørreskjemaet som ble utsendt hadde 83 spørsmål, innenfor temaene livssituasjon, helseatferd, livskontroll, helse og stress.

Resultat:

Det var en klar sammenheng mellom kontroll over eget liv og helse i begge studiene.

Kvalitativ:

Intervjuene som ble gjennomført delte deltakerne inn i to forskjellige grupper. 75 prosent mente at mennesker har evnen til å styre over sitt eget liv, mens 25 prosent mente at livet var styrt av upåvirkbare faktorer som flaks, religiøse overbevisninger og lignende. 47 prosent mente at de selv hadde ansvar for å få kontroll over eget liv. 22 prosent delte livskontroll inn i ulike kategorier, og mente at de kunne styres hver for seg. 53 prosent mente at de mistet kontrollen over eget liv om de ble syke.

De som mente at de hadde kontroll over eget liv, vurderte også helsen sin som god, uavhengig om de var rammet av sykdom eller andre plager. For disse handlet det om å tilpasse seg situasjonen. Denne gruppen forklarte helse som mer enn bare fysisk og psykisk velvære, og vektla blant annet funksjon i hverdagen. I møte med helsevesenet følte denne gruppen empowerment.

Kvantitativ:

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført, oppga 44 prosent at det var veldig viktig å ha innflytelse i eget liv. Omtrent like mange mente at yrke var en viktig faktor for å oppnå dette. Andre faktorer som ble nevnt som viktige for å oppnå god helse og et godt liv var interessen av å ta vare på seg selv, kunnskap om helse, viljen til å fremme helsen og troen på sine egne ferdigheter. 74 prosent oppga helsen deres som veldig god, 23 prosent sa at den var god, mens bare 3 prosent mente at den var dårlig. Av disse hadde 20 prosent en kronisk lidelse. 53% av de som oppga helsen sin som god hadde også kontroll over sitt eget liv, mens bare 7 prosent av de med dårlig helse hadde det samme. De med god kontroll over eget liv, mente også at de kunne påvirke helsen sin gjennom atferd.

Spørreundersøkelsen viste at de med høy utdanning, et godt yrke og en høy inntekt hadde bedre kontroll over livet sitt enn resten.

Konklusjon:

Laitila og Pietila konkluderer med at god egenvurdert helse var koblet med å ha god kontroll over eget liv. Desto bedre kontroll man har over livet, desto bedre mener mennesker at helsen er. De konkluderer også med at mennesker med høyere sosioøkonomisk status har bedre kontroll over livet, og dermed helsen, enn de med lav sosioøkonomisk posisjon.

4.4 Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income results from a Norwegian survey.

Forfatter: Espen Dahl

Utgivelsesår: 1994

Bakgrunn:

Problemstillingen i denne studien er «å få økt kunnskap om forholdet mellom sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og yrke, og selv-rapportert helse». Undersøkelsen tar for seg et tilfeldig utvalg mennesker mellom 20-64 år i Norge.

Metode:

Dahl bruker en kvantitativ metode i denne studien, og han benytter seg av en multivariat analyse. Grunnlaget for datainnhenting i denne studien er levekårsundersøkelsen fra 1991. Det ble invitert 5015 tilfeldige personer fra hele Norge til å delta ta i undersøkelsen. Av disse ble 3755 intervjuet, dette vil si en svarprosent på 75. Alderen på deltakerne var fra 16 år og opp. Denne studien tar kun for dataene fra de mellom 20-64 år og som er i arbeid. I undersøkelsen ble det blant annet spurt om

fysisk og psykisk helse, alder, bosted, sivilstatus, utdanning, jobbstatus og inntekt. De som svarte at de hadde dårlig fysisk eller psykisk helse, ble også spurt om dette hemmet dem i jobbsituasjoner.

Resultat:

Levekårsundersøkelsen viser blant annet at sykdomsforekomsten er høyere hos de med lav utdanning, inntekt og yrkesstatus. Dahl trekker særlig frem lav inntekt og yrkesstatus som hovedfaktorer for sykdom eller plager som kan virke hemmende for prestasjonsevnen i arbeidssituasjoner. Dahl sier derfor at utdanning som enslig faktor spiller en mindre rolle når det kommer til sykdomsforekomst enn det inntekt og yrkesstatus gjør.

Konklusjon:

Dahl konkluderer med at yrkesstatus er hovedårsaken til folk med lavere sosioøkonomisk status blir hyppigere rammet av sykdom enn de med høy sosioøkonomisk status. Utdanning og særlig inntekt er forsterkende faktorer til dette.

4.5 Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway.

Forfattere: Steinar Krokstad & Steinar Westin

Utgivelsesår: 2002

Bakgrunn:

På åtti- og nittitallet ble HUNT 1 og HUNT 2 undersøkelsene gjennomført. Dette var studier som kartla helsesituasjonen hos menn i Nord-Trøndelag. Denne studien er en sammenfatning av disse hvor helse og sosioøkonomiske faktorer blir studert.

Problemstillingen i denne studien er; «å beskrive forekomsten av helseproblemer hos menn etter sosioøkonomisk status i Nord-Trøndelag fylke...»

Metode:

Studien er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse hvor menn i Nord-Trøndelag deltok i en spørreundersøkelse. Utvalget i denne studien baserte seg på de opprinnelige deltakerne i HUNT 1 og HUNT 2. I disse undersøkelsene ble alle menn og kvinner fra 20 år invitert, og hele 74 599 personer (88,1%) deltok i HUNT 1 og 66 140 (71,2) i HUNT 2. I denne studien ble bare menn mellom 25-69 år invitert, og 29 039 deltok fra HUNT 1 og 23 804 fra HUNT 2. Befolkningen i Nord-Trøndelag er ganske representativt for befolkningen i Norge generelt. Dette er blant annet basert på økonomi, industri, alderssammensetning og dødelighet. En svakhet i utvalget kan likevel

være at de er noe lavere utdannet enn gjennomsnittet i Norge, samtidig som at de mangler en stor by i fylket. Deltakerne i undersøkelsen ble klassifisert etter yrke, fra høyt-utdannede til ufaglærte. I sammenligningen av de ulike gruppene ble det brukt khikvadratfordeling

Alle deltakerne fikk et spørreskjema som inneholdt temaene selvopplevd helse, midlertidighet funksjonsnedsettelse, langvarig funksjonsnedsettelse og utbredelsen av enkelte kroniske lidelser.

Resultat:

Resultatene i studien viser blant annet at det er større utbredelse av helseproblem hos den delen av deltakerne som har lav sosioøkonomisk status. Disse trendene viser seg å være gjeldene for alle faktorene som påvirker helsen, og utvikling har vært stabil fra HUNT 1 til HUNT 2. Samtidig knyttes dårlig selvopplevd helse til lav sosioøkonomisk status.

Konklusjon:

Krokstad og Westin konkluderer med den sosiale gradienten er noe mindre enn det tidligere studier viser, men at det er en klar sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og forekomsten av helseproblem.

5. Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte hvordan mennesker opplever sin egen helse, sett i lys av deres sosioøkonomiske status. Dette blir gjort ved hjelp av å knytte resultatene som er presentert i det foregående kapitlet med relevant teori.

Diskusjonen kommer til å bli drøftet i separate kategorier, før de trekkes sammen til en felles konklusjon.

5.1 Kritisk vurdering av artiklene

I denne første delen av diskusjonen skal jeg drøfte artiklene, samt peke på eventuelle svakheter som kan ha påvirket resultatet. Artiklene vil bli drøftet separat.

5.1.1 Helse slik folk ser det

Metoden som er brukt i forskningen som er gjennomført av Fugelli & Ingstad (2001) har noen styrker og svakheter. Fugelli & Ingstad (2001) sier selv at metoden de har brukt for å finne intervjuobjekter kan være litt svak. Deltakerne i undersøkelsen var foreslått av nøkkelpersoner i lokalsamfunnet som blant annet kommuneleger og lokale tillitsvalgte (Fugelli & Ingstad, 2001). En slik fremgangsmåte kan ha ført til en overrepresentasjon av kulturelt ressurssterke personer, noe som kan påvirke validiteten av resultatene. Også i intervjuprosessen kan det være vesentlig å se på metoden som ble brukt. I intervjuene spurte de kun om god helse, mens det utelukket eventuelle negative aspekter ved synet på helse (Fugelli & Ingstad, 2001). Dette kan ha ført til at deltakerne bare har nevnt de positive sidene, selv om de opplevde negative sider ved helsen.

5.1.2 Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments

Underlid (2005) gjennomførte kvalitative intervju, hvor 26 av 44 inviterte deltok. Da mange av de som ble invitert valgte og ikke delta, kan man anta at utvalget ikke er tilstrekkelig representativt i forhold til gruppen som faktisk ble invitert. Dette kan svekke validiteten i forskningen. I tillegg fikk de som deltok tusen kroner for å være med i undersøkelsen (Underlid, 2005). Begge disse faktorene kan ha påvirket resultatene. Samtidig kan man tenke seg at flere deltok i undersøkelsen nettopp på grunn av utbetalingen, og at dette kan ha ført til økt deltagelse enn det det ellers ville ha vært.

5.1.3 Life control and health in view of qualitative and quantitative research

Det er hovedsakelig den metoden som er brukt i den kvantitative forskningen av Laitila & Pietilä (1998) som kan være diskutabel. Deltakerne i undersøkelsen består bare av menn, og Laitila &

Pietilä (1998) påpeker selv at de kan ha høyere sosioøkonomisk status enn den gjennomsnittlige befolkningen, da disse svarer oftere på undersøkelser enn de med lavere status. Dette kan ha ført til mindre nyansert bilde av situasjonen enn det den egentlig er. Samtidig tar ikke undersøkelsen tilstrekkelig hensyn til de som mener at helse er noe som påvirkes av faktorer utenfor seg selv, som blant annet flaks, religiøs overbevisning og lignende (Laitila & Pietilä, 1998).

5.1.4 Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income results from a Norwegian survey

I undersøkelsen til Dahl (1994) er det høy deltagelse, noe som styrker validiteten av resultatene som fremkommer. En av svakhetene er likevel at det kun de som er i arbeid som er representert, dermed blir pensjonister og arbeidsløse utelatt. Dahl (1994) peker selv på dette som en mulig svakhet, da den delen av befolkningen som er arbeidsløs tenderer til å ha lavere sosioøkonomisk status enn de som er sysselsatt. Dette kan ha ført til feilaktige resultat.

5.1.5 Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway

I motsetning til Dahl (1994) sin forskning, tar Krokstad & Westin (2002) større hensyn til menneskene som står utenfor arbeidslivet, da de tar med tidligere yrke. Dette kan føre til at resultatet blir mer valide, da det omfatter en større del av befolkningen. I tillegg viser det seg at befolkningen i Nord-Trøndelag er representativ i forhold til resten av befolkningen i Norge. Likevel ser man at befolkningen her er lavere utdannet, noe som er en faktor som kan skape dårligere helse. Samtidig mangler Nord-Trøndelag en storby, noe som også kan være en svakhet da det ofte er større sosiale ulikheter mellom mennesker i tettbebygde strøk (Krokstad & Westin, 2002). Krokstad & Westin (2002) sier også at ved bruk av spørreskjema, er det en risiko for under- eller overrapportering. Dette kan ha påvirket resultatene.

5.2 Sosioøkonomisk status

Som modellen over de sosiale helsedeterminantene viser, påvirker de sosioøkonomiske faktorene, inntekt, utdanning og yrkesstatus helsen. Laitila og Pietilä (1998) trekker frem yrkesstatus som viktig faktor for å oppnå god helse, da en stor del av deltakerne i undersøkelsen trekker frem denne faktoren som viktig for å ha kontroll over eget liv. Dahl (1994) bekrefter at yrkesstatus har en betydelig innvirkning på helsen, da mennesker i lavstatus yrker tenderer til å ha større sykdomsforekomst enn de med høystatus yrker. Dahl (1994) konstaterer også at inntekt har en viss betydning, men at yrkesstatus spiller en større rolle. Utdanning sees derfor på som mindre vesentlig for helse ifølge Dahl (1994). Likevel sier han at mennesker som har lav utdanning, kombinert med et lavstatus yrke har dårligere helse enn de som ikke har det (Dahl, 1994). Laitila og Pietilä (1998) mener derimot at utdanning er viktig, og trekker frem kunnskap som en faktor som kan styrke

helsen. Krokstad og Westin (2002) trekker frem både utdanning, inntekt og yrkesstatus som betydningsfulle faktorer for helsen. Ut i fra alle disse sosioøkonomiske faktorene konkluderer de med at mennesker med lav sosioøkonomisk status ser ut til å ha en større andel helseproblem enn de med høyere status (Krokstad & Westin, 2002). Det kan tyde på at de sosioøkonomiske faktorene, inntekt, yrke og utdanning, har ulik innvirkning på helsen. Selv om faktorene kan virke ulikt på helsen, gjenspeiler de likevel hverandre til en viss grad. Dette fører til at mennesker med lav utdanning, gjerne har lav inntekt og yrkesstatus og. Samtidig ser man at faktorene kan virke isolert, da man kan ha høy status på en av indikatorene, mens resten av de forblir lave.

Når det kommer til selvopplevd helse, hevder Fugelli & Ingstad (2001) at dette er noe som er individuelt og kommer an på forventningene man har til helsen. Mennesker med lav sosioøkonomisk status kan derfor oppleve sin egen helse som god, mens de med høyere sosioøkonomisk status kan ha høyere forventninger og dermed rapportere helsen sin som dårlig. De sosioøkonomiske faktorene bør dermed ikke sees på som bestemmende for menneskers oppfattelse av egen helse, men man må se de i sammenheng med andre faktorer, deriblant forventningene til egen helse i ulike grupper av befolkningen. I tillegg kan det være vesentlig å se hvordan hver faktor virker isolert, samtidig som de bør sees i sammenheng.

5.2.1 Kjønn og alder

Kjønn er en risikofaktor for en rekke sykdommer, samtidig som at risikoen tenderer til å øke med alderen. I studien til Dahl (1994) kommer det blant annet frem at kvinner rapporterer mer sykdom enn menn, og særlig når det kommer til psykiske lidelser. Samtidig viser studien at sykdomsforekomsten av somatisk sykdom øker i takt med alderen, men at psykiske lidelser er mest utbredt hos den yngre andelen av deltakerne, da særlig kvinner mellom 20-29 år (Dahl, 1994). Selv om sykkelighet påvirker helsen, ser man at det ikke er bestemmende for hvordan man opplever sin egen helse. Dette blir blant annet bekreftet av Laitila & Pietilä (1998). Resultatene i studien deres sier at hele 53 prosent av de som hadde en kronisk lidelse, mente at de hadde en god helse. De oppga god kontroll over egen livssituasjon som avgjørende for å ha god helse (Laitila & Pietilä, 1998). Fugelli & Ingstad (2001) forsterker dette synet. De deler helse inn i tre kategorier, hvorav den ene er pragmatisme, som betyr at helse er et relativt fenomen. Mennesker forstår derfor sin egen helse ut fra den situasjonen de befinner seg i, noe som skaper realistiske forventninger (Fugelli & Ingstad, 2001). Dermed kan det tyde på at sykdom ikke trenger å være en begrensende faktor i forhold til god helse, og at mestring av den situasjonen man befinner seg er betydelig. Fugelli & Ingstad (2001) trekker frem ulike eksempler som illustrerer dette. De viser blant annet til forskjellen på hva en kvinne i 80-årene legger i helse, kontra en i 40-årene. Kvinnen i 80-årene vektlegger funksjon, mens kvinnen i 40-årene trekker frem mestring og egne ferdigheter. Ingen av disse trekker

frem sykdom som en avgjørende faktor (Fugelli & Ingstad, 2001). Man kan derfor hevde at mennesker med sykdom også kan oppleve helsen sin som god, og at forventningene til egen helse er dynamisk og situasjonsbestemt. Alder og kjønn kan derfor sees på faktorer som påvirker synet på helse, men de er nødvendigvis ikke bestemmende.

Kjønn kan også skape ulikheter mellom mennesker. Krokstad & Westin (2002) sier blant annet at det kan være vanskelig å klassifisere helsen til kvinner etter sosioøkonomisk status, da det er vanskelig å vite om man skal ta hensyn til kvinnenens yrkesstatus eller ektefellen sin (Krokstad & Westin, 2002). Ut fra dette kan man se at kvinner til noen grad har blitt oppfattet som avhengige av ektefellens inntekt, noe som svekker kvinners individuelle sosioøkonomiske status. Samtidig er det viktig å påpeke at undersøkelsen til Krokstad & Westin (2002) tar utgangspunkt i studier som er gjennomført på åtti- og nittitallet. Man kan tenke seg at kvinnenens status har endret seg noe i ettertid.

5.2.2 Sosial støtte og helse

Fugelli & Ingstad (2001) trekker frem trivsel som en viktig faktor for selvopplevd helse, og man kan anta at dette henger sammen med sosiale nettverk og støtten fra disse. Underlid (2005) hevder blant annet at mennesker som opplever mangel av tillit, aksept og støtte i nettverkene rundt seg rammes ofte av helseplager. I tillegg reduseres trivselen rundt egen livssituasjon. Han legger også til at dårlige relasjoner som preges av gjentatt diskriminering påvirker den mentale helsen i negativ retning (Underlid, 2005). Som tidligere nevnt har både personlige- og strukturelle nettverk innvirkning på helsen, og som Underlid (2005) presiserer, vil livskvaliteten reduseres dersom nettverkene er skjøre og ustabile. På grunn av forholdet mellom sosial støtte og trivsel, kan man derfor hevde at mennesker som mangler trygge og stabile nettverk også opplever helsen sin som mindre god.

Man kan også tenke seg at lav sosioøkonomisk status kan føre til mindre grad av sosial støtte. Dahl (1994) påpeker blant annet viktigheten yrke har for menneskers helse. Arbeidsplassen kan virke som en sosialiseringsarena, og havner man utenfor denne kan man tenke seg at dette svekker det sosiale nettverket. Undersøkelsen til Underlid (2005) viser noe av den samme tendensen.

Deltagerne i denne undersøkelsen har relativ fattigdom og de opplever at omgivelsene rundt dem viser liten støtte. Samtidig viser det seg at de mangler trygge og stabile nettverk (Underlid, 2005).

5.2.3 Helse

Helsevesenet har lenge preget definisjonene av helse, uten at menneskers opplevelse av egen helse har blitt tatt hensyn til. I følge Fugelli & Ingstad definerer mennesker helse som helhet, pragmatisme og individualisme. Fugelli & Ingstad peker blant annet på at helse er noe som omfatter alle sider ved et menneske, og at det handler om å ha det bra i ulike deler av livet. Med andre ord,

kan det forstås som å ha kontroll over egen livssituasjon. Laitila & Pietilä (1998) peker nettopp på kontroll over eget liv som en viktig faktor for god selvopplevd helse. I tillegg viser det seg at de som opplevde å ha kontroll over eget liv, oppga helsen sin som god selv om de opplevde sykdom eller andre kroniske plager (Laitila & Pietilä, 1998). Fugelli & Ingstad (2001) bekrefter dette ved å forklare at mennesker ofte tilpasser seg det utgangspunktet de har, og dermed oppnår opplevelsen av god helse. I undersøkelsen deres opplevde flere av deltakerne helseplager, men fordi de var i stand til å tilpasse seg oppnådde de følelsen av god helse.

Når man snakker om selvopplevd helse, er individualitet en viktig faktor. Fugelli & Ingstad (2001) presiserer at helse kan ha ulik betydning for forskjellige mennesker, og at forventningene folk har til egen helse ofte har utspring i tidligere erfaringer. Undersøkelsen deres viser blant annet at mennesker har personlige kriterier for hva som er god helse og hvilke muligheter de har for å oppnå dette (Fugelli & Ingstad, 2001). Ut fra et slikt syn, kan man tenke seg at forventningene til egen helse varierer ut fra hvilke muligheter man har. Mennesker med begrensede midler kan dermed ha lavere forventninger til egen helse enn de som har større økonomiske rammer. På den andre siden hevder Laitila & Pietilä (1998) at de med høyere sosioøkonomisk status oppgir helsen sin som bedre enn de med lavere status.

Ut fra undersøkelsene som er gjort angående selvopplevd helse, tyder det på at mennesker ofte definerer helse som en ressurs og ikke som fravær av sykdom. Mennesker tenderer til å legge vekt på faktorer som styrker evnen til å håndtere hverdagen, samtidig som at kontroll over eget liv virker å være viktig (Fugelli & Ingstad, 2001; Laitila & Pietilä, 1998). Man kan anta at god selvopplevd helse assosieres med evnen til å mestre hverdagen selv om man opplever sykdom eller helseplager som kan skape utfordringer. Det å være i stand til å mestre livet selv når det buttrer imot, synes å være viktig for å oppnå følelsen av å ha god helse. En slik forståelse av helse preges av en salutogentisk tankegang, da faktorene som trekkes frem av deltakerne kan skape høyere grad av helse. Faktorene som trekkes frem kan øke resiliensen hos mennesker, noe som kan føre til at enkelte opplever å være mindre syke enn andre.

6. Konklusjon

Mennesker vurderer opplevelsen av egen helse ulikt, og de fleste tar utgangspunkt i egen livssituasjon for å vurdere helsen sin. For de aller fleste handler følelsen av å ha god helse om å mestre det livet man lever, og å takle eventuelle utfordringer som skulle dukke opp. God helse assosieres ofte med trivsel, mestring og gode sosiale relasjoner. Å ha god livskvalitet ser derfor ut til å være viktig for å oppnå følelsen av god helse. Sykdom er mindre viktig når mennesker vurderer sin egen helse. Hvilke forventninger man har til opplevelsen av god helse påvirkes i stor grad av sosioøkonomisk status.

Når det kommer til selvopplevd helse og sosioøkonomisk status, viser undersøkelsene som er gjort en klar tendens. De med høyere sosioøkonomisk status har ikke bare bedre helse enn de med lavere status, men de ser også ut til å oppleve helsen sin som bedre. Denne gruppen melder også helsen sin som god på tross av at de opplever sykdom. Sosioøkonomisk status har dermed en betydelig innvirkning på hvordan mennesker opplever sin egen helse.

Samtidig har kjønn og alder innvirkning på selvopplevd helse. Menneskers forventninger til egen helse endres i takt med alderen, og de vektlegger andre faktorer enn det de gjorde tidligere. Også kjønn synes å ha betydning for selvopplevd helse, da særlig hos de med lav sosioøkonomisk status. Kvinner med lavere status opplever helsen sin dårligere enn de med høyere status. Mennesker vektlegger også sosiale relasjoner når de vurderer sin egen helse. De opplever mangel på gode sosiale relasjoner, opplever ofte helsen sin som dårlig. Svake sosiale relasjoner knyttes ofte til lav sosioøkonomisk status, enten som konsekvens eller årsak.

Utfra dette kan man konkludere med at sosioøkonomisk status har avgjørende rolle for hvordan mennesker vurderer sin egen helse. Mennesker med høyere status opplever helsen sin som bedre enn de med lavere status. Likevel ser man at mennesker har ulike forventninger til helsen sin utfra hvilken sosioøkonomisk status de har.

Avslutningsvis er det verdt å nevne at det er gjort lite forskning på emnet, da det er få undersøkelser som bare spør om helse. Helse blir sjeldent målt alene, og knyttes ofte opp til sykdom eller andre helseplager. Dette kan gi en noe entydig forståelse av begrepet.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide*.

Lokalisert på <http://site.ebrary.com/lib/hedmark/docDetail.action?docID=10413319>

Dahl, E. (1994). Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and income-results from a Norwegian survey. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 644-667.

<http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep11348752>

Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosialepidemiologi* (1. utg., s. 96-114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 30, 3600-3604.

Jensen, A. (2009). *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester – En analyse av data fra statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. (Statistisk sentralbyrå, 2009/6). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Krokstad, S. & Høyer, G. (2011). Sosial ulikhet i helse. I J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg., s. 43-57). Oslo Gyldendal Akademisk.

Krokstad, S. & Westin, S. (2002). Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Scand J Public Health* 30(2), 113-124. DOI: 10.1080/14034940210133753

Laitila, A. H. & Pietilä, A. M. (1998). Life control and health in view of qualitative and quantitative research. *International Journal of Nursing Practice* 4(2), 103-112.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetforlaget.

Mæland, J. G. (2011). Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv. I J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg., s. 27-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sund, E. R. & Eikemo T. A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg., s. 124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Sund, E. R. & Krokstad, S. (2009) Sosial kapital: limet som holder folkehelsen sammen? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosialepidemiologi* (1. utg., s 115-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Underlid, K. (2005). Poverty and experiences of social devaluation: A qualitative interview study of 25 long-standing recipients of social security payments. *Scandinavian Journal of Psychology* 45(3), 273-283.

Øverby, N. N., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (1. utg., s.11-22). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.