

BACHELOROPPGAVE

Anbefalinger for fysisk aktivitet

Kjennskap til og tilfredsstillelse av Helsedirektoratets anbefalinger
for fysisk aktivitet blant sysselsatte i Sogndal

av

19 Nina Amundal
24 Hilde Østbø

Idrett, fysisk aktivitet og helse
ID3-302
Desember 2012

Forord

En intensiv og lærerik prosess har resultert i denne bacheloroppgaven, som vi presenterer i forbindelse med det avsluttende året på *Idrett, fysisk aktivitet og helse* ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Vi har satt oss godt inn i emnet, og har personlig fått erfare følgene inaktivitet kan gi etter mange timer foran PC-skjermen.

Vi ønsker å takke familie, venner og bekjente for god korrekturlesing, særlig Kristine og Maria for usedvanlig inngående og pirkete tilbakemeldinger. En takk går også til våre flittige medstudenter som har holdt oss med selskap på biblioteket til alle døgnets tider.

Til slutt vil vi rette en stor takk til vår veileder Jostein Steene-Johannessen for ypperlig veiledning i en jungel av våre løse tråder.

Vi sitter igjen med kunnskap om både fysisk aktivitet og erfaringer knyttet til en forskningsprosess, og oppsummerer med følgende sitat:

Physical activity and health: it is a democratic right to ignore scientific evidence and common sense, but it is not wise!

Weiler, Stamatakis og Blair - 2012

Nina Amundal

Hilde Østbø

Sammendrag

Hensikt: Målet med studien var å kartlegge kjennskapen til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet blant sysselsatte i Sogndal kommune, og finne ut hvordan sammenhengen mellom kjennskapen til og tilfredsstillelse av anbefalingene er.

Metode: 192 respondenter (kvinner n=83, menn n=103) deltok i undersøkelsen. Innsamling av data ble gjort med et spørreskjema som ble utdelt på et utvalg arbeidsplasser i Sogndal kommune. Spørreskjemaet målte relevante bakgrunnsvariabler, fysisk aktivitet, kjennskap til anbefalingene for fysisk aktivitet og kjennskap til anbefalingene for frukt og grønt.

Resultat: Blant sysselsatte i Sogndal kommune kjenner 21,6 % til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet. Videre var en av to tilstrekkelig fysisk aktive i henhold til anbefalingene for fysisk aktivitet. Blant de som rapporterte at de hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene var 63,2 % tilstrekkelig aktive, og blant de som *ikke* hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for fysisk aktivitet var 46,9 % tilstrekkelig aktive.

Konklusjon: Kjennskapen til anbefalingene blant sysselsatte i Sogndal kommune er lav; bare en av fem kjenner til anbefalingene for fysisk aktivitet. Det er flere som tilfredsstiller anbefalingene enn som kjenner til dem. Det har ingen betydning for tilfredsstillelse av anbefalingene for fysisk aktivitet, hvor vidt man kjenner til dem eller ikke.

Figuroversikt

Figur 2.1 Dose-responskurven for FA og helsegevinst (modifisert etter Pate et al., 1995) _	13
Figur 2.2 Kjennskapen til anbefalingen for FA blant befolkningen i Norge fra 2005-2009 (Helsedirektoratet, 2012) _____	15
Figur 4.1 Prosentvis fordeling av spesifikk kjennskap til anbefalingene for FA og ikke spesifikk kjennskap til anbefalingene _____	23
Figur 4.2 Spesifikk kjennskap til og tilfredsstillelse av anbefalingene for FA fordelt på kjønn _____	24
Figur 4.3 Prosentandel som tilfredsstiller anbefalingene fordelt på spesifikk og ikke spesifikk kjennskap til anbefalingene for FA _____	25
Figur 4.4 Andel som tilfredsstiller anbefalingen av de med spesifikk og ikke spesifikk kjennskap _____	26

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Helseeffekter assosiert med FA (Fritt oversatt fra U.S Department of health and human services, 2008) _____ 12

Tabell 3.1 Fordeling av utdanningsnivå i Sogndal kommune og vårt utvalg (Statistisk sentralbyrå, 2001a-d) _____ 20

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreundersøkelse _____ 42

Innhold

Forord	2
Innhold.....	7
1.0 Innledning.....	9
1.1 Problemstilling	10
2.0 Teori	11
2.1 FA og inaktivitet.....	11
2.1.1 Helsemessige konsekvenser av fysisk inaktivitet.....	11
2.1.2 Helsegevinster av FA.....	12
2.2 Anbefalinger for FA	13
2.2.1 Kjennskap til anbefalinger for FA	14
2.2.2 Fysisk aktivitetsnivå og anbefalinger for FA	16
2.2.3 Fysisk aktivitetsnivå og kjennskapen til anbefalinger for FA	17
2.3 Sosial ulikhet i helse	17
2.4 Tiltak for å øke FA	18
3.0 Metode.....	19
3.1 Metodevalg	19
3.2 Utvalg	19
3.3 Prosedyre for innsamling.....	20
3.4 Spørreskjema	20
3.5 Pilot.....	21
3.6 Databehandling.....	21
3.7 Kategorisering av spørsmål	21
4.0 Resultat	23
4.1 Deskriptive data.....	23
4.2 Kjennskap til anbefalingene for FA.....	23
4.2.1 Kjennskap til anbefalingene for FA fordelt på kjønn	23
4.2.2 Kjennskap til anbefalingene for FA fordelt på utdanningsnivå.....	24
4.3 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA	24
4.4 Tilfredsstillelse av og kjennskap til anbefalingene for FA.....	25
4.4.1 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA fordelt på <i>spesifikk</i> og ikke <i>spesifikk</i> kjennskap.....	26
5.0 Diskusjon.....	27

5.1 Hovedfunn	27
5.2 Kjennskap til anbefalingene for FA.....	27
5.3 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA	29
5.4 Tilfredsstillelse av og kjennskap til anbefalingen for FA	30
5.5 Kampanjer og tiltak	31
5.6 Vurdering av metode	32
5.7 Veien videre.....	34
6.0 Konklusjon	35
Litteraturliste	36
Vedlegg.....	42

1.0 Innledning

Tidligere var fysisk aktivitet (FA) en naturlig del av hverdagen, men har på grunn av strukturelle endringer i samfunnet blitt noe vi i dag bevisst må velge å gjennomføre (Cavill og Bauman, 2004). Fysisk krevende yrker er erstattet av maskiner, og ensformig stillesittende arbeid preger yrkeshverdagen. Teknologien når stadig nye høyder; oppgaver som tidligere krevde at man måtte ut av huset, kan nå ordnes fra sofaen. Mange beveger seg mindre i dagliglivet, noe som gir utfordringer for samfunnet generelt og for individet spesielt (Torstveit og Olsen, 2011).

Fysisk inaktivitet gir store negative helsekonsekvenser; både fysisk, psykisk og sosialt (Haskell et al., 2009), og er en av fremtidens store helseutfordringer (Ommundsen og Aadland, 2009). Regelmessig FA er en viktig komponent for å fremme og bevare helsen (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). I forebyggende helsearbeid og bekjempelse av livsstilssykdommer er FA derfor en viktig faktor (Haskell et al., 2009).

Det er godt dokumentert at FA er svært effektivt i forebygging av en rekke sykdommer og tilstander (Lee et al., 2012; Warburton et al., 2007). Helsegevinstene ses i et dose-responsforhold, hvor den største helseeffekten oppnås blant dem som er i dårligst fysisk form (Anderssen og Strømme, 2001). Denne kunnskapen har resultert i utvikling av retningslinjer for helsefremmende FA, både nasjonalt og internasjonalt (Pate et al., 1995; Sosial- og helsedirektoratet, 2000; U.S Department of Health and Human Services, 2008). Tidligere var man av den oppfatning at høy intensitet og varighet var nødvendig for å oppnå gode helsegevinster (ACSM, 1990). Det kommer nå frem at helsegevinstene også kan oppnås med moderate mengder FA. De gjeldende norske anbefalingene for FA sier at voksne bør akkumulere minimum 30 minutter moderat FA daglig (Sosial- og helsedirektoratet, 2000).

1.1 Problemstilling

Anbefalingene kan gjennom FA gi gode helseeffekter, men for at anbefalingene skal kunne påvirke befolkningens aktivitetsnivå må kjennskapen til dem være til stedet og følges. På grunnlag av dette har vi valgt følgende to likevektige problemstillinger:

1) I hvor stor grad kjenner den sysselsatte befolkningen i Sogndal kommune til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet?

2) Hvordan er sammenhengen mellom kjennskap til og tilfredsstillelse av anbefalingene for fysisk aktivitet?

2.0 Teori

2.1 FA og inaktivitet

Caspersen et al. (1985: 126) definerer FA som «*all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som gir en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå*». FA er et personlig valg, og fysisk aktivitetsnivå vil variere i stor grad fra person til person, og også for samme person over tid (Caspersen, 1985). I henhold til dette vil personer som beveger seg lite, ligger/sitter mye og i stor grad anvender motoriserte transport- og hjelpemidler, både i yrke og fritid, bli kategorisert som inaktive (Anderssen og Strømme, 2001).

FA består av ulike dimensjoner og kan beskrives gjennom doseringsprinsippet (Bouchard et al., 1994; Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001):

1. *Intensitet*: skiller mellom mål av absolutt intensitet (energiforbruk per tidsenhet) og relativ intensitet (andel av maksimal kapasitet). Termene lett, moderat eller intensiv er ofte brukt for å beregne aktivitetens intensitet.
2. *Frekvens*: antall ganger med aktivitet i løpet av en tidsperiode (angitt i dager, uker eller måneder)
3. *Varighet*: tid man er i aktivitet (for eksempel minutter eller timer)

Fysisk aktivitetsnivå beskrives gjennom både intensitet, frekvens og varighet. Til sammen utgjør disse faktorene totalbelastning av FA som er relatert til ulike helsevariabler i et dose-respons-forhold (Haskell et.al., 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2000). Andre dimensjoner av betydning er *type aktivitet* og *hensikten* med aktiviteten (i hvilken kontekst den bedrives) (Nerhus et.al., 2011).

2.1.1 Helsemessige konsekvenser av fysisk inaktivitet

En mulig vinkling for å utdype sammenhengen mellom FA og helse er å se nærmere på virkningen av den motsatte tilstanden, nemlig fysisk inaktivitet. Verdens helseorganisasjon har rangert fysisk inaktivitet som den fjerde største risikofaktoren for tidlig død (WHO, 2012). Gjennom inaktivitet svekkes kroppens muligheter til å utføre dagliglivets funksjoner, som igjen virker negativt inn på psyken, helsen og den sosiale delen av mennesket (Martinsen, 2000). På verdensbasis er trolig fysisk inaktivitet skyld i 6-10 % av de store ikke-smittsomme sykdommene; hjerte- og karsykdom, type-2 diabetes og bryst- og tarmkreft (Lee, 2012). Fysisk inaktivitet er utvilsomt helseskadelig og er en selvstendig risikofaktor for flere

livsstilsykdommer (Blair et al., 2004). Fysiologiske og metabolske endringer på grunn av fysiske inaktivitet, blant annet hypertensjon, redusert glukosetoleranse, muskelatrofi og ugunstige lipidnivåer, er derimot reproducerbare og reversible (Bouchard et al., 1994).

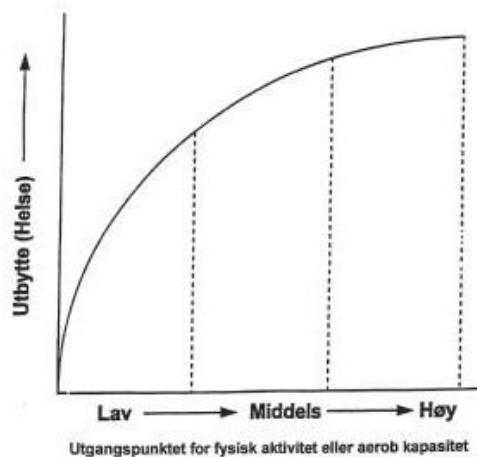
2.1.2 Helsegevinster av FA

Det er godt dokumentert at moderate doser med FA sammen med hverdagslige aktiviteter gir gode helseeffekter og forebygger livsstilsykdommer. Det er også vist at en økning i aktivitetsnivå og intensitet utover dette gir en ytterligere helsegevinst (Anderssen og Strømme, 2001; Haskell, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2000; Warburton et al., 2007). Regelmessig FA har vist positive effekter på den mentale helsen (Martinsen, 2000), og ytterligere effekter på muskel-, skjelett- og leddhelsen (Blumenthal, 1999). Tabell 2.1 viser en oversikt over helseeffekter assosiert med FA.

Tabell 2.1 Helseeffekter assosiert med FA (Fritt oversatt fra U.S Department of health and human services, 2008)

For voksne og eldre er det sterke bevis for at fysisk aktivitet:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Senker risikoen for tidlig død ✓ Senker risikoen for hjerte- og karsykdommer ✓ Senker risikoen for slag ✓ Senker risikoen for hypertensjon ✓ Senker risikoen for ugunstige blodlipidprofil ✓ Senker risikoen for diabetes type 2 ✓ Senker risikoen for metabolsk syndrom ✓ Senker risikoen for tykktarmskreft ✓ Senker risikoen for brystkreft ✓ Forbygger vektøkning ✓ Fremmer vektreduksjon, særlig i kombinasjon med et redusert kaloriinntak ✓ Fremmer kardiorespiratoriske- og muskulær form ✓ Reduserer faren for fall ✓ Reduserer sjansen for å utvikle depresjon ✓ Fremmer kognitive evner/funksjon (særlig for eldre)
For voksne og eldre er det moderate til sterke bevis for at fysisk aktivitet:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fremmer funksjonell funksjon ✓ Reduserer abdominalt fett
For voksne og eldre er det moderate bevis for at fysisk aktivitet:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Senker risikoen for lårhalsbrudd ✓ Senker risikoen for lungekreft ✓ Senker risikoen for livmorhalskreft ✓ Øker sannsynligheten for å holde vekten etter vektreduksjon ✓ Øker beintettheten ✓ Bedrer søvnkvaliteten

Helsegevinstene ses i et dose-respons-forhold, og vil variere fra person til person ut i fra helsestatus, kjønn, alder og hvilke effekter man måler. Den forebyggende helseeffekten øker med økende aktivitetsnivå, men forholdet er ikke lineært (Figur 2.1) (Pate et al., 1995).



Figur 2.1 Dose-responskurven for FA og helsegevinst (modifisert etter Pate et al., 1995)

Figuren illustrerer at dersom man i utgangspunktet har et høyt aktivitetsnivå, vil ikke økt dose FA gi en betydelig bedret helsestatus. Går man derimot fra et lavt aktivitetsnivå til moderate mengder med daglig FA, er anslagene for de positive helseeffektene betydelig høyere (Sælensminde, 2008). Med andre ord oppnås den største helseeffekten blant dem som er i dårligst fysisk form (Anderssen og Strømme, 2001). For mer presise beregninger av helsegevinst, trengs det en gradering av fysisk aktivitetsnivå før og etter et tiltak (Sælensminde, 2008).

2.2 Anbefalinger for FA

Økt kunnskap angående helsegevinstene ved en fysisk aktiv livsstil, har resultert i utvikling av anbefalinger og retningslinjer for helsefremmende FA og trening. American College of Sports Medicine (ACSM) har siden 1954 vært en stor pådriver for publisering av en rekke anbefalinger for FA. Den første forskningsspesifikke anbefalingen for hvor mye FA som er nødvendig for å bedre aerob kapasitet og kroppssammensetning, ble utviklet av ACSM i 1978: «The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Fitness in Healthy Adults» (Haskell, 1994). Siden den gang har anbefalingene blitt revidert en

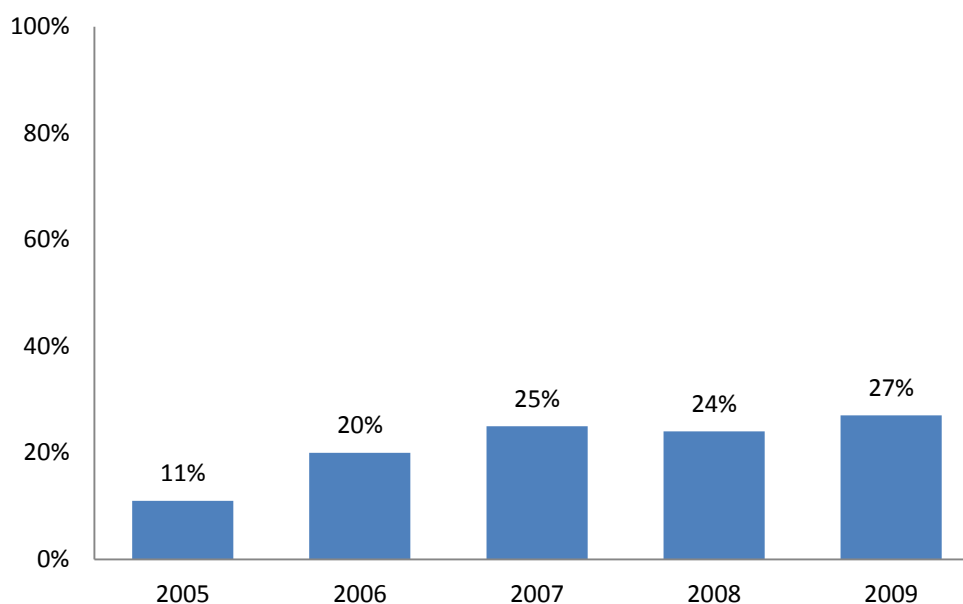
rekke ganger, sist i 2008 (U.S Department of Health and Human Services, 2008). Gjennom et paradigmeskifte har den tidligere oppfatningen om at høy intensitet og varighet er nødvendig blitt endret (ACSM, 1990). Det er nå fokus på at en betydelig helsegevinst kan oppnås gjennom moderate mengder FA (Sosial- og helsedirektoratet, 2000).

Norge kom med sin første anbefaling for FA i år 2000 (Sosial- og helsedirektoratet, 2000): *Voksne anbefales å utøve minst 30 minutter FA av moderat intensitet hver dag. Aktiviteten kan deles inn i mindre bolker med FA i løpet av dagen, for eksempel med 5-10 minutters varighet.* Senere er anbefalingene revidert, og minimumsbolken ble satt til 10 minutter (Becker et al., 2004). Den norske anbefalingen bygger på en amerikansk anbefaling som ble offentliggjort i 1995 av Pate et al. (Jansson og Anderssen, 2008).

2.2.1 Kjennskap til anbefalinger for FA

I Norge er det gjort få undersøkelser om befolkningens kjennskap til anbefalingene for FA. Helsedirektoratet har hvert år fra 2005 til 2009 gjennomført spørreundersøkelser om norske innbyggers fysiske aktivtetsnivå i hverdagen. Disse Omnibusundersøkelsene inneholdt også spørsmål om kjennskap til Helsedirektoratets anbefalinger for FA, hvilket gjør det mulig å se på utviklingen av kjennskap over tid (Helsedirektoratet, 2012).

Figur 2.3 gjengir utviklingen av kjennskap til anbefalingene for FA fra 2005 til 2009. I 2006 og 2008 var antall deltagere mellom 4000 og 5000. De øvrige årene besto utvalgene av omtrent 1000 personer. Kjennskapen har gradvis har økt, fra 11 % i 2005 til 27 % i 2012 (Helsedirektoratet, 2012). Kjennskapen er her bestemt ved at man har oppgitt at man kjenner til den tidsmessige nasjonale anbefalingen for FA, og kan uttrykke hva den innebærer (30 minutter FA daglig). Senere vil dette bli referert til som *spesifikk* kjennskap. Der man kun har oppgitt at man kjenner til anbefalingene, uten å utdype hva de innebærer, nyttes *generell* kjennskap.



Figur 2.2 Kjennskapen til anbefalingen for FA blant befolkningen i Norge fra 2005-2009 (Helsedirektoratet, 2012)

Isolerte resultater fra Sogn og Fjordane viste at 17 % kjente til anbefalingene i 2006 (N=200) og 23 % i 2008 (N=200), noe som i begge tilfeller ligger under landsgjennomsnittet (Helsedirektoratet, 2012).

Kjennskapen til tilsvarende anbefalinger for FA har blitt kartlagt også internasjonalt. I 1998 publiserte Health Canada og Canadian Society for Exercise Physiology deres anbefalinger for FA: “Canada’s physical activity guide to healthy active living” (CPAG) (Warburton et al., 2007). I etterkant av denne utgivelsen er det gjort flere studier som har sett på kjennskapen til disse anbefalingene. I 2000 gjennomførte Spence et al. (2002) en spørreundersøkelse blant befolkningen i provinsen Alberta. Her svarte 20,7 % at de var oppmerksom på CPAG, og 5,5 % hadde benyttet anbefalingene. I en undersøkelse blant voksne canadiere i 2003, svarte 37,3 % at de hadde hørt om CPAG (Cameron et al., 2007). Plotnikoff et al. (2011) kartla både *generell* og *spesifikk* kjennskap til CPAG. De fant at 27,3 % hadde *generell* kjennskap, og 15,6 % kjente til de *spesifikke* anbefalingene. *Spesifikk* kjennskap til nasjonale anbefalinger i USA er kartlagt i to studier. Den ene, gjennomført i 2005, fant at 33 % hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene (Bennett et al., 2009). Den andre studien så nærmere på innsamlede data fra spørreundersøkelser i 2003, 2004 og 2005. Ved hjelp av svaralternativer oppga 25,5 % riktig frekvens og varighet på anbefalingene (Moore et al., 2010).

2.2.2 Fysisk aktivitetsnivå og anbefalinger for FA

Fysisk aktivitetsnivå kan måles både subjektivt og objektivt, men informasjon om FA har tradisjonelt blitt samlet inn ved hjelp av spørreskjema, som gir subjektiv informasjon. (Anderssen et al., 2009). Det er mangelfulle data om fysisk aktivitetsnivå i den norske befolkningen, og da spesielt med hensyn på anbefalingene for FA (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). Det er imidlertid gjort noen få studier på nordmenns aktivitetsnivå. Som en del av en flernasjonal undersøkelse i 2003 ble aktivitetsnivået hos 1653 nordmenn i alderen 16-65 år kartlagt ved hjelp av International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). IPAQ registrerer det fysiske aktivitetsnivået de siste 7 dagene, der kun aktiviteter på minst 10 minutter i strekk er registrert. Denne undersøkelsen viste at 37 % av kvinnene og 56 % av mennene tilfredsstilte anbefalingene om 30 minutters daglig FA (Anderssen og Andersen, 2003). IPAQ ble også benyttet i Kan1-undersøkelsen i 2008/2009. Her deltok 3464 personer i alderen 20 til 85 år. Resultatene viste at 43 % av mennene og 32 % av kvinnene tilfredsstilte anbefalingene for FA (Anderssen et al., 2009). Sammenligner man resultatene fra disse to undersøkelsene som nyttet samme målemetode ser det ut til at aktivitetsnivået har gått ned. Kan1 hadde flere deltagere enn kartleggingen fra 2003, men begge hadde imidlertid lav svarprosent. I Kan1 foretok man en frafallsanalyse som viste en overrepresentasjon av deltagere med høyere sosioøkonomisk status (Anderssen et al., 2009). Ingen slik analyse ble gjennomført i kartleggingen fra 2003, men man antar at bortfallet her er selektivt med høyere bortfall blant lavere sosiale grupper og fysisk inaktive (Anderssen og Andersen, 2003).

Hovedmålet i Kan1 var å måle aktivitetsnivået objektivt med akselerometer. Dette ble gjort på samme utvalg som besvarte IPAQ, noe som gjør det mulig å sammenligne objektive og subjektive målinger. De objektive målingene viste at 20 % av deltagerne i Kan1 tilfredsstilte anbefalingene for FA, og flere kvinner enn menn hadde et tilfredsstillende aktivitetsnivå, med 22 % mot 18 % (Anderssen et al., 2009). Dette resultatet samsvarer ikke med resultatene fra de subjektive målingene, som viste at langt flere tilfredsstilte anbefalingene for FA, og at menn var mer aktive enn kvinner. Ingen lignende studier med objektive mål for fysisk aktivitetsnivå er gjennomført i Norge. Det er imidlertid gjort lignende undersøkelser i Sverige og USA, disse fant også lav tilfredsstillelse av anbefalingene. I Sverige kartla Hagströmer et al. (2007) aktivitetsnivået hos 1114 personer i alderen 18-69 år. De som akkumulerte minst 30 minutter moderat til intensiv FA daglig utgjorde 52 % av deltakerne. Bare 1 % oppnådde

disse minuttene gjennom tre eller flere bolker på minst 10 minutter sammenhengende FA. Kartleggingen fra USA ble gjort som en del av National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) i 2003-2004. 3136 amerikanere i alderen 20 til over 70 år deltok i undersøkelsen. Her overholdt mindre enn 5 % anbefalingene for FA (Troiano et al., 2007).

2.2.3 Fysisk aktivitetsnivå og kjennskapen til anbefalinger for FA

Enkelte av studiene som har undersøkt kjennskapen til anbefalingene for FA har samtidig sett på det fysiske aktivitetsnivået blant de som kjenner til anbefalingene. Cameron et al. (2007) kartla aktivitetsnivået til canadiere ved hjelp av IPAQ. De som spontant oppga å ha hørt om CPAG, hadde større sannsynlighet for å være tilstrekkelig aktiv. De som kun oppga å ha hørt om CPAG på direkte spørsmål om kjennskap til denne anbefalingen, hadde ikke større sannsynlighet for å være tilstrekkelig aktiv i henhold til anbefalingene. En annen undersøkelse fra Canada brukte Godin Leisure-time Questionnaire for å måle FA, basert på rapportert frekvens av lett, moderat og høy aktivitet i løpet av de siste sju dagene. De som rapporterte å være *generelt* oppmerksom på CPAG var signifikant mer fysisk aktive enn de som ikke kjente til CPAG. De som i tillegg hadde *spesifikk* kjennskap til CPAG var signifikant mer fysisk aktive enn de som ikke hadde spesifikk kjennskap (Plotnikoff et al., 2011).

2.3 Sosial ulikhet i helse

Det er store sosiale forskjeller i helse, og ulikhetene varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe og inntektsnivå (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2007). Utdanning er en utbredt indikator på sosioøkonomisk status. Det er lett å måle, relevant for alle mennesker, og en prediksjon på senere yrke og inntektsnivå (Arntzen, 2002; Galobardes et al., 2006).

Utdanning er relevant i forhold til helse fordi den øker kunnskaper og evner (Galobardes et al., 2006). De med høy utdanning forstår lettere helseinformasjon, og har et bedre grunnlag for å gjøre sunne valg (Anderssen et al., 2009). Flere studier har funnet en sammenheng mellom aktivitets- og utdanningsnivå. Dokumentasjon fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark (2002-2003) viste at blant de med lengst utdanning var det dobbelt så stor prosentandel som mosjonerte aktivt i fritiden, sammenlignet med gruppen som hadde niårig grunnutdanning (Næss et al., 2007). HUBRO fant klare sosiale forskjeller i aktivitetsnivået. Andelen fysisk inaktive var størst blant de med kort utdanning og

lav inntekt, mens den var lav blant de med lengre utdanning (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2007). I Kan1 fant man at 25 % av de med mer enn 4 års høgskole-/universitetsutdanning tilfredsstilte anbefalingene for FA. Blant dem med lavest utdanning tilfredsstilte 16 % anbefalingene for FA (Anderssen et al., 2009). Helsedirektoratets Omnibusundersøkelse fra 2009 viste at kjennskapen til anbefalingene økte med utdanningslengde. Ingen signifikante forskjeller ble imidlertid funnet mellom de ulike utdanningsnivåene (Helsedirektoratet, 2012). I sterkt kontrast til dette fant Anderssen og Andersen (2003) at jo lengre utdanning, jo større var sannsynligheten for ikke å tilfredsstille anbefalingene for FA.

2.4 Tiltak for å øke FA

For å påvirke det aktivitetsnivået til befolkningen i positiv retning kreves effektive og rimelige intervensjoner som kan nå en stor del av befolkningen (Marcus et al., 1998). De ulike strategier som kan benyttes for å fremme forebyggende tiltak i folkehelsearbeid, kan gjøres på ulike nivåer i en befolkningsgruppe (Helsedirektoratet, 2010). *Universelle* tiltak er rettet mot hele befolkningen, *selektive* tiltak retter seg mot undergrupper og *indikative* tiltak retter seg mot enkeltpersoner (Øverby et al., 2011). Tiltak som retter seg mot hele befolkningen er mest effektive, og de er også de enkleste å administrere (Øverby et al., 2011). I folkehelsearbeidet er denne typen tiltak hyppigst benyttet (Helsedirektoratet, 2010). Bakgrunnen for dette strategivalget er at mye vil skje dersom mange gjør litt. Hvis én gjør mye, vil lite skje på befolkningsbasis (Øverby et al., 2011). Likevel viser en studie som undersøkte virkningen av 28 ulike kampanjer forbundet med FA, at mange kjente til de store massemedia-kampanjene, men at disse ikke påvirket atferd forbundet med FA. De mindre intervensjonene var derimot effektive i kortsiktig atferdsendring (Marcus et al., 1998). For at tiltak og kampanjer skal treffe en målgruppe bør de skreddersys, og kjennetegn på målgruppen i forhold til FA må kartlegges. Relevante kjennetegn er alder, kjønn, utdanningsnivå, inntekt og bosted (Marcus et al., 1998). *Kunnskap* er en viktig faktor for atferdsendring. Spesielt kjennskap til spesifikke retningslinjer, og kunnskap om hva og hvordan atferden kan endres er vesentlig. Kunnskap er kanskje ikke tilstrekkelig i seg selv, men absolutt nødvendig for å ta helserelaterte avgjørelser (Moore et al., 2010).

3.0 Metode

3.1 Metodevalg

Denne studien har en empirisk tilnærming. Empirisk forskning setter søkelys på aktuelle problemstillinger. Dette krever metoder som gjør det mulig å oppdage, kartlegge, beskrive og analysere. Den kvantitative empiriske forskningen beskriver, kartlegger, analyserer og forklarer ved å uttrykke problemstillingen med variabler og kvantitative størrelser. Empirisk forskning samler inn primærdata gjennom observasjon, intervju eller spørreskjema (Befring, 2007).

Spørreskjema ble valgt som metode for innsamling av data ble, siden dette gir mulighet til å hente informasjon fra en større gruppe mennesker. Gjennom god standardisering gir det også mulighet for oversikt over ulike variabler og verdier (Dalland, 2007).

3.2 Utvalg

Totalt 192 respondenter deltok i undersøkelsen. Tre stykker ble ekskludert på grunn av manglende bakgrunnsvariabler (kjønn, alder og utdanning). Av de 189 gjenværende var det 83 kvinner og 106 menn.

Samtlige respondenter er sysselsatt på et utvalg arbeidsplasser i Sogndal kommune. Arbeidsplassene ble valgt med tanke på å få en jevn fordeling av ulike utdanningsnivåer. For å gjøre innsamlingsprosessen mest mulig tidseffektiv ble store arbeidsplasser med flere mulige respondenter, og flere små arbeidsplasser samlet på et sted valgt.

Sammenligner vi vårt utvalg med populasjonen som er sysselsatt i Sogndal kommune ser vi flere likhetstrekk. Tabell 1 viser prosentvis fordelingen av utdanningsnivå i Sogndal kommune (Statistisk sentralbyrå, 2001 a-d) og vårt utvalg. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå (2011) er gjennomsnittsalderen 41,6 år hos sysselsatte i Sogndal kommune. Dette samsvarer med vårt utvalg som har en gjennomsnittsalder på 40,7 år.

Tabell 3.1 Fordeling av utdanningsnivå i Sogndal kommune og vårt utvalg (Statistisk sentralbyrå, 2001a-d)

Utdanningsnivå	Sogndal kommune	Vårt utvalg
Grunnskole	8,9 %	9,5 %
Videregående skole	58,0 %	51,9 %
Universitets- høgskoleutdanning 1- >4år	32,3 %	38,6 %

3.3 Prosedyre for innsamling

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i løpet av fire dager i november 2012. Innsamling av data ble gjort på ulike arbeidsplasser i Sogndal kommune. Hos noen bedrifter ble det gjort avtaler på forhånd, på mindre arbeidsplasser og kontor møtte vi opp uanmeldt.

Hver enkelt respondent fikk muntlig forespørsel om å besvare spørreundersøkelsen.

Informasjon om tema, formål og omfang av undersøkelsen ble gitt muntlig. Denne informasjonen var også tilgjengelig på første side av spørreskjemaet, i tillegg til informasjon angående riktig utfylling (vedlegg 1). Alle spørreskjemaene har vi levert ut og samlet inn selv.

Vi var også tilgjengelig for eventuelle spørsmål respondentene måtte ha underveis. Ved to bedrifter gjorde vi avtale på forhånd, og gjennomførte undersøkelsen under en times lunsjpause. Der det var kontorer eller flere småbedrifter samlet på ett sted, gjorde vi undersøkelsen fortløpende. Spørreskjemaene ble levert ut til alle kontorer/butikker på stedet, og respondentene fikk tid til å besvare undersøkelsen. Deretter gikk vi samme runde og samlet inn spørreskjemaene. Respondentene var i besittelse av spørreskjemaet i 5-60 minutter.

3.4 Spørreskjema

Spørreskjemaet (vedlegg 1) besto av 18 spørsmål som omhandlet følgende hovedområder: relevante bakgrunnsvariabler (3 spørsmål), FA (7 spørsmål), kjennskap til anbefalingene for FA (4 spørsmål) og kjennskap til anbefalingene for frukt og grønt (4 spørsmål). Spørsmål 1-10 er hentet fra Kan1 (Anderssen et al., 2009), spørsmål 11 og 12 fra Helsedirektoratets Omnibusundersøkelse om FA (Helsedirektoratet, 2012) og spørsmål 13-18 har vi utarbeidet selv.

3.5 Pilot

Spørreundersøkelsen ble testet på 19 studenter fra *Idrett, fysisk aktivitet og helse B3* ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Resultater og tilbakemelding fra pilotundersøkelsen dannet grunnlag for noen endringer på spørreskjemaet.

3.6 Databehandling

Alle svar i spørreskjema ble kodet i tallverdier og manuelt registrert i Microsoft Excel 2010.

Besvarelser på enkeltspørsmål, hvor respondenter har avgitt svar uten at filterspørsmål tilsa at det skulle besvares ble ekskludert. Ved analyser på de ulike områdene i spørreundersøkelsen, ble respondenter med ubesvarte spørsmål på området utelatt fra den gitte analysen, men tatt med videre i de andre analysene. Det vil si at vi stod igjen med 185 respondenter på spørsmål om *kjennskap til anbefalingene for FA*, 170 respondenter på området *tilfredsstillelse av anbefalingene for FA*, 166 respondenter på området *tilfredsstillelse av FA i forhold til anbefalingene*, og 187 respondenter på spørsmål om *kjennskap til anbefalingene om frukt og grønt*. Resultatene er vist i forhold til det totale utvalget og sortert etter kjønn, utdanningsnivå og *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA. Alle data brukt i analyser er dobbeltsjekket opp mot spørreskjema.

3.7 Kategorisering av spørsmål

Kjennskap til anbefalingene for FA ble bestemt ved tre spørsmål. Det første spørsmålet avgjorde om man skulle besvare de to neste eller ikke. Generell kjennskap til anbefalingene ble kartlagt ved spørsmålet: «Helsemyndighetene har en tidsmessig daglig anbefaling om fysisk aktivitet for voksne og eldre for å oppnå helsegevinst. Kjenner du til den tidsmessige nasjonale helseanbefalingen for fysisk aktivitet?» (spørsmål 11, vedlegg 1) (svaralternativ ja eller nei). De som svarte «ja» ble klassifisert som *generell kjennskap* til anbefalingene for FA, og skulle videre besvare spørsmål som kartla *spesifikk* kjennskap til anbefalingene. For å kartlegge *spesifikk* kjennskap besvarte de som kjente til anbefalingene to spørsmål om varighet/frekvens og minimumsintensitet på FA. Varighet og frekvens skulle oppgis uten svaralternativ. En linje var satt av for å fylle ut «dager per uke», og en for å fylle ut «minutter per dag». Riktig svar ble bestemt som 7 dager per uke og 30 minutter per dag. Respondenter som valgte å la linjen for «dager per uke» stå tom, men likevel hadde svart

«30 minutter per dag» ble også registrert med riktig svar. Dette grunnet at svaret kan tolkes som 30 minutter daglig FA. Intensitet ble oppgitt med svaralternativene; lett anstrengende, middels anstrengende og meget anstrengende. Middels anstrengende var riktig svar. De som hadde riktig på både varighet/frekvens og intensitet, eller kun riktig på varighet/frekvens ble klassifisert som *spesifikk kjennskap* til anbefalingene for FA.

Beregning av tilfredsstillelse av anbefalingene for FA ble gjort med utgangspunkt i spørsmål 5-8 (vedlegg 1). Disse spørsmålene kartla antall dager og minutter i uken med både meget anstrengende og middels anstrengende FA. I to separate spørsmål skulle man oppgi hvor mange dager i løpet av de siste 7 dagene man hadde drevet med meget og middels anstrengende fysiske aktiviteter. For begge spørsmålene var det oppfølgingsspørsmål hvor man oppga hvor lang tid man brukte på denne type aktivitet på en vanlig dag. Dette ble oppgitt i timer og minutter, og i analysen omregnet til kun minutter. Alle som ikke hadde oppgitt timer/minutt for både meget og middels fysisk anstrengende aktivitet ble utelatt fra analysene. De som hadde oppgitt «ingen dager» for både meget og middels anstrengende aktivitet, er med i analysen med et aktivitetsnivå på 0 minutter. Besvarelser der meget anstrengende aktivitet kun var oppgitt i dager, ble antall dager multiplisert med 10 minutter. Dette grunnet at det var presisert i spørsmålsteksten at aktiviteten skulle ha en varighet på minst 10 minutter. Dette var kun i tilfeller der middels anstrengende aktivitet var oppgitt i timer/minutt. Respondenter som akkumulerte ≥ 210 minutter aktivitet per uke ble klassifisert som *tilfredsstiller anbefalingene for FA*.

I spørreskjema er det kategorisert seks ulike utdanningsnivåer, disse er slått sammen til tre nivåer i analysene. De to laveste utdanningsnivåene blir kalt *grunnskole (GS)*, de to midterste nivåene *videregående skoler (VGS)* og de to høyeste nivåene *høgskole- og universitetsutdanning (HUU)*.

Alle analyser er gjort ved bruk av Microsoft Excel 2010. Deskriptive data blir presentert som prosentandel, gjennomsnitt og standardavvik (SD), med mindre noe annet er oppgitt.

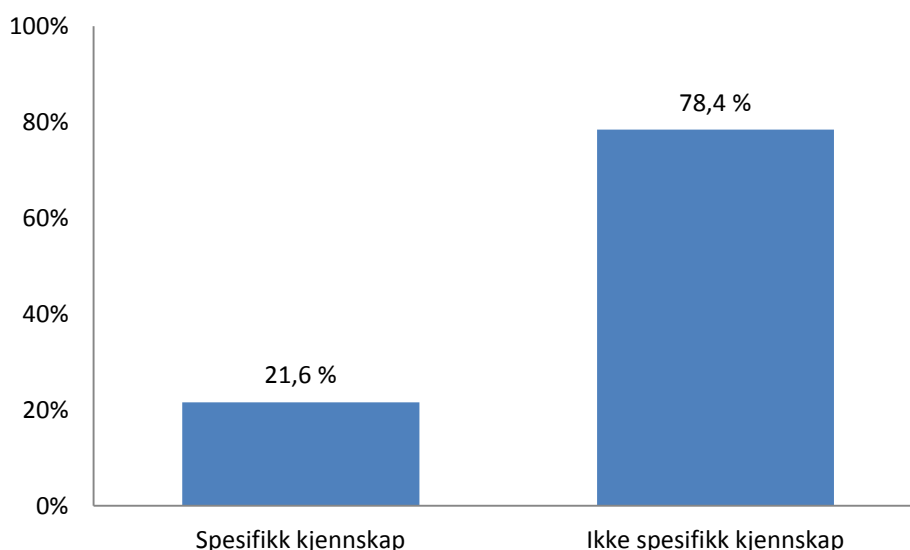
4.0 Resultat

4.1 Deskriptive data

Totalt ble N=189 besvarelser tatt med i undersøkelsen. Disse var fordelt på 43,9 % kvinner og 56,1 % menn. Gjennomsnittsalderen var 40,6 år \pm 13,9 år. Fordelt på utdanningsnivå var det 9,5 % i gruppen GS, 51,9 % i gruppen VGS, og 38,6 % i gruppen HUU.

4.2 Kjennskap til anbefalingene for FA

Fire personer svarte ikke på spørsmålene angående kjennskap til anbefalingene for FA. Dette gav oss et analysegrunnlag på n=185. Totalt var det 37,3 % som hadde *generell* kjennskap til anbefalingene for FA. De *spesifikke* anbefalingene var det 21,6 % som kjente til (figur 4.1).



Figur 4.1 Prosentvis fordeling av spesifikk kjennskap til anbefalingene for FA og ikke spesifikk kjennskap til anbefalingene

4.2.1 Kjennskap til anbefalingene for FA fordelt på kjønn

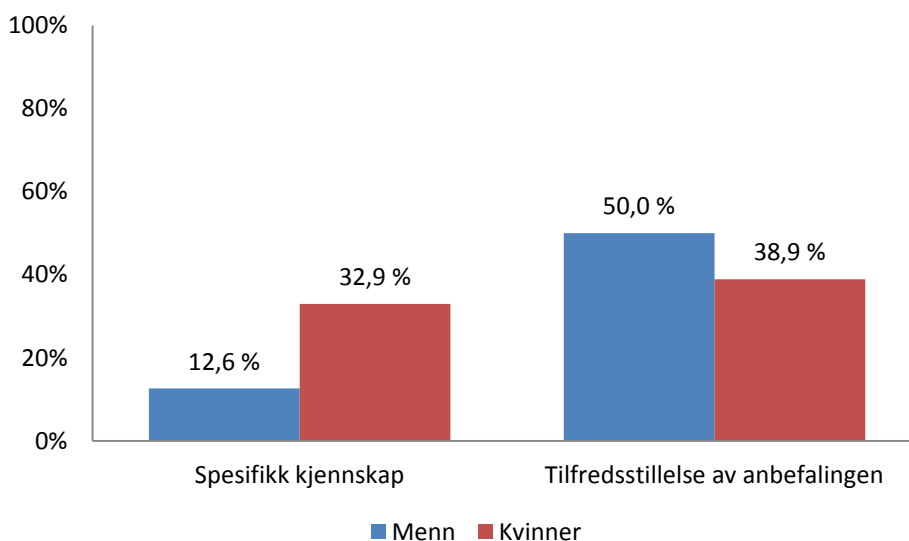
Analyser gjort på kjønn viste at 53,7 % av kvinnene hadde *generell* kjennskap til anbefalingene for FA, mot mennenes 24,3 %. De som kunne gjengi den *spesifikke* anbefalingen for FA utgjorde 32,9 % kvinner og 12,6 % menn (figur 4.2).

4.2.2 Kjennskap til anbefalingene for FA fordelt på utdanningsnivå

Kjennskapen til anbefalingene for FA fordeler seg noe ulikt innad i de tre utdanningsnivåene. I HUU (n=73) kjente 52,1 % til de *generelle* anbefalingene for FA, mot 25,3 % i VGS (n=95) og 41,2 % i GS (n=17). Ser vi på *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA er det 38,4 % som kjenner til anbefalingene i HUU, 10,5 % i VGS og 11,8 % i GS.

4.3 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA

Av det totale utvalget var det 170 respondenter med komplette data på spørsmålet som omhandlet tilfredsstillelse av anbefalingene for FA. De som var fysisk aktive i ≥ 210 minutter/uke, og dermed tilfredsstilte anbefalingene for FA, utgjorde 50,6 %. Flere menn (50,0 %) enn kvinner (38,9 %) tilfredsstilte anbefalingene. Figur 4.2 viser tilfredsstillelse av anbefalingen for FA og for *spesifikk* kjennskap til anbefalingene fordelt på kjønn. Innad i utdanningsnivåene fordelte tilfredsstillelse av anbefalingene seg slik: 72,2 % av de i GS tilfredsstilte den, 48,8 % i VGS og 47,1 % i HUU.



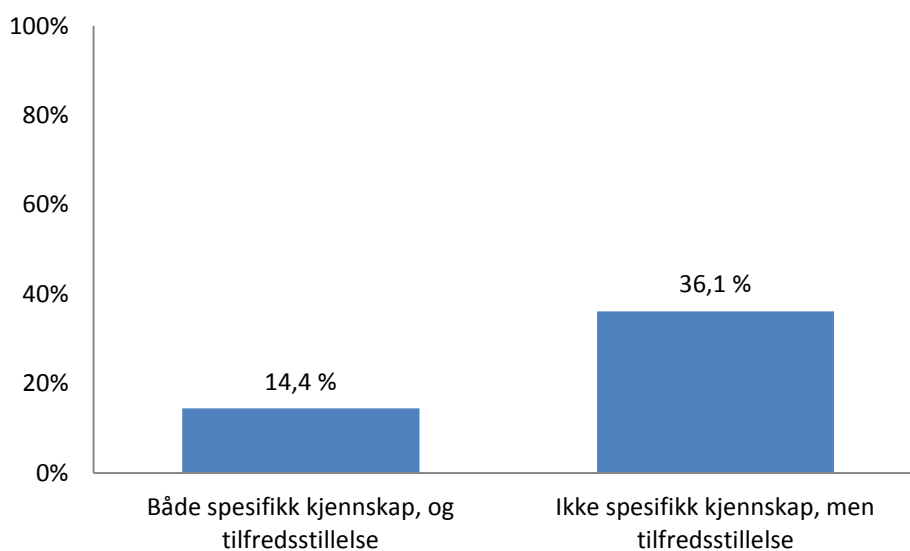
Figur 4.2 Spesifikk kjennskap til og tilfredsstillelse av anbefalingene for FA fordelt på kjønn

4.4 Tilfredsstillelse av og kjennskap til anbefalingene for FA

Totalt var det 166 personer som hadde komplette data på både kjennskap til anbefalingene for FA og hadde svart på spørsmålene om tilfredsstillelse av anbefalingene. I det videre datamaterialet er det kun vist resultater i forhold til den *spesifikke* kjennskapen til anbefalingene for FA.

Resultatene viste at av disse 166 var det 36,1 % som *ikke* hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA, men som tilfredsstilte anbefalingene (figur 4.3). Av disse var 21,9 % kvinner og 43,3 % menn. Fordelt innad i utdanningsnivå var det henholdsvis 23,5 % fra GS, 7,3 % fra VGS og 1,5 % fra HUU som ikke hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA, men som tilfredsstilte anbefalingene.

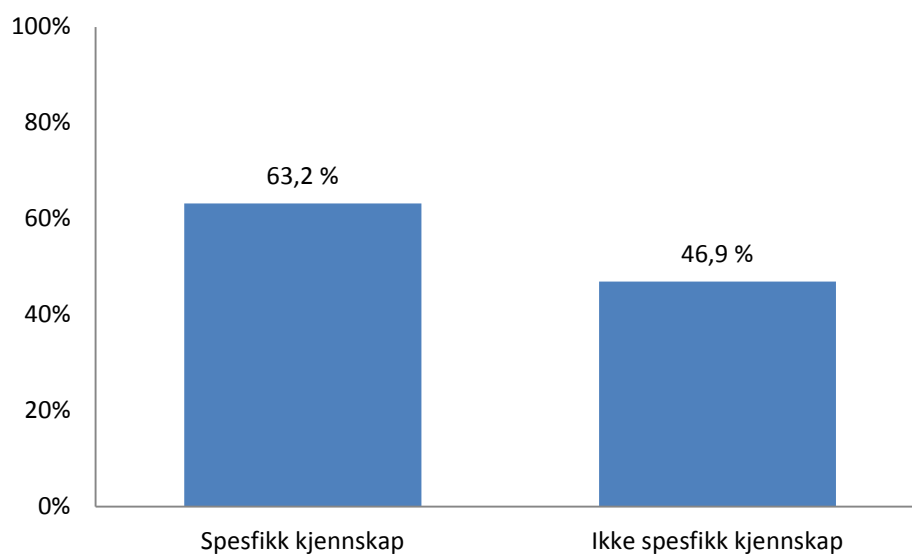
De som *både* kjente til de *spesifikke* anbefalingene for FA og tilfredsstilte anbefalingene, utgjorde totalt 14,4 % av utvalget (figur 4.3). Av disse var 21,9 % kvinner og 8,6 % menn. I forhold til utdanningsnivå utgjorde dette henholdsvis 5,9 % fra GS, 9,8 % fra VGS og 22,4 % fra HUU.



Figur 4.3 Prosentandel som tilfredsstillte anbefalingene fordelt på spesifikk og ikke spesifikk kjennskap til anbefalingene for FA

4.4.1 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA fordelt på *spesifikk* og ikke *spesifikk* kjennskap

Figur 4.4 viser at blant de 38 respondentene som kjente til de *spesifikke* anbefalingene for FA, var det 63,2 % som var fysisk aktiv i henhold til anbefalingene for FA. Av de resterende 128 respondentene, som ikke kjente til anbefalingene, tilfredsstilte 46,9 % anbefalingene for FA.



Figur4.4 Andel som tilfredsstiller anbefalingen av de med spesifikk og ikke spesifikk kjennskap

I gruppen med *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA, er 61,5 % av kvinnene og 66,7 % av mennene tilstrekkelig aktive. I den andre gruppen, som ikke kjenner til de *spesifikke* anbefalingene for FA, tilfredsstiller 34,0 % av kvinnene og 54,3 % av mennene anbefalingene.

5.0 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Blant et utvalg sysselsatte i Sogndal kjenner 21,6 % til Helsedirektoratets anbefalinger for FA. Videre var en av to tilstrekkelig fysisk aktive i henhold til anbefalingene. Blant de som rapporterte at de hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA var 63,2 % tilstrekkelig aktive, og blant de som ikke hadde *spesifikk* kjennskap til anbefalingene var 46,9 % tilstrekkelig aktive.

5.2 Kjennskap til anbefalingene for FA

Kun en av fem sysselsatte i Sogndal kjenner til Helsedirektoratets anbefalinger for FA. Kjennskapen til anbefalingene er generelt lav, og våre funn samsvarer med lignende studier både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektoratet, 2012; Moore et al., 2010).

Sammenligner vi våre funn med resultater fra Helsedirektoratets årlige Omnibusundersøkelse, finner vi en noe lavere kjennskap blant de sysselsatte i Sogndal kommune. I 2009 kjente 27 % av den norske befolkningen til anbefalingene for FA (Helsedirektoratet, 2012). I Sogndal kommune kjente 21,9 % av de sysselsatte til anbefalingene i 2012. Ser vi derimot lengre tilbake i tid samsvarer våre funn bedre med de nasjonale resultatene fra 2006, som viste at kjennskapen til anbefalingene for FA var på 20 % (figur 2.2) (Helsedirektoratet, 2012). Omnibusundersøkelsen ble gjennomført over telefon, mens vår undersøkelse ble foretatt skriftlig. Mens den nasjonale kartleggingen omfattet hele den voksne befolkningen i Norge, begrenset vår populasjon seg til sysselsatte i Sogndal kommune. En viktig likhet ved undersøkelsene er at identiske spørsmål ble benyttet i kartleggingen av kjennskap til anbefalingene for FA. Verken resultat eller deskriptiv informasjon om Omnibusundersøkelsen er tilgjengelige for allmennheten. Datamaterialet fra undersøkelsen er gjort tilgjengelig for oss gjennom direkte kommunikasjon med Helsedirektoratet. Ettersom vi vet lite om metodikken i Omnibusundersøkelsen, vanskeligjøres sammenligningen. Forskjellen i kjennskap kan skyldes ulikheter i innhenting av data, ulike populasjoner, eller at kjennskapen til anbefalingene for FA er lavere i Sogndal enn landsgjennomsnittet. En annen mulighet er generell nedgang i kjennskap til anbefalingene for FA nasjonalt, noe våre funn muligens gjenspeiler. Omnibusundersøkelsen viste også at kjennskapen til anbefalingene for FA var

lavere i Sogn og Fjordane enn på landsbasis (Helsedirektoratet, 2012), noe som også kan forklare forskjellen vi fant. Samtidig er utvalget vårt representativ for populasjonen i Sogndal kommune (tabell 3.1), og på grunnlag av dette kan vi konkludere at 21,9 % av de sysselsatte i Sogndal kjenner til anbefalingene for FA.

Selv om den *spesifikke* kjennskapen til anbefalingene for FA var lavere enn landsgjennomsnittet i Omnibusundersøkelsen i 2009 (Helsedirektoratet, 2012), var den *generelle* kjennskapen til anbefalingene nesten identisk. Både Omnibusresultatene fra 2009 og våre resultater viser at omtrent 37 % har *generell* kjennskap til anbefalingene for FA. Andelen av de med *generell* kjennskap som kan spesifisere at anbefalingen er 30 minutter per dag, er derimot lavere blant de sysselsatte i Sogndal kommune sammenlignet med det nasjonale utvalget i Omnibusundersøkelsen. I Sogndal kunne 58 % gjengi de *spesifikke* anbefalingene for FA, mot 75 % på nasjonal basis. Helsedirektoratet har målt kjennskapen i alle år fra 2005 til 2009. Uavhengig av hvor mange som har oppgitt at de kjenner til anbefalingene for FA *generelt*, har mellom 70 % og 82 % kunnet gjengi anbefalingen *spesifikt* (Helsedirektoratet, 2012). Noe av forskjellene kan muligens forklares med de ulike innsamlingsmetodene. Selv om vi hadde personlig kontakt med respondentene og var tilgjengelige, fikk vi svært få henvendelser. Omnibusundersøkelsen benyttet telefonintervju som gir en mulig økt opplevelse av anonymitet, samtidig som man hele tiden har verbal kontakt (Dalland, 2007). På denne måten kan det være lettere å spørre ved eventuelle uklarheter. Det kan også ha vært uklarheter rundt spørsmålene som kartla kjennskapen til FA, som gjør at vi finner forskjell i andel som kunne gjengi anbefalingene.

Sammenligner vi dataene med hensyn på kjønn, finner vi store forskjeller. Funnene viser at kvinner har langt høyere kjennskap til anbefalingene enn menn. Lignende resultater er rapportert i Omnibusundersøkelsen både på *generell* og *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for FA (Helsedirektoratet, 2012). Kvinnene i Sogndal hadde imidlertid større kjennskap til anbefalingene for FA enn landsgjennomsnittet, mens menn hadde lavere kjennskap til anbefalingene sammenlignet med de nasjonale resultatene. Kjønnforskjellen ser derfor ut til å være større i Sogndal enn på nasjonal basis. For å øke kunnskaper og evner er utdanning en viktig faktor (Galobardes et al., 2006). I vårt utvalg er det nesten bare menn blant de lavest utdannede, hvilket kan forklare at vi finner større kjønnsforskjeller enn

Omnibusundersøkelsen. Hadde den laveste utdanningsgruppen hatt en jevnere fordeling av kjønn, ville muligens kjønnsforskjellen i kjennskap til anbefalingene for FA vært mindre.

5.3 Tilfredsstillelse av anbefalingene for FA

Ved vurdering av tilfredsstillelse av anbefalingene for FA, er det viktig å ta i betraktning målemetoden vi har benyttet. Det fysiske aktivitetsnivået er målt subjektivt med spørreskjema. Studier som har benyttet subjektive målemetoder for FA har gjennomgående funnet et mye høyere aktivitetsnivå, sammenlignet med studier hvor man har estimert aktivitetsnivået med objektive målemetoder (Anderssen et al., 2009; Anderssen og Andersen, 2003; Hagströmer et al., 2007; Troiano et al., 2007).

Halvparten av de sysselsatte i vår undersøkelse tilfredsstiller anbefalingene for FA. Funnene viser at flere menn enn kvinner er tilstrekkelig fysisk aktive. Dette er i tråd med tidligere studier som har brukt subjektive målemetoder for å kartlegge FA (Anderssen et al., 2009; Anderssen og Andersen, 2003). Tradisjonelt er menn rapportert å være i mer FA enn kvinner (Trost et al., 2002). Objektive kartleggingsmetoder har derimot vist en jevnere fordeling mellom kjønnene, og i Kan1-studien var signifikant flere kvinner enn menn tilfredsstillende fysisk aktive (Anderssen et al., 2009). Våre resultater sett i sammenheng med andre studier indikerer at respondentene overrapporterer sitt fysiske aktivitetsnivå, og menn i større grad enn kvinner.

Utdanning er en viktig determinant for kunnskapsmessig kompetanse (Lynch et al., 1998), oppfattelse av egen helse og økt kjennskap til rundt det som fremmer helse (Galobardes et al., 2006). I Kan1 benyttet man utdanning og inntekt som mål på deltakernes sosioøkonomiske status (Anderssen et al., 2009). Deres og andres resultat har vist at de med høy utdanning er mer fysisk aktive enn de med et lavere utdanningsnivå (Anderssen et al., 2009; Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2007; Helsedirektoratet, 2012; Næss et al., 2007). Våre funn samsvarer derimot ikke med dette. Vi fant at flere i den laveste utdanningsgruppen tilfredsstilte anbefalingene for FA, sammenlignet med de to høyere gruppene som var omtrent like. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet grunnet et veldig begrenset antall respondenter i den laveste utdanningsgruppen. Selv om prosentandelen som tilfredsstiller anbefalingen er høy, er ikke det reelle antallet høyt. Seleksjonsskjevheter kan gjøre at vi har inkludert de aller sprekeste fra dette utdanningsnivået.

5.4 Tilfredsstillelse av og kjennskap til anbefalingen for FA

Få studier har tatt for seg i hvilken grad befolkningen tilfredsstiller anbefalingene for FA, med hensyn på om de kjenner til dem eller ikke. Vi ønsket å undersøke om kjennskap til anbefalingene var en viktig variabel i forhold til å oppfylle anbefalingene for FA eller ikke. I våre analyser har vi valgt å kun ta hensyn til den *spesifikke* anbefalingen for FA, fordi vi ikke anser den *generelle* kjennskapen til å gi tilstrekkelig god informasjon. Ved å ha en *generell* kjennskap vet du at anbefalingen finnes, men dersom man skal ha et bevisst forhold til utførelse av anbefalingene, må man vite innholdet i dem. Det er vesentlig å vite at 30 minutter daglig FA, med minimum moderat intensitet, er de gjeldende retningslinjer. Uten denne informasjonen kan man ikke ta et bevisst valg om å følge anbefalingene.

Over halvparten av de som tilfredsstiller anbefalingene for FA, har *ikke* kjennskap til de *spesifikke* retningslinjene (figur 4.3). Dette kan tyde på at kjennskap til anbefalingene ikke har noe å si for befolkningens aktivitetsnivå, og anbefalingene for FA ser ut til å være en uavhengig faktor i forhold til å være tilstrekkelig fysisk aktiv. Kjennskap til anbefalingene og tilstrekkelig FA vil derimot ikke kunne overstige ca. 20 %, da dette er andelen av befolkningen som kjenner til den *spesifikke* anbefalingen for FA. Produktet vil aldri bli større enn den minste variabelen i beregningen. I likhet vil de som *ikke* kjenner til den *spesifikke* anbefalingen, men som er tilstrekkelig fysisk aktiv, ikke kunne overstige ca. 50,0 % som er andelen som er tilstrekkelig fysisk aktiv.

Vurderer man aktivitetsnivået ut ifra om man kjenner til anbefalingene for FA eller ikke, viser resultatene at 6 av 10 er tilstrekkelig fysisk aktive blant de som kjenner til anbefalingene, mens 5 av 10 er tilstrekkelig aktive uten å kjenne til anbefalingen. Kunnskap om anbefalingene for FA kan utgjøre en liten forskjell på aktivitetsnivået, men forskjellen er for liten til å trekke noen klare slutninger. Kunnskap kan muligens ha betydning for atferd, men er antageligvis ikke den eneste relevante faktoren. Det er likevel trolig nødvendig med kunnskap for å kunne ta helserelaterte avgjørelser (Moore et al., 2010). Vi kan imidlertid ikke vite om de som *både* kjenner til og tilfredsstiller anbefalingene for FA har tatt en bevisst avgjørelse om å være tilstrekkelig aktive. De fleste som tilfredsstiller anbefalingene for FA, gjør dette uten å kjenne til dem. Siden dette er en tverrsnittstudie, har vi ikke grunnlag for å

vurdere hva som er årsak og hva som er virkning. Tilfeldigheter kan avgjøre om de som kjenner til anbefalingene er tilstrekkelig fysisk aktive eller ikke.

Sammenlignbare funn i andre studier er inkonsistente. Plotnikoff et al. (2011) fant signifikant sammenheng mellom *spesifikk* kjennskap og tilfredsstillelse. Samtidig fant en annen studie (Cameron et al., 2007) at de med kjennskap *ikke* hadde større sannsynlighet for å oppfylle anbefalingene for FA, noe som samsvarer best med våre funn.

Det er allerede fastslått at en større andel kvinner enn menn kjenner til anbefalingene for FA, mens det er flere menn enn kvinner som er tilstrekkelig aktive. Sannsynligheten for at de samme både har kjennskap til og tilfredsstillende anbefalingene for FA er derfor i utgangspunktet svak. Totalt er det langt færre som kjenner til anbefalingene for FA, sammenlignet med antall som tilfredsstillende anbefalingene. Blant de som allerede kjenner til anbefalingene for FA, er andelen av menn som tilfredsstillende anbefalingene like stor som andelen av kvinner som tilfredsstillende de. Men hos de som ikke kjenner til anbefalingene, er andelen av menn som tilfredsstillende anbefalingen for FA større enn andelen av kvinner som gjør det samme.

5.5 Kampanjer og tiltak

Som tilleggsmateriale var to spørsmål om kjennskapet til anbefalingene for frukt og grønt inkludert i spørreundersøkelsen (vedlegg 1). Hensikten var å finne eventuelle forskjeller mellom kjennskapet til anbefalingene for FA, og kjennskapet til anbefalingene for frukt og grønt. Helsedirektoratet samarbeider med bransjen om effektive tiltak for å øke forbruket av grønnsaker, frukt og bær (Helsedirektoratet, 2011a), men vi savner god promotering av anbefalingene for FA. Gjennom ulike kampanjer er uttrykket «5 om dagen» godt frontet i media (Bama, 2012; Opplysningskontoret for frukt og grønt, 2012), noe anbefalingene om FA også bør være. Helsedirektoratet samarbeider med ulike samfunnsaktører (Helsedirektoratet, 2011b), men slik vi ser det når ikke denne informasjonen ut til befolkningen.

Resultatene fra tilleggsspørsmålene viste at 74,9 % har *generell* kjennskap til Helsedirektoratets anbefalinger for frukt og grønt. På kontrollspørsmål om hvor mange porsjoner man skal ha i løpet av en dag, svarte hele 92,1 % av disse riktig (5 porsjoner daglig). Til sammenligning var det 37,3 % som kjente til den *generelle* anbefalingen for FA, og bare

58,0 % av disse svarte riktig på oppfølgingsspørsmålet om frekvens og varighet.

Sammenligner vi resultatene finner vi at 21,9 % har *spesifikk* kjennskap til anbefalingen for FA, mens hele 69,0 % har *spesifikk* kjennskap til anbefalingene for frukt og grønt.

Funnene impliserer at gjennom effektive universelle tiltak vil man kunne påvirke kjennskapen i befolkningen. Vi har imidlertid ikke undersøkt hvor mange av de som kjenner til anbefalingene for frukt og grønt, som faktisk følger disse retningslinjene. For FA har vi funnet at selv med kjennskap til anbefalingene, er det ikke gitt at man følger dem. Kunnskap er en viktig faktor for atferdsendring, men sannsynligvis ikke det eneste som er av betydning (Moore et al., 2010). Dersom man er ute etter å øke kjennskapen er det vist at store kampanjer er effektive (Marcus et al., 1998), og i det nasjonale folkehelsearbeidet er slike befolkningsrettede tiltak mest benyttet (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig har slike tiltak vist seg å ikke påvirke atferd for FA (Marcus et al., 1998). For å fremme kjennskapen til anbefalingene for FA kan universelle tiltak være mest effektive. På den andre siden er det vist at mindre intervensjoner kan være mer effektive i atferdsendring sammenlignet med større tiltak (Marcus et al., 1998). Dersom man også ønsker å påvirke aktivitetsnivået i befolkningen kan det derfor være hensiktsmessig å benytte selektive, grupperettede tiltak. Det kan være gunstig med en kombinasjon av universelle og selektive tiltak for å øke både kjennskap til og tilfredsstillelse av anbefalingene for FA.

5.6 Vurdering av metode

Metoden vi valgte gav oss mulighet til å undersøke en større gruppe individer. Det var få kostnader ved bruk av spørreskjema og innsamling av data gikk hurtig. Ved anvendelse av en objektiv målemetode, for eksempel akselerometer, ville vi antageligvis fått riktigere målinger for fysisk aktivitetsnivå, men dette er både kostbart og tidkrevende. Antall respondenter måtte dermed vært lavere, noe som ville gitt oss et dårligere utgangspunkt i måling av kjennskapen til anbefalingene for FA. Et lite utvalg ville i tillegg truet generalisbarheten av de sysselsatte i Sogndal, og derfor var det nødvendig med et høyt antall respondenter.

En styrke med studien er at utvalget var representativt for den populasjonen vi ønsket å kartlegge. Det er viktig å påpeke at med den sysselsatte befolkningen i Sogndal, menes ikke personer bosatt i Sogndal, men personer som arbeider der. Vi har ikke kartlagt bosted i

undersøkelsen, noen respondenter kan derfor være bosatt i andre kommuner. Arbeidsplassene som ble valgt var i tillegg av ulike størrelser, og derfor var også antall respondenter fra hver arbeidsplass svært ulik. Noen steder der vi gjennomførte spørreundersøkelsen satt respondentene samlet, og besvarelsene kan derfor ha blitt diskutert med andre deltagere.

Spørsmålene i spørreskjemaet ble delvis hentet fra andre undersøkelser, en skriftlige og en muntlig, og delvis utarbeidet selv. Spørsmål ble blant annet hentet fra Omnibusundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2012) for å muliggjøre sammenligning. Underveis i spørreskjemaet ble relevante begrep definerte for at respondentene skulle ha et mest mulig likt utgangspunkt når de tolket spørsmålene.

Svaret på et spørsmål kan påvirkes sterkt av hvilke andre spørsmål som stilles forut (Jacobsen, 2005). For å unngå at respondentene ble påvirket av anbefalingene for FA (på 30 minutter/dag) når de besvarte spørsmål om *gjennomført FA*, ble spørsmålene om anbefalingene plassert etter spørsmålene om FA.

Fire spørsmål ble benyttet for å bestemme om respondentene tilfredsstilte anbefalingene for FA eller ikke (vedlegg 1). Flere oppga at de var aktive flere dager i uken, men unnlot å oppgi hvor mange timer/minutter dette var, og krysset heller av for kategorien «vet ikke/husker ikke». Det gjorde det umulig å estimere om de tilfredsstilte anbefalingene for FA eller ikke. Bare spørsmålene om *meget* anstrengende aktivitet var avgrenset til minst 10 minutter sammenhengende varighet. På spørsmålet angående *middels* anstrengende aktivitet har vi derfor ikke grunnlag for å vite om aktiviteten er gjennomført med aktivitetsbolker på minst 10 minutter, og dermed tilfredsstillende anbefalingene.

I ettertid ser vi at kategorien «vet ikke/husker ikke» kanskje burde vært fjernet fra spørsmål 6 og 8 (vedlegg 1). Da ville vanskelighetene med å ikke ha tilfredsstillende data på estimering av aktivitetsnivå vært unngått. Ved å oppgi en slik kategori inviterer man respondenten til å ikke svare på spørsmålene (Jacobsen, 2005), og de slipper å ta stilling til hvor mye de egentlig har vært i aktivitet den siste uken. Det kan ofte være lettere å ikke svare, enn å tenke gjennom hva man skal svare. Samtidig kan det være vanskelig å huske tilbake i tid, og ved å inkludere dette svaralternativet kunne vi unngå feilrapporteringer.

5.7 Veien videre

Ingen studier i Norge har tidligere tatt for seg om befolkningen tilfredsstillende anbefalingene for FA med hensyn på om de har kjennskap til dem eller ikke. Metodiske svakheter påpekt i diskusjonsdelen gjør at videre forskning er interessant. For å få et mer presist bilde på fysisk aktivitetsnivå, bør fremtidig kartlegging anvende objektive målemetoder for FA.

Eksperimentelt studiedesign med kartlegging av fysisk aktivitetsnivå, pre og post et tiltak (informasjon om anbefalingen for FA), danner grunnlag for vurdering av årsak og virkning. En eventuell sammenheng mellom variablene kan danne grunnlag for om det er hensiktsmessig å promotere anbefalingene for FA eller ikke.

6.0 Konklusjon

Kjennskapen til anbefalingene for FA blant sysselsatte i Sogndal kommune er lav; bare en av fem kjenner til anbefalingene. Det er flere som tilfredsstillere anbefalingene for FA enn som kjenner til dem. Anbefalingene har altså ingen betydning for om man er tilfredsstillende fysisk aktiv, uavhengig av hvor vidt man kjenner til anbefalingene eller ikke.

Litteraturliste

- ACSM (1990) Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in health adults. s. 265-274 I: *Med Sci Sports Exerc.* Vol. 22 Nr. 2
- Anderssen, S.A. & Andersen, L.B. (2003) *Rapport: Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003. Data basert på spørreskjema «International Physical Activity Questionnaire».* [Oslo: Sosial- og helsedepartementet]
- Anderssen, S.A., Hansen, B.H., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., m.fl. (2009) *Rapport: Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009* Oslo: Helsedirektoratet
- Anderssen, S.A & Strømme, S.B. (2001) Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger. s. 2037-2041 I: *Tidsskr Nor Lægeforen* Nr. 17 Vol. 121
- Arntzen, A. (2002) Mål på sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. s. 11-17 I: *Norsk Epidemiologi* Vol.12
- Bama (2012) Nytt om 5 om dagen [Online] Tilgjengelig fra http://www.bama.no/eway/default.aspx?pid=241&trg=MainLeft_6227&Main_4489=6124:0:10,2215&MainLeft_6227=6181:1655032::0:6231:6:::0:0 [16.12.2012]
- Becker, W., Pedersen, A., Lyhne, N., Aro, A., m.fl. (2004) Nordic Nutrition 2004 Recommendations. Integrating nutrition and physical activity. I: *Nordic Nutrition 2004 Recommendations* Vol. 48 Nr.4
- Befring, E. (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk.* Oslo: Det Norske Samlaget
- Bennett, G.G., Wolin, E.M., Puleo, E.M., Mâsse, L.C., m.fl. (2009) Awareness of National Physical Activity Recommendations for Health Promotion among US Adults. s. 1849-1855 I: *Med Sci Sports Med* Vol. 41 Nr.10

- Blair, S.N., LaMonte, M.J. & Nichaman, M.Z. (2004) The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? s. 9135-9205 I: *Am J Clin Nutr* Vol. 79 No. 5
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., Craighead, E., m.fl. (1999) Effects of Exercise Training on Older Patient With Major Depression. s. 2349-2356 I: *Arch Intern Med* Vol. 159 Nr. 19
- Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (1994) The Consensus Statement I: Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (red) *Physical Activity, Fitness, and Health* s. 9-76 USA: Human Kinetics Publishers
- Cameron, C., Craig, C.L., Bull, F.C. & Bauman, A. (2007) Canada's physical activity guides: has their release had an impact? s. 161-169 I: *Can J Public Health*. Vol. 98 Nr.2
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985) Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research s. 126-131 I: *Public Health Reports*. Vol. 100 Nr. 2
- Cavill, N. & Baumann, A. (2004) Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? s. 771-790 I: *Journal of Sports Sciences* Vol. 22 Nr.8
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2007) *St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W., m.fl. (2006) Indicators of socioeconomic position (part 1) s. 7-12 I: *J Epidemiol Community Health*. Vol. 60 Nr. 1
- Hagströmer, M., Oja, P. & Sjöström M.(2007) Physical activity and inactivity in an adult population assessed by accelerometry. s. 1502-1508 I: *Med Sci Sports Exerc*. Vol. 39 Nr.9

- Haskell, W.L. (1994) Health consequences of physical activity: understanding and challenges regarding dose-response. s. 649-660 I: *Med Sci Sports Exerc* Vol. 26 Nr.6
- Haskell, W.L. (2007) Dose-Response Issues in Physical Activity, Fitness, and Health I: Bouchard, C., Blair, S.N. & Haskell, W. (red) *Physical Activity and Health* s. 303-318 USA: Human Kinetics
- Haskell, W.L., Blair, S.N. & Hill, J.O. (2009) Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy s. 280-282 I: *Preventive Medicine*. Vol. 49 Nr. 4
- Haskell, W.L., Lee, I-M., Pate, R.R., Blair, S.N., m.fl. (2007) Physical activity and Public Health: Updated recommendations for adults from the American college of sports medicine and the American heart association. s. 1423-1434 I: *Med Sci Sports Exerc* Vol. 39 Nr.8
- Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeid – veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2011a) Grønnsaker, frukt og bær [Online] Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/tall-og-undersokelser/utviklingen-i-norsk-kosthold/Sider/gronnsaker-frukt-og-ber.aspx> [18.12.2012]
- Helsedirektoratet (2011b) Fysisk aktivitet [Online] Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx> [18.12.2012]
- Helsedirektoratet (2012) *Resultater fra Omnibusundersøkelsen*. Personlig meddelelse per epost: Fatima Elkadi [30.11.2012]
- Jacobsen, D.I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Jansson, E. & Anderssen, S.A. (2008) Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I: Bahr, R. (red) *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* s. 37-44 Oslo: Helsedirektoratet

- Lee, I-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., m.fl. (2012) Effects of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy s. 219-229 I: *The Lancet* Vol. 380 Nr.98358
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., M.fl. (1998) Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. s. 1074-1080 I: *Am J Public Health* Vol. 88 Nr. 7
- Marcus, B.H., Owen, N., Forsyth, L.H., Cavill, N.A., m.fl. (1998) Physical Activity Interventions Using Mass Media, and Information Technology s. 362-378 I: *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 15 Nr. 4
- Martinsen, E.W. (2000) Fysisk aktivitet for sinnets helse. s. 3054-3056 I: *Tidsskr Nor Lægeforen* Vol. 120 Nr. 25
- Moore, L.V., Fulton, J., Kruger, J. & McDivitt, J. (2010) Knowledge og Physical Activity Guidelines Among Adults in the United States, HealthStyles 2003-2005 s. 141-149 I: *Journal of Physical Activity and Health* Vol. 7 Nr.2
- Nerhus, K.A., Anderssen, S.A., Lerkelund, H.E., Kolle, E. (2011) Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. s. 149-152 I: *Norsk Epidemiologi* Vol. 20 Nr.2
- Næss, Ø., Rognerud, M.A. & Strand, B.H. (2007) *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Ommundsen, Y. & Aadland, A.A. (2009) *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Oslo: Kreft foreningen, Helsedirektoratet & Norges bedriftsidrettsforbund
- Opplysningskontoret for frukt og grønt (2012) 5 om dagen – Smarte vaner [Online] Tilgjengelig fra <http://5omdagen.com/5-om-dagen/> [16.12.2012]
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W., m.fl. (1995) Physical Activity and Public Health. A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. s. 402-407 I: *JAMA*. Vol. 273 Nr. 5

Plotnikoff, R.C., Lippke, S., Johnson, S.T., Hugo, K., m.fl. (2011) Awareness of Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living in a Large Community Sample s. 294-297 I: *American Journal of Health Promotion* Vol. 25 Nr.5

Sosial- og Helsedirektoratet (2000) *Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet Nr.2

Spence, J.C., Plotnikoff, R.C. & Mummery, W.K. (2002) The Awareness and Use of Canadas's Physical Activity Guide to Healthy Active Living. s. 93-95 I: *Canadian Journal of Public Health* Vol. 5 Nr. 5

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2001) *Fysisk aktivitet og helse. Kartlegging*. [Oslo] Nr.1

Statistisk sentralbyrå (2001a) *Befolkning*. [Online] Tilgjengelig fra http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04249 [30.11.2012]

Statistisk sentralbyrå (2001b) *Befolkning*. [Online] Tilgjengelig fra http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04249 [30.11.2012]

Statistisk sentralbyrå (2001c) *Befolkning*. [Online] Tilgjengelig fra http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04249 [30.11.2012]

Statistisk sentralbyrå (2001d) *Befolkning*. [Online] Tilgjengelig fra http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04249 [30.11.2012]

Statistisk sentralbyrå (2011) *Arbeidsliv, yrkesdeltaking og lønn*. [Online] Tilgjengelig fra: http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=09106 [30.11.2012]

- Sælensminde, K. (2008) *Rapport: Positive helseeffekter av fysisk aktivitet – En konkretisering av veien mot mer fullstendige samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Helsedirektoratet
- Torstveit, M.K. & Olsen S.R. (2011) Fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet. I: Øverby, N.C., Torstveit, M.K., Høigaard, R. (red). *Folkehelsearbeid*, s.99 – 111. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.
- Troiano, R.P., Berrigan, D., Dodd, K.W., Mâsse, L.C., m.fl.(2007) Physical activity in the United States measured by accelerometer s. 181-188 I: *Med Sci Sports Exerc*. Vol. 40 Nr. 1
- Trost, S.G., Owen, N., Bauman (2002) Correlates of adults' participation in physical: review and update. s. 1996-2001 I: *Med Sci Sports Exerc* Vol. 34 Nr. 12
- U.S Department of Health and Human Services (2008) *Physical Activity Guidelines for Americans. Be Active, Healthy and Happy!* [Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention]
- Warburton, D.E.R., Katzmarzyk, R.E., Rhodes & Shephard, R.J (2007) Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. s. 16-68 I: *Appl Physiol Nutr Metab* Vol. 32 Nr. 2
- WHO (2012) *Physical activity*. [Online] Tilgjengelig fra:
http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ [13.12.2012]
- Øverby, N.C., Klungland, T. & Høigaard, R. (2011) Hva er folkehelse og folkehelsearbeid? I: Øverby, N.C., Torstveit, M.K. og Høigaard, R. (red.) *Folkehelsearbeid* s. 11-22
Kristiansand: Høgskoleforlaget AS

Vedlegg

Spørreundersøkelse

Kjære deltaker

Vi er to studenter fra Høgskulen i Sogn og Fjordane som i løpet av høstsemesteret skal skrive en bacheloroppgave innenfor *Idrett, fysisk aktivitet og helse*. Vi ønsker å kartlegge hvor mange av innbyggerne i Sogndal som kjenner til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet. Du kan bidra til denne kunnskapen gjennom å delta på denne spørreundersøkelsen.

Dette er en frivillig og anonym undersøkelse. Opplysninger du oppgir vil ikke kunne spores tilbake til deg. Avlagt informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Du har selvsagt anledning til å la være å besvare enkeltspørsmål.

Spørreundersøkelsen har 18 spørsmål, og tar 5-10 minutter å fylle ut.

Vennligst følg instruksene underveis.

- Ved avkrysning, sett ett kryss innenfor rammen av boksen ved det svaralternativet som passer best

Riktig

X Galt

Om du krysser av i feil boks, retter du det ved å fylle boksen slik

- Skriv tydelig **tall** på streken

 7

Riktig

 7

Galt

- Bruk **blokkbokstaver** hvis du skal skrive

A B C D E F G H

På forhånd takk for hjelpen!

Bakgrunnsinformasjon

1) **Kjønn:** Kvinne

Mann

2) **Fødselsår:** 19__ __

3) **Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?**

Mindre enn 7 år grunnskole

Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole eller folkehøgskole

Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2årig videregående skole

Artium, økonomisk gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole

Høgskole/universitet, mindre enn 4 år

Høgskole/universitet, 4 år eller mer

De neste spørsmålene omhandler fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet omfatter både:

- Fysisk aktivitet i hverdagen (i arbeid, fritid og hjemme, samt hvordan du forflytter deg til og fra arbeid og fritidssysler).
- Planlagte aktiviteter (gå på tur, svømming, dansing)
- Trening (for å bedre kondisjon, muskelstyrke og andre ferdigheter)

4) **Hvor mange timer den siste uken har du vært i fysisk aktivitet i hjemmet eller i tilknytning til hjemmet?** Det er kun alternativer som varer i minst 10 minutter i strekk som skal rapporteres

	Ingen	< 1 timer	1-2 timer	3-4 timer	>4 timer
Lett aktivitet – ikke svett/andpusten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard aktivitet – svett/andpusten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når du svarer på spørsmålene 5-8:

Meget anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *mye mer* enn vanlig
Middels anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *litt mer* enn vanlig

Det er kun aktiviteter som varer i **minst 10 minutter** som skal registreres

- 5) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med *meget anstrengende* fysiske aktiviteter som tunge løft, gravearbeid, aerobics eller sykle fort?** Tenk bare på aktiviteter som varer i *minst 10 minutter i strekk*

_____ dager per uke

Ingen (gå til spørsmål 7)

- 6) **På en vanlig dag hvor du utførte *meget anstrengende* fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?**

___ Timer ___ Minutter

Vet ikke/husker ikke

- 7) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med *middels anstrengende* fysiske aktiviteter som å bære lette ting, sykle eller jogge i moderat tempo eller mosjonstennis?** Ikke ta med gange, det kommer i annet spørsmål.

_____ dager per uke

Ingen (gå til spørsmål 9)

- 8) **På en vanlig dag hvor du utførte *middels anstrengende* fysiske aktiviteter, hvor lang tid brukte du da på dette?**

___ Timer ___ Minutter

Vet ikke/husker ikke

- 9) **Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager, gikk du *minst 10 minutter i strekk for å komme deg fra ett sted til et annet*?** Dette inkluderer gange på jobb og hjemme, gange til buss, eller gange som du gjør på tur eller som trening i fritiden

_____ dager per uke

Ingen

10) På en vanlig dag hvor du gikk for å komme deg fra et sted til et annet, hvor lang tid brukte du da totalt på å gå?

___ Timer

___ Minutter

Vet ikke/husker ikke

Når du svarer på spørsmålene 11-16:

Vennligst oppgi svar i dager, minutter og grad av intensitet:

Meget anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *mye mer* enn vanlig

Middels anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste *litt mer* enn vanlig

Lett anstrengende – er fysisk aktivitet som får deg til å puste vanlig

11) Helsemyndighetene har en tidsmessig daglig anbefaling om fysisk aktivitet for voksne og eldre for å oppnå helsegevinst. Kjenner du til den tidsmessige nasjonale helseanbefalingen for fysisk aktivitet?

Ja

Nei (gå til spørsmål 15)

12) Hva er den tidsmessige nasjonale daglige anbefalingen for fysisk aktivitet? (fyll ut begge)

___ dag(er) per uke

___ minutter per dag

13) Hvor høy intensitet skal denne aktiviteten minimum ha?

Lett anstrengende

Middels/moderat anstrengende

Meget anstrengende

14) Hvor har du fått disse opplysningene fra? Vennligst sett ett eller flere kryss for den (de) grunnen(e) som er riktige for deg

- Media; TV, radio og aviser
- Reklame/kampanjer
- Jobb, studier og skole
- Venner/familie/kolleger
- Treningscenter/idrettslag
- Helsedirektoratet
- Internett; Facebook, blogg, sosiale medier
- Vet ikke
- Annet: _____

15) Kjenner du til Helsedirektoratets anbefalinger for frukt og grønt?

- Ja Nei (spørreundersøkelsen er ferdig)

16) Hva er Helsedirektoratets anbefalinger for frukt og grønt? (Antall frukt og antall grønnsaker)

_____ porsjoner daglig

17) Kjenner du til hvordan dette bør fordeles mellom grønnsaker og frukt/bær?

- Ja (fyll ut under) Nei

_____ stk frukt/bær per dag

_____ stk grønnsaker per dag

18) Hvor har du fått disse opplysningene fra? Vennligst sett ett eller flere kryss for den (de) grunnen(e) som er riktige for deg

- Media; TV, radio og aviser
- Reklame/kampanjer
- Jobb, studier og skole
- Venner/familie/kollegaer
- Treningssenter/idrettslag
- Helsedirektoratet
- Internett; Facebook, blogg, sosiale medier
- Vet ikke
- Annet: _____

Tusen takk for hjelpen!

Vi setter stor pris på ditt bidrag!