

TILLIT OCH SJÄLVSKATTAD HÄLSA

En kvantitativ studie om vuxna svenskars sociala tillit, politiska tillit och självskattade hälsa

MALIN KLARIN

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Social tillit och politisk tillit är viktiga aspekter för samhällets funktion och självskattad hälsa är ett vedertaget sätt att undersöka populationshälsa. Olika former av tillit undersöks ibland som socialt kapital, ett kapital som anses ha samband med självskattad hälsa.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka vuxna svenskars fördelning av social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa samt huruvida det finns samband mellan å ena sidan social tillit respektive politisk tillit och å andra sidan självskattad hälsa.

Metod: Studien baseras på data från European Social Surveys undersökning, omgång 9 från år 2018. För att studera fördelning och samband genomfördes chi²-tester och logistiska regressioner på complex sample.

Resultat: Över 50 procent av svenskarna uppger hög social tillit och hög politisk tillit. 20 procent uppger dålig självskattad hälsa. Andelen personer med dålig självskattad hälsa minskade ju högre nivå av social tillit eller politisk tillit som uppgetts.

Slutsats: Det finns ett samband mellan olika aspekter av tillit och självskattad hälsa, något som möjligen kan förklaras med teorin om socialt kapital.

Nyckelord: Självskattad hälsa, Social tillit, Socialt kapital, Politisk tillit

ABSTRACT

Background: Social trust and political trust are important aspects for a functioning society and self-rated health is a recognized measure to determine population health. The different forms of trust are occasionally examined as social capital, a theory that is said to be connected with self-rated health.

Aim: The aim of the study is to examine the distribution of social trust, political trust and self-rated health, with any potential associations between aforementioned aspects of trust and self-rated health among Swedish adults.

Method: This study is based on data from the European Social Surveys inquiry, round 9 from the year 2018. To study the extent and association, chi-square-tests and logistical regression analyses were conducted on complex sample.

Results: Over 50 percent of the Swedish population reported a high social and political trust. 20 percent reported having bad self-rated health. The number of people with bad self-rated health diminished with the subsequent rise of social trust or political trust reported.

Conclusion: There is an association between different aspects of trust and self-rated health, something that can potentially be explained by the theory of social capital.

Keywords: Self-rated health, Social trust, Social capital, Political trust

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND OCH PROBLEMFÖRMULERING	1
2.1	Centrala begrepp	1
2.1.1	<i>Social tillit och politisk tillit</i>	1
2.1.2	<i>Hälsa och självskattad hälsa</i>	2
2.2	Ämnets relevans för folkhälsovetenskap	4
2.3	Tidigare studier om social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa	5
2.3.1	<i>Social tillit och politisk tillit i Sverige</i>	5
2.3.2	<i>Självskattad hälsa i Sverige</i>	5
2.3.3	<i>Samband mellan social tillit och självskattad hälsa</i>	6
2.3.4	<i>Samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa</i>	6
2.4	Teoretiskt perspektiv	7
2.4.1	<i>Socialt kapital – en kortfattad historik</i>	7
2.4.2	<i>Socialt kapital</i>	8
2.4.3	<i>Socialt kapital och hälsa</i>	8
2.5	Problemformulering	9
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
3.1	Frågeställningar	10
4	METOD OCH MATERIAL	10
4.1	Metodologisk ansats och forskningsdesign	10
4.2	Population och urval	11
4.3	Datinsamling	12
4.4	Variabler	13
4.4.1	<i>Oberoende variabler</i>	13
4.4.2	<i>Beroende variabel</i>	13
4.4.3	<i>Confounders</i>	14
4.5	Analysmetoder	15
4.5.1	<i>Vägning av data</i>	15

4.5.2	<i>Analyser</i>	16
4.6	Forskningsetiska ställningstaganden	17
5	RESULTAT	18
5.1	Svenskars fördelning av social tillit	18
5.2	Svenskars fördelning av politisk tillit	20
5.3	Svenskars fördelning av självskattade hälsa	21
5.4	Samband mellan social tillit och självskattad hälsa	22
5.5	Samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa	23
6	DISKUSSION	25
6.1	Metoddiskussion	25
6.1.1	<i>Metodvalsdiskussion</i>	25
6.1.2	<i>Urvalsdiskussion</i>	25
6.1.3	<i>Diskussion om datainsamling och datamaterial</i>	26
6.1.4	<i>Diskussion om variabler</i>	27
6.1.5	<i>Analysmetodsdiskussion</i>	28
6.1.6	<i>Diskussion om kvalitetskriterier</i>	29
6.1.7	<i>Forskningsetisk diskussion</i>	30
6.2	Resultatdiskussion	31
6.2.1	<i>Diskussion om svenskars fördelning av social tillit</i>	31
6.2.2	<i>Diskussion om svenskars fördelning av politisk tillit</i>	32
6.2.3	<i>Diskussion om fördelningen av svenskars självskattade hälsa</i>	33
6.2.4	<i>Diskussion om samband mellan social tillit och självskattad hälsa samt samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa</i>	34
6.3	Vidare forskning	35
7	SLUTSATS	36
	REFERENSLISTA	37

1 INLEDNING

Ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv är olika former av tillit viktiga aspekter för att samhället ska fungera (Holmberg & Rothstein, 2017) och tillit skapar förbindelser mellan människor som får konsekvenser, både positiva och negativa, (Verducci & Schröer, 2010) bland annat för hälsan (Abbott & Freeth, 2008). Självskattad hälsa är ett vedertaget sätt att undersöka hur olika populationer och grupper anser sig må (Fayers & Sprangers, 2002) vilket medför att även självskattad hälsa är väsentligt ur ett folkhälsoperspektiv. Då social tillit har visat sig påverkas av kontext (Holmberg & Rothstein, 2017), politisk tillit av politiska händelser (Catterberg & Moreno, 2005) och självskattad hälsa av historisk och kulturell kontext (Jylhä, 2009; Layes et al., 2012) är det väsentligt att undersöka dessa aspekter i svensk kontext.

Denna studie ämnar undersöka hur vuxna svenskars sociala tillit, politiska tillit och självskattade hälsa fördelar sig, samt även undersöka om det finns ett samband variablerna emellan. Tidigare studier har påvisat vissa samband mellan social tillit och självskattad hälsa (Holmberg & Rothstein, 2020) samt politisk tillit och självskattad hälsa (Mohseni & Lindström, 2008) men ingen svensk studie som undersöker social tillit (genom tillit till människor i allmänhet) och politisk tillit (genom tillit till Sveriges riksdag) samt självskattad hälsa har hittats. Tidigare studier som påträffats undersöker oftast enstaka eller liknande variabler och majoriteten med svensk eller liknande kontext är ofta från flera år tillbaka. Föreliggande studie baseras på data insamlad under år 2018 (European Social Survey [ESS], 2019a) vilket aktualiserar studien. Dessa aspekter innebär att det är relevant att undersöka social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa samt variablernas eventuella samband i Sverige.

2 BAKGRUND OCH PROBLEMFÖRMULERING

2.1 Centrala begrepp

2.1.1 *Social tillit och politisk tillit*

Tillit kan definieras som ”övertygelse om (någons) trovärdighet eller goda avsikter i förhållande till personen i fråga” (Nationalencyklopedin, n.d.). Tillit kan även beskrivas som tron på att behandlas med rättvisa oavsett om det är från vänner, främlingar, tjänstepersoner

eller politiker (Newton, 2007). Tillit innebär att människor vågar lita på att samhället fungerar, exempelvis genom att våga lämna barn i förskola och skola eller att en främling tillagar ens mat. Tillit innebär trygghet och säkerhet i samhället. Bristande eller utebliven tillit kan innebära oro och att privatpersoner i större utsträckning beväpnar sig (Holmberg & Rothstein, 2017).

Social tillit, även kallad generell tillit eller horisontell tillit (Newton, 2007), baseras på att kunna lita på att andra personer gör vad de förväntas göra. Det vill säga att tilliten mellan människor existerar och fungerar. Emellertid medför social tillit risker och sårbarhet: att lita på andra personer eller instanser medför att det finns en risk att de inte håller sina löften eller att de på något sätt orsakar skada (Verducci & Schröer, 2010).

Social tillit kan anses viktigt i ett samhälle då det innebär förbindelser utanför ens egen direkta sfär och kan därmed innebära fler kontakter, både formella och informella (Verducci & Schröer, 2010). Social tillit i mindre grupper eller samhällen är ofta stark då gruppen i regel är homogen, medlemmarna är beroende av varandra och har starka band. En nackdel kan vara att personer som är annorlunda, inte passar in eller kommer utifrån har svårt att inkluderas i tillits-gemenskapen. I större samhällen är tillit främlingar emellan viktigt eftersom många interaktioner sker mellan personer som inte känner varandra eller har olika bakgrund (Newton, 2007). En kritik är dock att det inom forskning används flertalet begrepp för social tillit, något som kan påverka möjligheten att studera begreppet. Förutom generell tillit och horisontell tillit som redan nämnts finns även civil tillit och intrapersonell tillit som begrepp (Macinko & Starfield, 2001).

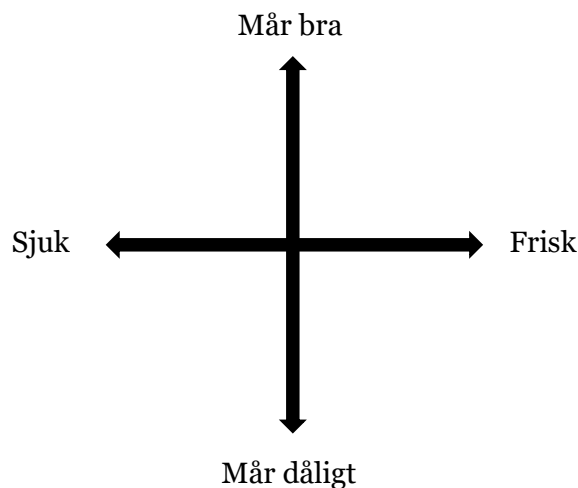
Politisk tillit kallas också institutionell tillit eller vertikal tillit. Politisk tillit kan innefatta tillfredställelse med demokrati eller tillit till samhällseliga institutioner såsom regering, parlament, polismyndighet och lagsystem. När politiska instanser och samhällseliga institutioner verkar via rättvisa och opartiskhet har det en positiv inverkan på medborgarna som i större utsträckning agerar i enighet med politiska institutioner. Det innebär också ökat stöd och tillit för politiska institutioner och tillit till andra medborgare, det vill säga att politisk och social tillit genereras (Newton, 2007). Mätning av politisk tillit kan problematiseras genom att politisk tillit är beroende av hur politiska institutioner presterar. Det är relevant att skilja på tillit till politiska institutioner och utvärdering av deras arbete (Catterberg & Moreno, 2005).

2.1.2 Hälsa och självskattad hälsa

Hälsa definierades år 1948 av World Health Organization (WHO) som "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (s. 2). Det är också den definitionen som WHO (2020) använder idag. Hälsa kan vidare beskrivas som en tillgång i livet som inbegriper mänskliga resurser: sociala, personliga och fysiska (WHO, 1986). Med WHO:s definition av hälsa tillkom en aspekt av hälsa som tidigare inte varit framstående nämligen den om socialt välbefinnande. Människors hälsa definieras således inte enbart av fysiskt och psykiskt välbefinnande utan påverkas även utav omgivningen genom exempelvis sociala relationer samt boende- och arbetsförhållanden (Svalastog et al., 2017).

Självskattad hälsa (eng. self-rated health) är ett koncept som initierades under slutet av 1950-talet och har använts inom flertalet områden såsom sociologi, epidemiologi, medicin och ekonomi (Jylhä, 2009). Självskattad hälsa som instrument för att mäta hälsa är vedertaget och används återkommande i enkäter världen över (Fayers & Sprangers, 2002; Layes et al., 2012). Självskattad hälsa kan exempelvis användas som indikator för att hitta högriskgrupper då självskattad hälsa tidigare använts som mätinstrument i flertalet studier visat sig och kunna förutsäga både morbiditet och mortalitet. Det finns också samband mellan självskattad hälsa och funktionsmöjligheter, medicinska diagnoser samt fysiska och psykiska symtom (Fayers & Sprangers, 2002).

Hälsokorset (Eriksson, 1996) kan användas för att beskriva komplexiteten i hälsa då det kan vara svårt att dra gränser för vad som klassas som friskt respektive sjukt inom begreppet hälsa. Hälsokorset visar hur en individ befinner sig någonstans på en skala mellan dysfunktion (sjuk) och frånvaro av dysfunktion (frisk) samt känsla av illabefinnande (mår dåligt) och känsla av välbefinnande (mår bra). En person kan såldes exempelvis vara sjuk men må bra eller vara frisk men må dåligt (Eriksson, 1996).



Figur 1: Hälsokorset. Fritt efter Eriksson (1996).

För att bedöma sin hälsa utgår individen från subjektiva uppfattningar om vad hälsa är. Uppfattningarna kan variera beroende på historisk och kulturell kontext. Skillnader i kulturell kontext kan innebära svårigheter att jämföra självskattad hälsa mellan länder (Jylhä, 2009; Layes et al., 2012). En annan svårighet med självskattad hälsa är att frågan sällan specificerar vad som inkluderas i begreppet hälsa (Fayers & Sprangers, 2002). När självskattad hälsa bedöms sker det utifrån flertalet olika hälsoaspekter vilket kan variera mellan individer. Hälsoaspekter som beaktas inom ramen för självskattad hälsa kan exempelvis vara: medicinska diagnoser, funktion, symtom, hälsobeteende, genetik och tecken på sjukdom såsom medicinering samt sjukskrivning. Självskattningen av hälsa jämförs också med biologisk ålder, hur människor i ens närhet mår, tidigare hälsostatus och förväntad utveckling av hälsan. Efter självskattning tas sedan beslut om vilket svarsalternativ som bäst passar in på den nuvarande hälsostatusen (Jylhä, 2009). Oftast mäts självskattad hälsa genom att deltagaren får uppskatta sin hälsostatus eller jämföra sin hälsa med andra i samma ålder på en skala med fem punkter. Svarsalternativen varierar något men är ungefär: väldigt

bra, ganska bra, varken eller, ganska dåligt eller väldigt dåligt (Fayers & Sprangers, 2002; Jylhä, 2009; Layes et al., 2012).

2.2 Ämnets relevans för folkhälsovetenskap

Folkhälsovetenskap kan beskrivas som ett tvärvetenskapligt ämne som bland annat studerar hur befolkningens hälsa påverkas av flertalet faktorer såsom samhällsstrukturer och levnadsvanor. Ofta utgår folkhälsovetenskapen från hur hälsa kan främjas och ohälsa förebyggas (Janlert, 2000). Folkhälsa har traditionellt sett definierats utifrån allmänhetens och befolkningens bästa med fokus på att förbättra hälsa utifrån hälsans bestämningfaktorer samt att hälso- och sjukvården ska främjas (Beaglehole et al., 2004). Målet med folkhälsan är att den ska vara så god som möjligt samt så jämlik som möjligt, det vill säga att ojämlikheter i hälsa ska minimeras (Beaglehole et al., 2004; Janlert, 2000).

Självskattad hälsa är relevant inom folkhälsovetenskap då det kan vara en indikator för samhällsutveckling på en övergripande nivå och kan också visa hälsoskillnader mellan olika samhällsgrupper (Prop. 2017/18:249) samt förutsäga morbiditet och mortalitet (Fayers & Sprangers, 2002).

I regeringens proposition God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (Prop. 2017/18:249) beskrivs social hållbarhet som resursfördelningen i befolkningen med betoning på bland annat jämlikhet, social rättvisa och politiskt deltagande. Tillit ingår i två av åtta målområden och hälsa ingår på olika sätt i samtliga målområden. Tillit finns beskrivet i *målområde 5: Boende och närmiljö* där tillit till andra människor inom lokalområdet anses väsentligt för att kunna påverka sitt liv och sin hälsa. Tillit ingår också i *målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet*. Bland annat beskrivs ”att människor har kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa” (Prop. 2017/18:249, s. 94). Delaktighet och sociala nätverk anses vara skyddsfaktorer för hälsan genom praktiskt och emotionellt stöd samt gemenskap. Låg socioekonomisk position beskrivs vara en riskfaktor för låg tillit till andra och till institutioner i välfärdssamhället (Prop. 2017/18:249).

Eventuellt kan social tillit påverka hälsan positivt eftersom den bidrar till sociala nätverk vilket kan ha hälsofrämjande effekter. En annan hypotes är att social tillit minskar social ångest vilket medför reducerade tecken på stress och därmed färre skadliga effekter av stress (Abbott & Freeth, 2008). Politisk tillit är troligtvis en faktor som påverkar samhällets reaktion på hälsofrämjande insatser och råd om hälsa. Bristande politisk tillit kan således inverka negativt när kommunikation om hälsorelaterade ämnen sker, såsom under kriser (Glik, 2007). Vidare relevans för folkhälsovetenskap men också folkhälsa presenteras i kapitel 2.4 Teoretiskt perspektiv där teorin om socialt kapital samt dess samband till hälsa beskrivs.

2.3 Tidigare studier om social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa

2.3.1 Social tillit och politisk tillit i Sverige

Sverige har bland de högsta nivåerna av social tillit i världen och har haft det under många år. Den sociala tilliten i Sverige är dock inte lika hög mellan olika grupper. Exempelvis uppger personer som är arbetslösa, har funktionsnedsättning eller dålig självskattad hälsa lägre nivåer av social tillit än andra grupper. Den sociala tilliten för tidigare nämnda grupper har även minskat med tiden (Holmberg & Rothstein, 2020).

Mellan år 1982 och år 2011 var svenskarnas sociala tillit relativt stabil och varierade mellan 57 procent och 70 procent. Den senaste mätningen, år 2011, visade att 62 procent av svenskarna hade social tillit. För att sätta svenskarnas nivå av sociala tillit i perspektiv går det att jämföra med andra länder. I USA var den sociala tilliten mellan 40 procent år 1982 och 35 procent år 2011 men med en toppnotering på 52 procent år 1990. I Spanien var den sociala tilliten 34 procent när mätningarna inleddes år 1981 och hade bottennotering vid senaste mätningen, 20 procent år 2011. Toppnoteringen gjordes år 1998 då 39 procent av spanjorerna uppgav att de hade social tillit. I Sydafrika var den första mätningen också den som visade högst social tillit, 29 procent år 1982. Det lägsta resultatet uppmättes år 2001 med 12 procent. Vid den senaste mätningen, år 2013 uppgav 23 procent av sydafrikanerna att de hade social tillit (Holmberg & Rothstein, 2017). Dock är Holmberg och Rothsteins (2017) sociala tillit mätt via en dikotomiserad fråga: "Generally speaking, would you say that most people can be trusted or that you need to be very careful in dealing with people? (s. 2). Svartalternativen var "Most people can be trusted (s. 2)" eller "Need to be very careful (s. 2)".

Andelen svenskar som ligger på medelnivån av social tillit har sedan mitten av 1990-talet fram till år 2018 varierat mellan 26 procent och 30 procent. Andelen svenskar med låg social tillit var under samma tidsperiod mellan 9 procent och 12 procent varav 12 procent uppmättes under ett av de senare mätningssärens. Det skulle kunna indikera att andelen svenskar med låg social tillit är på uppgång (Holmberg & Rothstein, 2020).

Angående politisk tillit i Sverige finns det ett antal studier som visar liknande resultat. I etablerade demokratier, vilket Sverige räknas till, var den politiska tilliten mätt i tillit till respektive parlament relativt oförändrad mellan år 1981 och år 2001. Svenskars tillit till riksdagen varierade under perioden mellan 43 procent och 49 procent (Catterberg & Moreno, 2005). I en svensk tvärsnittsstudie med data från år 2004 med nästan 28 000 deltagare uppgav 14 procent att de helt saknade tillit till riksdagen medan 37 procent hade låg tillit. Av personer med högre tillit uppgav 30 procent att de hade hög tillit och 4 procent hade väldigt hög tillit till riksdagen. Därtill uppgav 15 procent att de inte hade någon åsikt i frågan (Mohseni & Lindström, 2008).

2.3.2 Självskattad hälsa i Sverige

Folkhälsomyndigheten (2020) uppgav att 73 procent av befolkningen år 2020 har bra eller mycket bra självskattad hälsa. Sett över tid har den självskattade hälsan inte förändrats

nämnvärt utan har varierat mellan 69 och 73 procent sedan år 2006. Män uppgav bättre självskattad hälsa än kvinnor vid samtliga mätningar. Skillnaderna är dock större mellan åldersgrupper än kön. Äldre personer uppgav sämre självskattad hälsa än yngre personer. Åldersgruppen mellan 65 – 84 år uppgav bra eller mycket bra självskattad hälsa i lägst utsträckning med 59 procent år 2020. I åldersgruppen 45 – 64 år uppgav 72 procent bra eller mycket bra hälsa. I åldersgrupperna 30 – 44 år och 16 – 29 år uppgav 82 procent bra eller mycket bra hälsa.

I samma undersökningar från Folkhälsomyndigheten (2020) undersöks den självskattade hälsan i förhållande till utbildningsnivå för personer mellan 25 – 84 år. Personer med eftergymnasial utbildning uppgav bra eller mycket bra hälsa i störst utsträckning (80 procent) följt av personer med gymnasial utbildning (68 procent) och slutligen personer med förgymnasial utbildning (57 procent). Ordningen för hälsa fördelat på utbildningsnivå var samma under alla tretton mättillfällen mellan år 2006 och år 2020.

2.3.3 Samband mellan social tillit och självskattad hälsa

I en svensk studie med data från år 2018 med nästan 11 000 deltagare uppgav 35 procent av personer med dålig självskattad hälsa att de hade hög social tillit. I gruppen av personer med genomsnittlig hälsa uppgav 36 procent hög social tillit och bland personer som angav bra självskattad hälsa hade 62 procent hög social tillit. Det vill säga att personer med bra självskattad hälsa har i större utsträckning hög social tillit än personer med genomsnittlig eller dålig självskattad hälsa. För personer med låg social tillit uppges inte några nivåer av självskattad hälsa (Holmberg & Rothstein, 2020).

Eftersom både social tillit (Holmberg & Rothstein, 2017) och självskattad hälsa (Jylhä, 2009; Layes et al., 2012) är kontextberoende kan följande studiers resultat inte nödvändigtvis överföras till en svensk kontext i sin helhet men bidrar ändå till en överblick av ämnet. En finsk tvärsnittsstudie med data från år 2000 och år 2001 undersökte sambandet mellan tillit och självskattad hälsa hos ungefär 8 000 personer som var över 30 år. Studien visade att det fanns ett samband mellan hög nivå av social tillit och bra självskattad hälsa (Nieminen et al., 2010). En studie undersökte social tillit och självskattad hälsa via data från fyra separata datainsamlingar mellan år 2002 och år 2009 från omkring 132 000 personer i 25 europeiska länder inklusive Sverige. Resultatet visade ett positivt samband mellan social tillit och bra självskattad hälsa där bägge faktorerna stärker varandra, det vill säga att social tillit är positivt för bra självskattad hälsa och tvärtom. Dock är en svaghet i studien att resultaten per land inte presenteras. Därmed är det omöjligt att veta resultatet för svenska data samt i vilka länder sambandet mellan social tillit och självskattad hälsa är starkast (Rocco et al., 2014).

2.3.4 Samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa

En svensk tvärsnittsstudie med cirka 28 000 deltagare undersökte sambandet mellan politisk tillit i form av tillit till riksdagen och självskattad hälsa. Resultatet visade att det finns ett samband mellan låg politisk tillit och dålig självskattad hälsa (Mohseni & Lindström, 2008). Som tidigare nämnt påverkas självskattad hälsa av kontext (Jylhä, 2009; Layes et al., 2012)

och politisk tillit av politiska händelser (Catterberg & Moreno, 2005) vilket kan innebära att följande utländska studiers resultat eventuellt inte är överförbara till svensk kontext. En finsk tvärsnittsstudie med ungefär 2 000 deltagare visade att personer med bra självskattad hälsa i större utsträckning än personer med sämre självskattad hälsa har tillit till politiska aktörer och politiska institutioner (Mattila, 2020).

I en annan studie undersöktes sambandet mellan politisk tillit och självskattad hälsa i 19 västeuropeiska länder inklusive Sverige. Urvalet bestod av cirka 140 000 personer. Överlag var den politiska tilliten högst i socialdemokratiska välfärdsstater. Dock var dålig självskattad hälsa en faktor som hade samband med den politiska tilliten negativt oavsett land. Vidare visade studien att personer i de nordiska länderna med dålig självskattad hälsa uppgav högre politisk tillit än personer i södra Europa som uppgav mycket bra självskattad hälsa. Den politiska tilliten påverkas möjligen också av politiska förväntningar jämfört med vad som faktiskt sker i realiteten. Det innebär att politisk tillit kan minska när människor upplever besvikelse på grund av politiska institutioners ageranden vilket då kan påverka hälsan (Mattila & Rapeli, 2018).

2.4 Teoretiskt perspektiv

Teorier kan beskrivas som konstruktioner som beskriver förhållandet mellan faktorer och hjälper till att beskriva olika fenomen (Creswell & Creswell, 2018). I föreliggande studie används teorin om socialt kapital för att beskriva hur social tillit och politisk tillit eventuellt har ett samband med självskattad hälsa. Eftersom socialt kapital är en mångfacetterad teori med bred bakgrund beskrivs teorin i följande avsnitt utifrån flera källor som utgår från ett hälsoperspektiv.

2.4.1 Socialt kapital – en kortfattad historik

Det är inte helt klarlagt vem som myntade begreppet socialt kapital. Grunden tillskrivs ofta filosoferna Emilé Durkheim och Karl Marx, varpå Pierre Bourdieu sägs ha moderniserat definitionen likt den version som finns idag: faktiska eller potentiella resurser länkas till ett nätverk av relationer med bekanta (Portes, 1998). Flertalet personer har därefter varit inblandade i utvecklingen av socialt kapital varav statsvetaren Robert Putnam använde begreppet tillit som en aspekt inom socialt kapital (Islam et al., 2006).

Socialt kapital började användas inom folkhälsovetenskapen under 1990-talet (Lindström, 2012) och därefter har användningen ökat (Rocco et al., 2014). Folkhälsoaspekten inom socialt kapital har bland annat influerats av Putnam som framför allt forskat om socialt kapital på grupp- och befolkningsnivå vilket överensstämmer med folkhälsovetenskapligt perspektiv (Lindström, 2012).

2.4.2 Socialt kapital

Socialt kapital grundas i samhällelig social organisering och brukar definieras samt mätas via faktorer som innebär samarbete som gynnar flera såsom delaktighet i civilsamhället, tillit och samverkan (Putnam, 2000). Socialt kapital kan vidare beskrivas utifrån två faktorer: nätverk och relationer. Nätverken beskriver förbindelsen med andra människor och genom dem förbindelse med andras nätverk. Nätverken kan bestå av olika grupperingar såsom familj, grannskap, community och organisationer. Via nätverken finns resurser i form av kontakter, inflytande, pengar och arbete tillgängligt. När det finns samhörighet inom ett nätverk utvecklas beteenden som gynnar både individ och samhälle. I ett samhälle med samhörighet kan depressioner och ensamhet minska samtidigt som det finns en lägre tolerans för brottslighet och olagligt beteende (Hayden, 2019).

Den andra faktorn inom socialt kapital, relationer, beskriver styrkan eller vilken sorts relation som finns i nätverket. Det är tre sorters relationer som påverkar socialt kapital: bonding, bridging och linking. Bonding är nära relationer där personerna har liknande status, ursprung eller position. Bridging är relationer mellan bekanta som inte nödvändigtvis behöver ha gemensam bakgrund (Hayden, 2019). Dock kan bonding och bridging vara svåra att skilja från varandra då det berör komplexa nätverk som resulterar i olika sorters kapital (Putnam, 2000). Social tillit kan anses vara en del av bridging (Poortinga, 2012). Linking är individens relationer till institutioner eller till någon som representerar en institution eller erhåller auktoritet (Hayden, 2019). Politisk tillit kan anses vara en del av linking (Poortinga, 2012).

Det sociala kapitalet kan varken skapas endast för att det är önskvärt eller uppstå ur tomma intet utan det genereras av människor i grannskap och samhällen under tid. Det sociala kapitalet påverkas av historiska händelser samt vilka grupper som rör sig i samhället, som exempelvis vid invandring och utvandring. Varje kontext är unik och det finns ingen universallösning för att generera eller stärka socialt kapital (Kawachi & Berkman, 2014). Dock genereras socialt kapital enklast inom homogena communities men genereras exempelvis också inom atmosfärer som är ideologiskt gränsöverskridande som till exempel inom sportsliga eller kulturella aktiviteter och sammanhang (Putnam, 2000).

Social tillit samt delaktighet i civilsamhället är återkommande indikatorer för att beskriva socialt kapital. Den sociala tilliten blir då en tillgång i samhället vilket medför att tjänster och resurser kan utbytas. Således är socialt kapital de resurser som genereras via relationer till andra människor (Kawachi & Berkman, 2014).

2.4.3 Socialt kapital och hälsa

Utgångspunkten för socialt kapital som hälsoteori är att människors hälsobeteende och därmed hälsa påverkas av vilka personer en individ har relation till och hur relationen är utformad (Hayden, 2019; Kawachi & Berkman, 2014). Socialt kapital kan användas hälsofrämjande genom att exempelvis undersöka vilken typ av nätverk som finns tillgängliga och hur de påverkar hälsan, både positivt och negativt (Eriksson, 2011).

I en systematisk litteraturoversikt problematiseras kontexten kring socialt kapital och självskattad hälsa, likaså på vilket sätt studierna mäter socialt kapital. De olika sätten att mäta socialt kapital som förekom kan innebära svårigheter att jämföra nivån av socialt kapital mellan studier. Slutsatsen blev dock att det finns ett positivt samband mellan socialt kapital och hälsa på individnivå, det vill säga att högre socialt kapital innebär bra självskattad hälsa och tvärtom. Sambandet var svagare i länder som aktivt arbetar för jämlikhet såsom Sverige, Norge, Finland, Tyskland och Nederländerna än länder som inte har samma jämlikhetsfokus som exempelvis USA och Ryssland (Islam et al., 2006).

Kontexten kan förslagsvis inverka genom att sociala och politiska förutsättningar tillsammans med inkomstdistribution på makronivå påverkar samhällsnormer, solidaritet mellan grupper och samverkan på nätverksnivå. Det får sedan konsekvenser i form av olika sorters tillit vilket därefter resulterar i hälsopåverkan genom flertalet olika faktorer (Eriksson, 2011). Exempel på hur socialt kapital påverkar hälsa kan vara attityder, beteenden (Kawachi et al., 1999; Kawachi & Berkman, 2014) och att hälsoinformation delas inom nätverken (Kawachi & Berkman, 2014). Vidare att det finns omvårdnad, både fysisk och psykisk (Rocco et al., 2014), samt emotionellt stöd att tillgå via socialt kapital. Möjlighet att låna pengar vid behov kan också påverka hälsan (Kawachi & Berkman, 2014). Det finansiella stödet kan exempelvis användas när hälso- och sjukvårdskostnader måste betalas (Rocco et al., 2014).

Socialt kapital är inte nödvändigtvis en lösning på alla folkhälsoproblem eftersom socialt kapital även har en så kallad mörk sida (eng. dark side of social capital). Den mörka sidan av socialt kapital kan innebära att eventuella hälsofördelar med socialt kapital likaväl kan medföra negativa aspekter. Detta eftersom en grupps höga sociala kapital kan betyda utanförskap för personer som kommer utifrån eller inte anpassar sig till gruppen (Kawachi & Berkman, 2014).

2.5 Problemformulering

Social tillit och politisk tillit fungerar som aspekter av socialt kapital. Generellt är socialt kapital något som påverkar människors attityder och beteenden vilket kan ha både positiva och negativa hälsokonsekvenser (Hayden, 2019; Kawachi et al., 1999; Kawachi & Berkman, 2014).

Över 70 procent av svenskarna uppger bra självskattad hälsa, en andel som varit stabil i 15 år. Nivåerna skiljer sig dock beroende på exempelvis kön, ålder och utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2020). Dock uppmärksammas inte andelen som uppger dålig självskattad hälsa. Vidare visar forskning att Sverige har en av de högsta nivåerna av social tillit i världen men att nivåerna också skiljer sig mellan grupper (Holmberg & Rothstein, 2020). Samtidigt är svenskarnas politiska tillit något lägre och har minskat sedan 1980-talet (Catterberg & Moreno, 2005). Det verkar finnas ett samband mellan hög social tillit och bra självskattad hälsa, dock är enbart en av studierna svensk och Sverige är ett av flera länder i en annan studie (Holmberg & Rothstein, 2020; Nieminen et al., 2010; Rocco et al., 2014). Därtill är det oklart om det finns samband mellan låg social tillit och dålig självskattad hälsa.

Sett till politisk tillit och självskattad hälsa har personer med bra självskattad hälsa högre politisk tillit än personer med dålig självskattad hälsa enligt en finsk studie (Mattila, 2020). Även en svensk studie påvisar samma mönster då den uppmärksammar samband mellan låg politisk tillit och dålig självskattad hälsa (Mohseni & Lindström, 2008).

Ingen studie som specifikt undersöker både social tillit respektive politisk tillits eventuella samband med självskattad hälsa har hittats och därför är det relevant att undersöka fördelningen av social tillit och politisk tillit samt självskattad hälsa för att därefter undersöka om det finns samband mellan dessa faktorer.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att undersöka vuxna svenskars fördelning av social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa samt huruvida det finns samband mellan å ena sidan social tillit respektive politisk tillit och å andra sidan självskattad hälsa.

3.1 Frågeställningar

- Hur ser fördelningen av vuxna svenskars sociala tillit ut generellt samt finns det skillnader baserat på kön, ålder och/eller utbildningsnivå avseende social tillit?
- Hur ser fördelningen av vuxna svenskars politiska tillit ut generellt samt finns det skillnader baserat på kön, ålder och/eller utbildningsnivå avseende politisk tillit?
- Hur ser fördelningen av vuxna svenskars självskattade hälsa ut generellt samt finns det skillnader baserat på kön, ålder och/eller utbildningsnivå avseende självskattad hälsa?
- Finns det något samband mellan social tillit och självskattad hälsa?
- Finns det något samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa?

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Metodologisk ansats och forskningsdesign

Då denna studie ämnade undersöka fördelning av flera variabler samt om det förekom samband mellan variablerna krävs numerära mätbara data och därför valdes kvantitativ metod för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Inom kvantitativ metod används

mätbar numerisk information och metoden prövar teorier eller förklaringar. Data samlas oftast in via enkäter, mätningar eller experiment och undersöks via analyser (Creswell & Creswell, 2018).

Föreliggande studie baserades på data från European Social Survey (ESS) som genomför undersökningar om bland annat attityder och beteenden vartannat år sedan 2001 (ESS, n.d.-b) i totalt 35 länder (ESS, 2019a). ESS undersökningar kan anses omfattande då undersökningen tar cirka en timme att genomföra (ESS, 2019a) och består av några hundra frågor. Antalet frågor kan variera beroende på vilka svar som erhålls och följdfrågorna de genererar (ESS, 2019b). ESS verkar med syftet att övervaka och tolka allmänhetens attityder och värderingar samt undersöka hur de förändras över tid. I undersökningarna är vissa ämnesområden och frågor fasta medan andra byts ut mellan omgångarna. I den senaste omgången, omgång 9 från år 2018, deltar 30 länder. Data som samlas in är tillgänglig för alla så länge den inte används i vinstdrivande syfte (ESS, 2019a).

Studien baseras på data som är inhämtad vid ett tillfälle vilket innebar att studien är en tvärsnittsstudie. Tvärsnittsstudier är användbara för att beskriva prevalens, trender, attityder och åsikter samt att undersöka samband mellan variabler (Bruce et al., 2018; Grimes & Schulz, 2002). Genom att undersöka ett urval av populationen kan tvärsnittsstudier möjliggöra undersökning av olika variabler (Creswell & Creswell, 2018), exempelvis hälsostatus och potentiellt samband med en annan variabel (Bruce et al., 2018). Även om tvärsnittsstudier inte kan säga något om orsakssamband kan de vara behjälpliga för att generera hypoteser om orsaker (Grimes & Schulz, 2002).

Data från ESS klassificeras som sekundärdata då den där insamlad av någon annan än personen som använder dessa data. Det är dock inte ovanligt att data samlas in med syfte att kunna användas som sekundärdata av andra vilket medför att nya forskningsfrågor kan ställas och besvaras via samma data (Blakie, 2003).

4.2 Population och urval

För den svenska populationen i undersökningen utgick ESS (2019a) från svenskt befolkningsregister och urvalet genomfördes via stratifierat randomiserat urval. Stratifiering innebär att specifika aspekter i populationen såsom fördelning av kön är proportionerliga till urvalspopulation medan randomisering innebär att urvalet sker slumpmässigt (Blakie, 2003; Creswell & Creswell, 2018). I ESS (2019a) undersökning delas Sverige in i åtta geografiska delar och från delarna slumpas sedan personer över 15 år i proportion till hur många som bor i respektive geografisk landsdel. Ett optimalt urval är representativt för den aktuella populationen och bör därmed spegla relevanta faktorer i urvalet. Det kan vara kostsamt och omotiverat att studera en stor population och därför kan ett urval med 1 000 till 2 000 personer vara tillräckligt stort för att vara representativt för hela populationen (Blakie, 2003).

I ESS (2019a) omgång 9 från år 2018 i Sverige var det totala urvalet 4 082 personer varav 1 539 personer hade giltiga medverkanden. Totalt finns 27 kategorier för att kategorisera

externt bortfall varav de mest relevanta och frekventa kategorierna presenteras. De externa bortfallen berodde bland annat på att ingen kontakt med respondenten kunde initieras (263 personer), språkbarriär (131 personer), kort- eller långvarig sjukdom (3 respektive 106 personer), flyttat (108 personer) samt ovilja att delta (1 433 personer). I responsraten räknas också ogiltiga intervjuer (3 personer) och ogiltiga kontaktformulär (42 personer) in vilket gör att responsraten slutligen blev 39 procent (ESS, 2019a). Kontaktformulär är ett dokument som intervjuaren fyller i för varje person som medverkar i undersökningen. Det som fylls i är bland annat hur kontakt från intervjuaren har mottagits och eventuellt varför personen valt att inte medverka (ESS, 2018b). Det framgår inte vad som gör ett kontaktformulär ogiltigt.

I föreliggande studie exkluderades personer under 18 år eftersom det var önskvärt att endast studera den vuxna delen av befolkningen. Detta eftersom personer över 18 år är myndiga och andra studier som undersöker tillit oftast utgår från en vuxen population. Andelen deltagare under 18 år var liten vilket medför att det kan vara svårt att analysera gruppen som en egen åldersgrupp. I det ursprungliga urvalet från ESS (2019a) var antalet medverkande personer under 18 år 28 personer. Sex personer var 15 år, tio personer var 16 år och tolv personer var 17 år vilket motsvarar 1,8 procent av det ursprungliga urvalet. Det innebär att deltagarantalet i studien var $n = 1\,511$ personer efter att personer under 18 år exkluderades.

4.3 Datainsamling

För att samla in data genomförde ESS datorassisterade intervjuer där intervjuaren och deltagaren träffas fysiskt. Totalt genomförde 64 personer intervjuer med 1 539 deltagare. Av 64 intervjuare hade 31 personer genomfört intervjuer för ESS tidigare och ytterligare fem personer hade annan intervjuerfarenhet. Samtliga intervjuare fick mer än åtta timmars utbildning innan intervjuerna ägde rum (ESS, 2019a).

Deltagarna mottog ett missivbrev och kontaktades därefter av en intervjuare för att bestämma tid och plats för intervjun (ESS, n.d.-c). Vid intervjutillfället ska intervjuaren bland annat berätta om ESS, syftet med datainsamlingen, intervjustrukturen och svara på eventuella frågor deltagaren har. En rekommendation är att intervjuaren berättar hur insamlade data kommer användas. Under intervjun läser intervjuaren från datorskärmen och deltagaren får inte själv läsa från datorskärmen. Dock används särskilda svarskort vid vissa frågor, dessa får deltagaren själv läsa (ESS, 2018a).

En fördel med intervjuare som genomför enkäten jämfört med att deltagarna fyller i en enkät själva är exempelvis att intervjuaren kan förklara undersökningsfrågor som inte deltagaren förstår samt att alla frågor fylls i av intervjuaren. Enkäten kan dessutom utformas i ett mer omfattande format och vara något mer komplex (Bruce et al., 2018), vilket kan anses vara fallet då intervjun tar cirka en timme att genomföra (ESS, 2019a).

4.4 Variabler

Syftet med föreliggande studie var att undersöka vuxna svenskars fördelning av social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa samt huruvida det finns samband mellan å ena sidan social tillit respektive politisk tillit och å andra sidan självskattad hälsa. Det innebär att de oberoende variablerna utgjordes av social tillit och politisk tillit och den beroende variabeln var självskattad hälsa.

4.4.1 Oberoende variabler

Oberoende variabler är faktorer som påverkar utfallet av beroende variabler (Creswell & Creswell, 2018) och studiens oberoende variabler var social tillit och politisk tillit.

I denna studie definierades social tillit som tillit till människor i allmänhet. För att mäta social tillit hos deltagarna användes frågan: *”skulle du säga att man i allmänhet kan lita på de flesta människor eller att man inte kan vara nog försiktig när man har att göra med andra människor?”* Deltagarna svarade enligt en skala från 0 till 10 där 0 innebär att det inte går att vara nog försiktig och 10 innebär att det går att lita på de flesta människor. Frågan som användes för att mäta social tillit är den mest förekommande frågan för att mäta social tillit i olika undersökningar (Abbott & Freeth, 2008).

I denna studie användes tillit till Sveriges riksdag, det vill säga parlament, för att definiera politisk tillit. För att mäta politisk tillit hos deltagarna används frågan *”hur stor tillit har du personligen till Sveriges riksdag?”* Deltagarna svarar enligt en skala från 0 till 10 där 0 innebär ingen tillit alls till Sveriges riksdag och 10 innebär fullständig tillit. Att mäta politisk tillit via tillit till landets parlament gjordes bland annat av Catterberg och Moreno (2005) medan Mattila och Rapeli (2018) använder tillit till landets parlament som en av fem indikatorer på politisk tillit.

Svarsalternativen för social tillit och politisk tillit, 0-10, omkodades identiskt.

Svarsalternativen 0-3 grupperades som låg tillit, 4-6 grupperades som medel tillit och 7-10 grupperades som hög tillit. Denna gruppering gjordes för att enklare kunna beskriva olika nivåer av tillit och används bland annat av Holmberg och Rothstein (2020) samt Mattila och Rapeli (2018).

4.4.2 Beroende variabel

Den beroende variabeln, självskattad hälsa, kan ses som resultat eller utfall av de oberoende variablerna (Creswell & Creswell, 2018) men eftersom föreliggande studie baseras på tvärsnittsdata kan ingenting sägas om orsakssamband (Bruce et al., 2018).

För att mäta deltagarnas självskattade hälsa användes frågan: *”Hur är ditt allmänna hälsotillstånd? Skulle du säga att det är... 1. mycket bra, 2. bra, 3. någorlunda, 4. dåligt, 5. mycket dåligt?”*. För att möjliggöra tydligare analyser dikotomiserades svarsalternativen till bra självskattad hälsa respektive dålig självskattad hälsa. Svarsalternativen mycket bra och bra klassificerades som bra självskattad hälsa. Svarsalternativen någorlunda, dåligt och

mycket dåligt klassificerades som dålig självskattad hälsa (Tabell 1). Självskattad hälsa dikotomiserades likadant i andra studier som undersöker liknande frågeställningar och områden såsom Mohseni och Lindström (2008) Nieminen et al. (2010) samt Poortinga (2006).

Tabell 1: Dikotomisering av svarsalternativ för självskattad hälsa.

Fråga: Hur är ditt allmänna hälsotillstånd? Skulle du säga att det är...		
Mycket bra	}	Bra självskattad hälsa
Bra		
Någorlunda	}	Dålig självskattad hälsa
Dåligt		
Mycket dåligt		

4.4.3 Confounders

En confounder är en bakomliggande variabel som påverkar sambandet mellan oberoende och beroende variabler. Det vill säga att det är en confounder som orsakar utfallet (den beroende variabeln) och inte den oberoende variabeln (Bruce et al., 2018). Variablerna *kön*, *ålder* och *utbildningsnivå* används som bakgrundsfaktorer eftersom dessa anses vara potentiella confounders som kan påverka hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2021). Även Creswell och Creswell (2018) föreslår kön och ålder som relevanta variabler att använda.

Information om kön mättes via variabeln *kön* med svarsalternativen man eller kvinna.

Information om ålder mättes via variabeln *age of respondent, calculated* som räknat ut deltagarens ålder genom deltagarens personnummer. Ålderskategorisering gjordes i enlighet med Folkhälsomyndighetens (2020) ålderskategorisering för rapportering av självskattad hälsa. Dock har personer under 18 år exkluderats i studien. Därtill finns ingen övre åldersgräns i föreliggande studie till skillnad från Folkhälsomyndighetens (2020) undersökning som bara redovisar resultat för personer mellan 16-84 år. Ingen över 18 år exkluderades i föreliggande studie eftersom personer över 18 år anses myndiga och därmed kapabla att ta ansvar för sin egen medverkan. De äldsta som deltog i ESS undersökning var 90 år gamla.

Information om utbildning mättes via frågan ”*Vilken är din högst avklarade utbildning?*” Till frågan fanns 20 svarsalternativ varav tre svarsalternativ kategoriseras som förgymnasial utbildning, fem svarsalternativ kategoriseras som gymnasial utbildning och tolv svarsalternativ som eftergymnasial utbildning (Tabell 2). Namnet på respektive utbildningsalternativ har inte ändrats.

Tabell 2: Gruppering av utbildningsalternativ till utbildningsnivåer.

Fråga: Vilken är din högst avklarade utbildning?		
Förgymnasial utbildningsnivå	Gymnasial utbildningsnivå	Eftergymnasial utbildningsnivå
<ul style="list-style-type: none"> Ej avslutad folkskola/grundskola skolår 1-6 Avslutad Folkskola, Grundskolan skolår 7-8 Avslutad Grundskola skolår 9 	<ul style="list-style-type: none"> Fackskola (1963-1970) - 2-årig gymnasielinje, 2-årig yrkesskola Studieförberedande gymnasieprogram (3 år) Gamla gymnasieutbildningar på två år Yrkesinriktade gymnasieprogram (3 år) 4-årig gymnasielinje (före 1995)/Tekniskt basår 	<ul style="list-style-type: none"> Universitet/Högskola, 1 år, med examen Eftergymnasial utbildning, ej Universitet/Högskola, 1 år (t ex KY-utbildning, militärutbildning) Universitet/Högskola, 2 år, med examen (högskoleexamen) 2-3 år KY-utbildning, Eftergymnasial utbildning, ej Universitet/Högskola 3 år Kandidat och/eller yrkesexamen från Högskola, 3-4 år Kandidat och/eller yrkesexamen från Universitet, KTH, CTH, Handelshögskolan, 3-4 år Magisterexamen och/eller yrkesexamen från Högskola, >4 år Mastersexamen från Högskola Magisterexamen och/eller yrkesexamen från universitet, KTH, CTH, Handelshögskolan >4 år Mastersexamen från Universitet, KTH, CTH, Handelshögskolan Forskarutbildning: Licentiatexamen Forskarutbildning: Doktorsexamen

4.5 Analyismetoder

För att analysera datamaterialet användes statistikprogrammet IBM SPSS Statistics (version 26).

4.5.1 Vägning av data

Vid användning av data från ESS rekommenderas att data vägs innan analyserna genomförs. Vägning av data innebär att felaktigheter från urvalet och externa bortfall korrigeras för. Exempelvis baseras ESS urval på adresser vilket innebär att personer som bor i ensamhushåll har dubbelt så stor chans att väljas ut som deltagare än personer som bor i hushåll med två personer över 15 år (ESS, 2020).

För ESS omgång 9 medföljer vägningsfiler som variabler och innan användning av datasetet förbereds filen genom att inkludera de medföljande variablerna *stratum*, *psu* samt tre vikter. ESS (2020) rekommenderar användning av vikten *anweight* vilken är lämplig vid bland annat analyser av data inom ett land. Övriga vikter är lämpliga för avancerade användare och därför valdes *anweight* som korrigerar för urvalsdesign, icke-svar och population. Vägningen medförde exempelvis att den äldsta åldersgruppen var ungefär en femtedel av urvalet istället för ungefär en tredjedel som i ovägda data. En annan skillnad var att gruppen med eftergymnasial utbildning var under hälften av antalet i urvalet med vägda data men över hälften i ovägda data (Tabell 3).

4.5.2 Analyser

Till att börja med genomfördes deskriptiva analyser för att presentera fördelningen av de oberoende variablerna, den beroende variabeln samt potentiella confounders. Eftersom samtliga variabler var kategoriska presenteras alla via antal och/eller procent.

För att besvara studiens första tre frågeställningar genomfördes separata chi2-tester för varje oberoende eller beroende variabel. Detta för att undersöka hur variablerna fördelas samt hur potentiella confounders (kön, ålder och utbildning) fördelas inom variablerna. Chi2-värde, frihetsgrader och p-värde redovisas. Chi2-test är en analysmetod för kategoriska variabler som används för att undersöka skillnader mellan grupper. Chi2-värden mäter inte styrkan på ett samband. Frihetsgrader (df) är antalet oberoende värden som en observation kan ta, förenklat förklarar via antalet kategorier som finns subtraherat med ett. P-värde anger sannolikheten för att skillnaden uppkommit genom slumpen (Bruce et al., 2018). För att resultaten ska bedömas som statistiskt signifikanta användes 0,05 ($p < 0,05$) som gränsvärde, vilket också är det vanligast förekommande accepterade värdet. Genom att acceptera en signifikansnivå på 0,05 godtas det med en risk på fem procent att resultatet uppkommit slumpmässigt (Bruce et al., 2018).

För att besvara studiens fjärde och femte frågeställning genomfördes logistisk regressionsanalys vilket är lämpligt för att undersöka samband när den beroende variabeln är kategorisk och dikotomiserad. Vid logistisk regressionsanalys kan de oberoende variablerna vara kategoriska eller kontinuerliga (Pallant, 2020). I föreliggande studie var den beroende variabeln (självskattad hälsa) kategorisk samt dikotomiserad medan de oberoende variablerna (social tillit och politisk tillit) var kategoriska. Genom logistisk regressionsanalys går det att avgöra hur väl de oberoende variablerna förutser eller förklarar den beroende variabeln (Pallant, 2020).

Separata logistiska regressionsanalyser genomfördes för social tillit och självskattad hälsa inklusive potentiella confounders respektive politisk tillit och självskattad hälsa inklusive potentiella confounders. Utifrån de olika nivåerna av social tillit respektive politisk tillit räknades sannolikheten ut för dålig självskattad hälsa. Detta gjordes med den högsta nivån av social tillit respektive politisk tillit som referensgrupper. För potentiella confounders användes den äldsta åldersgruppen och den högsta utbildningsnivån som referensgrupper. För kön användes kvinnor som referensgrupp.

I den ojusterade modellen användes enkel logistisk regression där en oberoende variabel (social tillit respektive politisk tillit) och en beroende variabel analyserats. I den justerade modellen användes multipel logistisk regressionsanalys med en oberoende variabel (social tillit respektive politisk tillit), den beroende variabeln samt potentiella confounders. Justerad analys innebär att den logistiska regressionen justerats efter potentiella confounders och den oberoende variabeln. Genom justeringen går det att se om en undersökt bakomliggande variabel påverkat sambandet mellan den oberoende variabeln och den beroende variabeln istället för exponeringen (den oberoende variabeln) som undersöks.

Resultaten presenteras utifrån samband mellan social tillit och självskattad hälsa respektive politisk tillit och självskattad hälsa genom oddskvot (OR), konfidensintervall (CI 95%) och p-

värde. Oddskvot jämför sannolikheten (oddsen) för ett utfall (Bruce et al., 2018), i detta fall att ha dålig självskattad hälsa, med oddsen för referensresultatet utifrån den oberoende variabeln. Oddskvot över 1.0 indikerar att oddsen är högre för utfallet i gruppen som oddskvoten berör jämfört med referensgruppen, det vill säga att det finns ett positivt samband mellan oberoende variabel och beroende variabel. Oddskvot under 1.0 indikerar att oddsen är mindre än referensgruppen vilket innebär att det finns ett negativt samband eller att den beroende variabeln kan ha en skyddande effekt. En oddskvot som är 1.0 innebär att inget samband finns. Dock kan oddskvot indikera positivt eller negativt samband beroende på hur variablerna kodats. Konfidensintervall med en nivå på 95 procent innebär att det går att fastslå med 95 procents säkerhet att populationens sanna medelvärde representeras i konfidensintervallet (Bruce et al., 2018).

4.6 Forskningsetiska ställningstaganden

Inom forskning förekommer det att olika intressen ställs mot varandra. Dock har personer som medverkar i forskning alltid rätt till att förtroliga uppgifter stannar hos rätt person och att skyddas från skada exempelvis vid integritetsintrång (Vetenskapsrådet, 2017). Den svenska delen av ESS arbete finansieras av Vetenskapsrådet (ESS, 2019a) och därmed finns ett intresse av att insamlad data är öppen med möjlighet till insyn (Vetenskapsrådet, 2017).

Det finns fyra liknande men skilda begrepp som är relevanta gällande hantering av känsligt datamaterial: sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och konfidentialitet. Sekretess är endast aktuellt om det är lagstadgat och tystnadsplikt gäller vissa yrkesgrupper såsom personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst (Vetenskapsrådet, 2017). Varken sekretess och tystnadsplikt var således aktuellt för ESS eftersom datainsamling sker via intervjuare som inte utövar någon yrkesroll som berörs av sekretess eller tystnadsplikt. Däremot var anonymisering och krav på konfidentialitet relevant för ESS insamlade data. Gällande anonymisering ska ett enkätsvar inte vara möjligt att koppla ihop med en enskild individ (Vetenskapsrådet, 2017) vilket ESS (n.d.-c) bedömt som osannolikt men arbetat för att förhindra.

Konfidentialitet berör att ingen forskare eller intervjuare ska dela deltagarnas uppgifter till obehöriga (Vetenskapsrådet, 2017). Endast organisationen som ansvarar för datainsamling har kontaktinformation till deltagarna och när data är publicerad raderas person- och kontaktinformation. All insamlad information hanteras i enlighet med GDPR och nationella lagar. Innan data publicerades kunde samtliga deltagare kontakta ESS för att få veta vilken information de uppgett och radera delar av eller hela sin medverkan. Efter att person- och kontaktuppgifter raderades (senast juni år 2020) gick det inte längre att ta tillbaka sin medverkan (ESS, n.d.-c).

Slutligen ska forskning som berör känsliga personuppgifter såsom etniskt ursprung, religiösa övertygelser och politiska åsikter baseras på samtycke från deltagarna (Vetenskapsrådet, 2017). Undersökningen från ESS tillhör denna kategori då enkäten bland annat innehåller frågor om etniskt ursprung, religiös övertygelse och politiska åsikter (ESS, 2019b).

Deltagarna informerades om att de har valts ut för att delta i undersökningen via ett missivbrev. Missivbrevet informerade bland annat vilka som ansvarar för undersökningen, var deltagaren kan vända sig vid frågor om medverkan, att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta sin medverkan närsomhelst utan att ange någon anledning (ESS, 2018a; ESS, n.d.-c).

5 RESULTAT

Fördelningen av respektive potentiell confounder (bakgrundsfaktorer) presenteras via ovägt antal personer, uppskattat vägt antal personer samt vägd procentandel (Tabell 3).

Tabell 3: Fördelning av bakgrundsfaktorer.

Bakgrundsfaktor	Ovägt antal (n =)	Uppskattat vägt antal (n=)	Vägd procentandel ¹
Kön			
Man	n = 765	n = 400 265	50,5
Kvinna	n = 746	n = 392 396	49,5
Missing	n = 0		
Total	n = 1 511	n = 792 661	
Ålder			
18-29	n = 214	n = 167 482	21,1
30-44	n = 315	n = 216 484	27,3
45-64	n = 476	n = 238 629	30,1
65-90	n = 506	n = 170 065	21,5
Missing	n = 0		
Total	n = 1 511	n = 792 661	
Utbildningsnivå			
Förgymnasial	n = 231	n = 150 061	19,2
Gymnasial	n = 492	n = 265 799	34,1
Eftergymnasial	n = 762	n = 364 301	46,7
Missing	n = 26		
Total	n = 1 485	n = 780 161	

¹ Vägd procentandel innebär att resultatet utgår från vägda data.

5.1 Svenskars fördelning av social tillit

Den sociala tilliten hos svenskarna var relativt hög. Resultatet visade att av svenskarna hade 11 procent tiondel låg social tillit, 34 procent hade medelnivå av social tillit och 55 procent hade hög social tillit (Tabell 4).

Män uppgav i något större utsträckning än kvinnor låg respektive hög social tillit men i båda könen uppgav över hälften hög social tillit. Skillnaden var dock inte statistiskt signifikant ($\chi^2 = 2,000$, ($df = 1,988$), $p = 0,489$).

I de fyra åldersgrupperna fanns vissa likheter men även skillnader. Andelen med låg social tillit var relativt jämn mellan samtliga fyra åldersgrupper men den yngsta åldersgruppen (18-29 år) hade störst del låg social tillit (14 procent). Vidare var den yngsta åldersgruppen den enda åldersgruppen som hade nästan samma värden för medel och hög nivå av social tillit (42 procent respektive 44 procent) medan de andra grupperna hade större skillnader mellan de två nivåerna, 18-34 procent. Åldersgruppen 45-64 år var avvikande genom att vara den enda åldersgruppen där över 60 procent uppgav hög social tillit. Den yngsta åldersgruppen (18-29 år) uppgav lägst andel av hög social tillit bland samtliga åldersgrupper vilket också var den enda åldersgruppen där färre än hälften uppgav hög social tillit. Sambandet mellan ålder och social tillit var statistiskt signifikanta ($\chi^2= 28,343$, ($df= 5,529$), $p= 0,003$).

När utbildningsnivå tas i beaktning fanns ett mönster av hur nivåerna av social tillit fördelade sig: personer med högre utbildningsnivå hade i större utsträckning högre nivå av social tillit. Andelen personer som hade låg respektive medelnivå av social tillit sjunker desto högre utbildning personerna hade medan andelen med hög social tillit ökade med utbildningsnivå. Personer med förgymnasial utbildningsnivå var den enda gruppen där under hälften (37 procent) uppgav hög social tillit och det var också gruppen som hade störst andel med låg social tillit. Nivåerna av social tillit hos personer med gymnasial utbildning motsvarade ungefär totalvärdena för hela populationen. Av alla undersökta variabler var det personer med eftergymnasial utbildning som hade både den lägsta nivån av låg social tillit (8 procent) och den högsta nivån av hög social tillit (65 procent). Analyserna av utbildningsnivå visade att skillnaderna var statistiskt signifikanta ($\chi^2= 74,634$, ($df= 3,735$), $p= <0,001$).

Tabell 4: Fördelning av social tillit.

Social tillit Variabel	Låg social tillit	Medel social tillit	Hög social tillit				
	Procent	Procent	Procent	Totalt	Chi2-värde	df	p-värde
Totalt	11,1	34,1	54,9	100,1 ¹			
Kön							
Man	11,2	32,4	56,5	100	2,000	1,988	0,489
Kvinna	10,9	35,8	53,3	100			
Ålder							
18-29	14,1	42,4	43,5	100	28,343	5,529	0,003
30-44	9,0	33,3	57,7	100			
45-64	10,1	28,2	61,7	100			
65-90	12,0	35,2	52,8	100			
Utbildningsnivå							
Förgymnasial	18,9	44,6	36,5	100	74,634	3,735	<0,001
Gymnasial	10,3	37,9	51,8	100			
Eftergymnasial	8,2	26,7	65,1	100			

¹ På grund av avrundning blir summan inte alltid 100 procent.

5.2 Svenskars fördelning av politisk tillit

Fördelningen av politisk tillit visade att 50 procent hade hög politisk tillit, 34 procent hade medelnivå av politisk tillit och 15 procent hade låg politisk tillit (Tabell 5).

Män uppgav i något större utsträckning hög politisk tillit (53 procent) jämfört med kvinnorna (48 procent) men sambandet var inte statistiskt signifikant ($\chi^2 = 4,533$, ($df=1,994$), $p = 0,184$). För åldersgrupperna var resultatet av den politiska tilliten jämn på alla nivåer. Den enda åldersgruppen där över hälften (54 procent) hade hög politisk tillit var 45-64-åringarna. Dock hade mellan 47 procent och 49 procent hög politisk tillit i de andra åldersgrupperna. Sambandet för ålder och politisk tillit var inte statistiskt signifikant ($\chi^2 = 7,716$, ($df=5,577$), $p = 0,435$).

För låg politisk tillit minskade andelen från förgymnasial till eftergymnasial utbildningsnivå. För hög politisk tillit var fördelningen tvärtom där andelen med hög politisk tillit ökade ju högre utbildningsnivå som uppmätts. Hos personer med förgymnasial utbildning hade nästan en tredjedel låg politisk tillit, högre än genomsnittet som var 15 procent. Därefter var nivåerna med medel och hög politisk tillit jämna med något mer än en tredjedel. Personer med gymnasial utbildning hade en jämn nivå mellan medel och hög politisk tillit med cirka 40 procent för respektive tillitsnivå. Hos personer med eftergymnasial utbildningsnivå hade en tiondel låg politisk tillit vilket var det lägsta uppmätta värdet för låg politisk tillit bland samtliga grupper. Ungefär en tredjedel (30 procent) uppgav medelnivå av politisk tillit medan dubbelt så många (61 procent) uppgav hög nivå av politisk tillit vilket var det högsta uppmätta värdet för hög politisk tillit bland samtliga grupper. Sambandet mellan utbildningsnivå och politisk tillit var statistiskt signifikanta ($\chi^2 = 80,886$, ($df=3,758$), $p < 0,001$).

Tabell 5: Fördelning av politisk tillit.

Variabel	Politisk tillit	Låg politisk tillit	Medel politisk tillit	Hög politisk tillit				
		Procent	Procent	Procent	Totalt	Chi2-värde	df	p-värde
Totalt		15,4	34,4	50,2	100			
Kön								
Man		15,4	31,9	52,7	100	4,533	1,994	0,184
Kvinna		15,5	36,9	47,7	100,1 ¹			
Ålder								
18-29		13,6	37,4	49,1	100	7,716	5,577	0,435
30-44		17,2	35,6	47,2	100			
45-64		13,7	31,9	54,4	100			
65-90		17,5	33,4	49,1	100			
Utbildningsnivå								
Förgymnasial		27,5	34,2	38,3	100	80,886	3,758	<0,001
Gymnasial		17,3	40,4	42,3	100			
Eftergymnasial		9,5	29,9	60,6	100			

¹ På grund av avrundning blir summan inte alltid 100 procent.

5.3 Svenskars fördelning av självskattade hälsa

Fördelningen av svenskars självskattade hälsa presenteras i Tabell 6. En femtedel av svenskarna uppgav dålig självskattad hälsa. Kvinnor uppgav i något större utsträckning dålig självskattad hälsa än män (23 procent respektive 18 procent) vilket var statistiskt signifikant ($\chi^2=6,946$, ($df=1$), $p= 0,020$).

Hos åldersgrupperna har den yngsta åldersgruppen (18-29 år) den lägsta andelen dålig självskattad hälsa av alla grupper. I åldersgrupperna 30-44 år och 45-64 år är fördelningen av dålig självskattad hälsa nästan identiska, men den yngre åldersgruppen har en något högre andel med dålig självskattad hälsa än den yngre. Detta medför att ökningen av dålig självskattad hälsa inte är konsekvent över åldersspannen. Samtliga resultat var statistiskt signifikanta ($\chi^2=48,644$, ($df=2,779$), $p= <0,001$).

Tabell 6 visar statistiskt signifikanta skillnader i hälsa där andelen med dålig självskattad hälsa sjunker med högre utbildningsnivå. För personer som uppgav dålig självskattad hälsa var andelen med förgymnasial utbildningsnivå dubbelt så hög jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå (31 procent respektive 16 procent). Personer med gymnasial utbildningsnivå uppgav nästintill likadana värden som totalvärdena för hela befolkningen ($\chi^2=30,102$, ($df=1,870$), $p= <0,001$).

Tabell 6: Fördelning av självskattad hälsa.

Självskattad hälsa Variabel	Dålig självskattad hälsa	Bra självskattad hälsa				
	Procent	Procent	Total	Chi2- värde	df	p-värde
Totalt	20,4	79,6	100			
Kön						
Man	17,7	82,3	100	6,946	1	0,020
Kvinna	23,2	76,8	100			
Ålder				48,644	2,779	<0,001
18-29	12,5	87,5	100			
30-44	18,8	81,2	100			
45-64	18,1	81,9	100			
65-90	33,5	66,5	100			
Utbildningsnivå				30,102	1,870	<0,001
Förgymnasial	31,3	68,7	100			
Gymnasial	20,9	79,1	100			
Eftergymnasial	15,8	84,2	100			

5.4 Samband mellan social tillit och självskattad hälsa

Av personer med låg social tillit hade 29,7 procent dålig självskattad hälsa, hos personer med medel social tillit hade 26,1 procent dålig självskattad hälsa och hos personer som uppgav hög social tillit hade 15,1 procent dålig självskattad hälsa. Sambandet mellan social tillit och självskattad hälsa var statistiskt signifikant ($\chi^2=33,138$, ($df=1,973$), $p= <0,001$).

Sambanden från den logistiska regressionsanalysen mellan social tillit och självskattad hälsa presenteras i Tabell 7. Analyserna indikerade att det fanns samband mellan självskattad hälsa och social tillit.

Ojusterade data visade att personer som hade låg social tillit har 2.4 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 2,366, (CI95%= 1,482 - 3,777), $p= <0,001$). Personer som hade medel social tillit hade 2.0 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 1,987, (CI95%= 1,462 - 2,700), $p= <0,001$). Båda grupperna jämfördes med personer som har hög social tillit.

Efter justering för potentiella confounders fanns vissa skillnader men sambanden kvarstod. Personer som hade låg social tillit hade 2.2 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 2,210, (CI95%= 1,371 - 3,485), $p= <0,001$) och personer som hade medel social tillit hade 1.8 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 1,822, (CI95%= 1,347 - 2,536), $p= <0,001$) jämfört med personer som hade hög social tillit.

Gällande sambanden mellan potentiella confounders och självskattad hälsa var sambanden statistiskt signifikanta. Män hade 33 procent lägre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa jämfört med kvinnor (OR= 0,672, (CI95%= 0,497 - 0,909), p= <0,001). Ökad ålder innebar generellt sett högre sannolikhet för dålig självskattad hälsa, där den yngsta åldersgruppen har 75 procent lägre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= ,245, (CI95%= 0,147 - 0,407), p= <0,001). Mellan utbildningsnivå och självskattad hälsa fanns ett samband där lägre utbildningsnivå ökade sannolikheten för dålig självskattad hälsa. Exempelvis hade personer med förgymnasial utbildning dubbelt så stor sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 2,128, (CI95%= 1,366 - 3,316), p= <0,001) som personer med eftergymnasial utbildning.

Tabell 7: Logistisk regression som redovisar sambandet mellan social tillit och dålig självskattad hälsa med justering för kön, ålder och utbildningsnivå.

Oberoende variabel	Ojusterat			Justerat		
	OR	CI 95%	p-värde	OR	CI 95%	p-värde
Social tillit - låg	2,366	1,482 - 3,777	<0,001	2,210	1,371 - 3,485	<0,001
Social tillit - medel	1,987	1,462 - 2,700	<0,001	1,822	1,347 - 2,536	<0,001
Social tillit - hög	1,000	.	.	1,000	.	.
Kön						
Man				0,672	0,497 - 0,909	0,010
Kvinna				1,000	.	.
Ålder						
18-29				,245	0,147 - 0,407	<0,001
30-44				,512	0,344 - 0,763	0,001
45-64				,481	0,336 - 0,690	<0,001
65-90				1,000	.	.
Utbildningsnivå						
Förgymnasial				2,128	1,366 - 3,316	0,001
Gymnasial				1,550	1,121 - 2,143	0,008
Eftergymnasial				1,000	.	.

5.5 Samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa

Av personer med låg politisk tillit hade 31,1 procent dålig självskattad hälsa, hos personer med medel politisk tillit hade 23,8 procent dålig självskattad hälsa och hos personer som uppgav hög politisk tillit hade 14,7 procent dålig självskattad hälsa. Sambandet mellan politisk tillit och självskattad hälsa var statistiskt signifikant ($\chi^2=34,881$, ($df=1,988$), p= <0,001).

Sambanden från den logistiska regressionsanalysen mellan politisk tillit och självskattad hälsa presenteras i Tabell 8. Analyserna indikerade att det fanns ett samband mellan självskattad hälsa och politisk tillit.

Ojusterade data visade att personer som hade låg politisk tillit hade 2.6 gånger högre sannolikhet (OR= 2,614, (CI95%= 1,744 - 3,918), p= <0,001) och att personer med medel politisk tillit hade 1.8 gånger högre sannolikhet (OR= 1,818, (CI95%= 1,318 - 2,496), p= <0,001) att ha dålig självskattad hälsa jämfört med personer som hade hög politisk tillit.

För justerade data minskade sannolikheterna något. Personer med låg politisk tillit hade 2.2 gånger större sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 2,165, (CI95%= 1,427 - 3,284), p= <0,001) och personer med medel politisk tillit hade 1.7 gånger högre sannolikhet (OR= 1,727, (CI95%= 1,244 - 2,425), p= <0,001) att ha dålig självskattad hälsa jämfört med personer som hade hög politisk tillit.

Gällande sambanden mellan potentiella confounders och dålig självskattad hälsa var sambanden statistiskt signifikanta. Män hade 30 procents lägre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 0,697, (CI95%= 0,514 - 0,944), p= 0,020). Personer i den äldsta åldersgruppen (65-90 år) hade högst sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa jämfört med övriga åldersgrupper. Störst var skillnaden till den yngsta åldersgruppen (18-29 år) som hade 74 procents lägre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa jämfört med den äldsta åldersgruppen (OR= 0,262, (CI95%= 0,156 - 0,441), p= <0,001). Personer med förgymnasial utbildning hade 2.2 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 2,173, (CI95%= 1,377 - 3,428), p= 0,001) och personer med gymnasial utbildning hade 1.4 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa (OR= 1,447, (CI95%= 1,041 - 2,012), p= 0,028) jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.

Tabell 8: Logistisk regression som redovisar sambandet mellan politisk tillit och dålig självskattad hälsa med justering för kön, ålder och utbildningsnivå.

Oberoende variabel	Ojusterat			Justerat		
	OR	CI 95%	p-värde	OR	CI 95%	p-värde
Politisk tillit - låg	2,614	1,744 - 3,918	<0,001	2,165	1,427 - 3,284	<0,001
Politisk tillit - medel	1,814	1,318 - 2,496	<0,001	1,737	1,244 - 2,425	<0,001
Politisk tillit - hög	1,000	.	.	1,000	.	.
Kön						
Man				0,697	0,514 - 0,944	0,020
Kvinna				1,000	.	.
Ålder						
18-29				0,262	0,156 - 0,441	<0,001
30-44				0,492	0,332 - 0,730	<0,001
45-64				0,481	0,334 - 0,691	<0,001
65-90				1,000	.	.
Utbildningsnivå						
Förgymnasial				2,173	1,377 - 3,428	0,001
Gymnasial				1,447	1,041 - 2,012	0,028
Eftergymnasial				1,000	.	.

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

6.1.1 Metodvalsdiskussion

I enlighet med studiens syfte att undersöka nivåer av tillit relaterat till självskattad hälsa hos vuxna svenskar användes kvantitativ metod. Genom kvantitativt metodval möjliggjordes undersökning av numerära data från ESS, vilket föreliggande studie baseras på. Därmed gick det att undersöka fördelning i ett stort urval, studera samband samt generalisera resultatet till populationen om urvalet representerar populationen tillräckligt väl (Creswell & Creswell, 2018). Eftersom data från ESS är insamlad under ett tillfälle är studien av tvärsnittsdesign. Det möjliggör undersökning av bland annat hälsostatus och eventuella samband med andra variabler (Bruce et al., 2018). En nackdel är att det är omöjligt att säga något om variabelernas orsaksriktning (Grimes & Schulz, 2002). En studie med data som tillät longitudinell design med insamling av data vid fler tillfällen hade varit användbar för att undersöka orsakssamband (Bruce et al., 2018).

En eventuell nackdel med att använda sekundärdata från ESS är att det kan vara svårt att bedöma kvaliteten av information om metoden är bristfällig (Blaikie, 2003).

Metodinformationen från ESS har varit något ojämn. Exempelvis har information om urval varit riklig medan information om kvalitetskriterier och forskningsetik varit knapphändig. Ytterligare en eventuell nackdel med sekundärdata är att den initialt kan vara skapad för att besvara andra syften vilket gör att passformen kan vara sämre vid nya studier (Blaikie, 2003).

6.1.2 Urvalsdiskussion

Genom att utgå från vägda data, vilket ESS (2020) rekommenderar, förändras utgångspunkten något. Om vägning inte hade genomförts hade resultaten utgått från det exakta urvalet på 1 539 personer och procentsatserna som redovisas hade utgått från den gruppen. I och med vägningen förändras data till en mer representativ populationsgrupp på cirka 700 000 – 800 000 personer vilket gör studien mer generaliserbar. Genom att väga data blir resultaten således bättre representativa för svensk population eftersom data tar hänsyn till urvalet och externa bortfall.

Om personer under 18 år hade inkluderats i studien hade det eventuellt inneburit att en större proportion uppvisat bra självskattad hälsa. Detta eftersom den yngsta åldersgruppen (18-29 år) var den som uppgav störst proportion av bra självskattad hälsa. Ytterligare en konsekvens hade varit att en större andel kategoriserats med förgymnasial utbildning eftersom många personer under 18 år ännu inte hunnit ta gymnasieexamen. Dock var gruppen relativt liten i det ovägda urvalet ($n = 28$) jämfört med samtliga medverkande ($n = 1539$). Att personer över 84 år inkluderades i studien kan ha påverkat data genom att

exempelvis en större andel av den äldsta åldersgruppen (65-90 år) uppgav dålig självskattad hälsa. Detta eftersom äldre personer överlag uppgav sämre självskattad hälsa än yngre personer (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Även om deltagarantalet ($n = 1\,539$) kan anses representativt för hela populationen eftersom data vägs (ESS, 2020). Dock var det externa bortfallet stort då 39 procent av det totala urvalet valde att medverka i undersökningen. Det hade varit relevant att veta hur det externa bortfallet på 61 procent hade påverkat aktuella variabler. Externt bortfall kan innebära systematisk felrepresentation av populationen och kallas selection bias. Förutom att använda representativt urval finns det inget som kan förebygga selection bias, dock kan vägning av data minska selection bias (Bruce et al., 2018) vilket genomfördes i föreliggande studie. Vidare kan faktiska deltagare skilja sig från personer som inte medverkade. Om anledningen att inte medverka hade samband med exempelvis dålig självskattad hälsa kan utfallet ha påverkats genom att fler som deltog uppgav bra självskattad hälsa vilket påverkade resultatet (Bruce et al., 2018). Detta är något som skulle kunnat vara fallet i ESS urval. I föreliggande studie kan det ha påverkat genom att till exempel att personer med låg tillit (social och/eller politisk) eller dålig självskattad hälsa i större utsträckning tackat nej till att medverka. Det hade kunnat påverka genom att fördelningen av respektive huvudvariabel (social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa) varit annorlunda, vilket eventuellt också kunnat påverka sambanden.

Det externa bortfallet på 61 procent var bland annat en följd av språkbarriär, kort- eller långvarig sjukdom och ovilja att delta (ESS, 2019a). Det finns en möjlighet att personer som upplevde språkbarriär eller sjukdom hade tillhört gruppen med låg självskattad hälsa vilket hade inneburit att den gruppen hade varit något större. Detta eftersom vissa grupper av utrikes födda uppger sämre självskattad hälsa än inrikes födda. (Folkhälsomyndigheten, 2019, 2020). För att minska andelen bortfall bland personer som uppger språkbarriär som ett hinder skulle ESS kunna tillhandahålla intervjuare som behärskar de språk som talas av de personer som uppger språk som hinder.

6.1.3 Diskussion om datainsamling och datamaterial

Då föreliggande studie baseras på sekundärdata från ESS fanns ingen möjlighet att påverka studiedesign eller vilka frågor som ställdes till deltagarna. Dock är ESS undersökning omfattande vilket skapade möjlighet att välja mellan över 500 variabler. Om egen datainsamling genomförts hade kvaliteten på urval varit inte varit lika god som ESS (2019a). Detta eftersom det hade varit svårt att genomföra ett lika stort stratifierat och randomiserat urval med resurserna och tiden som var tillgängliga i föreliggande studie. Det hade också påverkat generaliserbarheten till det sämre.

Datamaterialet kan ha påverkats av att de flesta variablerna självrapporterats. Det finns en risk för bias då deltagaren kan minnas fel eller inte vill delge viss information (Bruce et al., 2018). Möjligtvis påverkas deltagaren av att det är en fysisk intervjuare som tar emot alla svar. Det kan eventuellt innebära att deltagaren upplever vissa frågor som mer känsliga att besvara och kanske svarar annorlunda än vad deltagaren egentligen anser vilket då påverkar datamaterialet. För variabler som används i föreliggande studie kan det möjligtvis beröra

social tillit och politisk tillit eftersom dessa kan ses som politiska åsikter. Även självskattad hälsa kan inbegripas då det kan upplevas känsligt att delge information om sitt hälsotillstånd. Men utan en intervjuare hade möjligtvis det interna bortfallet varit större.

6.1.4 Diskussion om variabler

Eftersom de två oberoende variablerna social tillit och politisk tillit kodades likadant används begreppet tillit i följande diskussionsavsnitt om variabler som en beskrivning av båda variablerna. Tillitsvariablerna kodades genom att 0-3 blev låg tillit, 4-6 blev medel tillit och 7-10 blev hög tillit. Kategoriseringen innebar att de lägsta och högsta värdena innehöll fyra svarsalternativ och det mittersta tre svarsalternativ. Denna kategorisering gjordes utav två anledningar. Dels för att likadan kategorisering av tillit gjorts i andra studier (Holmberg & Rothstein, 2020; Mattila & Rapeli, 2018). Dels för att få en jämn fördelning av respektive kategori som innehåller extremvärden. Om exempelvis låg tillit kategoriserats med tre svarsalternativ hade det inneburit att de två andra svarsalternativen (medel respektive hög tillit) hade inkluderat fyra svarsalternativ. Det hade medfört en form av snedfördelning där svarsalternativet var fler åt det ena hållet jämfört med det andra. Det fanns ingen anledning att snedfördela svarsalternativen utan det mest rättvisa sättet ansågs vara att kategorisera fyra svarsalternativ på låga respektive höga tillitsvärden.

I en annan studie använder Holmberg och Rothsteins (2017) två svarsalternativ för att mäta social tillit: "Most people can be trusted (s. 2)" eller "Need to be very careful (s. 2)". Att valmöjligheten endast är två svarsalternativ går att problematisera eftersom deltagaren då måste ta ställning för det ena eller andra svarsalternativet. Det kan innebära att ett svarsalternativ blir valt trots att det inte uppfattas som representativt, endast eftersom det andra svarsalternativet anses ännu mindre representativt. Samtidigt finns en styrka då det kräver att deltagaren rannsakar sin sociala tillit istället för att välja ett mittenvärde, vilken eventuellt kan uppfattas som något enklare.

Den beroende variabeln, självskattad hälsa, dikotomiserar ofta inför analys. I studier med ojämnt antal svarsalternativ för självskattad hälsa förekommer det att mittalternativet i vissa fall dikotomiserar som bra självskattad hälsa och i andra fall som dålig självskattad hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020; Mohseni & Lindström, 2008; Nieminen et al., 2010; Poortinga, 2006). Effekten av detta blir att deltagare som svarat mittalternativet klassificeras till att ha dålig självskattad hälsa eller bra självskattad hälsa trots att deltagaren själv eventuellt inte anser sig höra till någon av kategorierna. Precis som Eriksson (1996) beskriver med modellen hälsokorset (Figur 1) så är hälsa ett komplext begrepp där sjukdom och friskhet respektive bra mående och dåligt mående befinner sig på gemensam grund där aspekterna korsar varandra.

I föreliggande undersökning valdes det något neutralare mittalternativet "någorlunda" att kategoriseras som dålig självskattad hälsa. Detta eftersom det var den vanligast förekommande dikotomiseringen av mittalternativ i studier som behandlat liknande ämnen. Det innebär dock att gruppen med dålig självskattad hälsa (20 procent i studien) möjligtvis är något större än om "någorlunda" hade dikotomiserats till bra självskattad hälsa.

Med hänsyn till Hälsokorset (Eriksson, 1996) kan därför människor som svarar ”någorlunda” falla var som helst i skalan mellan sjukdom och friskhet respektive bra mående och dåligt mående. Därtill kan personer som anser sig ha bra självskattad hälsa vara sjuka och personer med dålig självskattad hälsa kan vara friska. Självskattad hälsa kompliceras vidare utav att det är en subjektiv bedömning som kan variera över tid och mellan kontexter (Jylhä, 2009; Layes et al., 2012). Det medför att en person som uppfattar dålig självskattad hälsa en dag kan uppfatta bra självskattad hälsa nästa dag.

I och med att den beroende variabeln dikotomiserades var logistisk regressionsanalys möjlig för att undersöka samband mellan oberoende och beroende variabel. Resultatet kan ha påverkats av hur åldersvariabeln kategoriserades. Det går att argumentera för att åldersgrupperna (18-29 år, 30-44 år, 55-64 år samt 65-90 år) borde kategoriserats i mer likvärdiga intervaller. I den genomförda ålderskategoriseringen innehöll exempelvis den yngsta åldersgruppen (18-29 år) tolv årskullar medan den äldsta åldersgruppen (65-90 år) innehöll 26 årskullar. Denna kategorisering gjordes eftersom Folkhälsomyndigheten (2020) kategoriserat självskattad hälsa utefter dessa åldersgrupper, förutom att personer över 84 år exkluderats. Om dessa ålderskategoriseringar inte hade använts hade det inneburit att det inte fanns någon ålderskategorisering av svenskars självskattade hälsa att jämföra med. Utan att beakta andra undersökningar för att jämföra föreliggande resultat med hade en jämnare kategorisering av åldersgrupperna varit lämplig åldersgrupperna då hade varit jämnstora och därför lättare att jämföra med varandra.

Resultatet kan vidare ha påverkats av kategoriseringen av utbildningar. Exempelvis är det skillnad på utbildningsalternativen ”Universitet/Högskola, 1 år, med examen” och ”Forskarutbildning: Doktorsexamen”. Trots detta kategoriseras de i samma nivå, eftergymnasial utbildning. Kategoriseringen av utbildning medför därmed att kategorin eftergymnasial utbildning är 47 procent av utbildningsalternativet. En möjlighet hade varit att begränsa eftergymnasial utbildning till tre års studier vid högskola eller universitet med examen eller mer istället för att inkludera utbildningar på ett eller två år med exempelvis ”Eftergymnasial utbildning, ej Universitet/Högskola, 1 år (t ex KY-utbildning, militärutbildning)” och ”Universitet/Högskola, 1 år, med examen” som alternativ. Samtidigt visar Statistiska Centralbyråns (2021) statistik att 44 procent av svenska befolkningen studerat vidare efter gymnasiet, vilket överensstämmer med föregående studies resultat.

Trots att justering skett för potentiella confounders som kön, ålder och utbildningsnivå kan det finnas andra confounders för vilka analyserna inte är justerade för. Detta kallas för residual confounding och kan således vara bakomliggande faktorer som påverkar studiens beroende variabel (Bruce et al., 2018). Dock ansågs tre potentiella variabler vara tillräckligt att justera för då det inte ingick i studiens syfte eller frågeställningar att undersöka några andra specifika faktorer.

6.1.5 Analysmetodsdiskussion

Valet att använda vägda data påverkade genom att urvalet korrigerades för och att urvalet som används istället för 1 539 personer blev nästan 800 000 personer (Tabell 3). Genom att väga data blev studiens resultat mer generaliserbart till svensk population (se Diskussion om

kvalitetskriterier). Vägning av data påverkade exempelvis distributionen av ålderspopulationen. Exempelvis hade en större andel tillhört den äldsta åldersgruppen (65-90 år) om data inte var vägda. Det bör ha inneburit att fler uppgett dålig självskattad hälsa än det aktuella resultatet eftersom den äldsta åldersgruppen i störst utsträckning av alla åldersgrupper rapporterade dålig självskattad hälsa. Vägda data påverkade också genom att samtliga analyser i SPSS utgick från *complex samples*, vilket påverkade exempelvis möjliga statistikalternativ inom vissa regressionsanalyser. Exempelvis går det inte att genomföra Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit-testet vilket rekommenderas vid logistisk regression då testet visar hur väl modellen passar använda data (Pallant, 2020).

Analysmetoderna valdes utefter möjligheten att besvara studiens syfte och frågeställningar. För att studera fördelningar mellan grupper (studiens första tre frågeställningar) genomfördes chi²-analyser. Genom att göra chi²-tester på deskriptiva data möjliggjordes det att se om skillnaderna mellan grupperna var statistiskt signifikanta. För att kunna genomföra chi²-test måste båda variablerna som undersöks vara kategoriska (Bruce et al., 2018), vilket samtliga variabler var eftersom de grupperats (se Diskussion om variabler). Dessutom måste deltagarna som ingår i variablerna endast finnas i en av grupperna som undersöks i varje test (Bruce et al., 2018). För att göra chi²-test måste urvalet därtill vara tillräckligt stort, exempelvis genom att 80 procent av de förväntade frekvenserna är över fem och resterande 20 procent över ett (Bruce et al., 2018). Eftersom vägda data användes för analyserna uppgick urvalet till nästan 800 000 personer vilket antogs uppfylla tidigare nämnda frekvenskrav, vilket det också gjorde.

För att besvara studiens fjärde och femte frågeställningar om samband mellan social tillit och självskattad hälsa respektive politisk tillit och självskattad hälsa ansågs regressionsanalyser vara lämpligt. Eftersom den beroende variabeln (självskattad hälsa) dikotomiserats genomfördes logistisk regressionsanalys. Om den beroende variabeln inte dikotomiserats hade istället linjär regressionsanalys genomförts vilket är möjligt när den beroende variabeln är kontinuerlig istället för kategorisk (Bruce et al., 2018). Genom att göra multipel logistisk regressionsanalys fanns möjlighet att justera för potentiella confounders vilket innebar att inverkan av vissa tänkbara falska samband kunde elimineras.

6.1.6 Diskussion om kvalitetskriterier

Ett kvalitetskriterium är reliabilitet som kan beskrivas via vilket sätt en mätning visar samma resultat vid flera tillfällen (Bruce et al., 2018), likaså om mätningen är stabil över tid så kallat test-retest (Creswell & Creswell, 2018). Variationer i mätning kan exempelvis bero på slump, sann förändring eller bias (Bruce et al., 2018).

Ytterligare ett kvalitetskriterium är validitet som kan sammanfattas genom att det test, instrument eller frågor som används ger ett sant resultat. Det finns olika sorters validitet och de kan beskrivas som: *ytvaliditet* (eng. face validity) som berör huruvida instrumentet är relevant och tydligt. *Innehållsvaliditet* (eng. content validity) vilket berör hur pass noga instrumentet kan mäta samtliga parametrar som behövs för att mäta det som ska mätas. *Kriterievaliditet* (eng. criterion validity) berör hur väl instrumentet förhåller sig till redan vedertagna kriterier för att mäta det som ska mätas (Bruce et al., 2018). *Begreppsvaliditet*

(eng. construct validity) berör huruvida instrumentet mäter rätt parametrar (Bruce et al., 2018).

Innehållsvaliditet främjas via enkäter som är testade innan genomförande, exempelvis via pilotenkäter eller -intervjuer, vilket frågorna som används i enkäten är (Creswell & Creswell, 2018). Dock menar Mohseni och Lindström (2008) att det är omöjligt att validera social tillit och politisk tillit eftersom variablerna självrapporterats. Det innebär att det inte går att kontrollera att svaren som lämnas verkligen är sanna.

Föreliggande studie baseras på sekundärdata med enkätfrågor som använts i flertalet omgångar av ESS undersökningar. ESS frågeformulär utvecklades under fem år och flera olika metoder för att garantera kvalitet har använts såsom att göra expertanalyser och två storskaliga pilottester där icke-svar, skalor samt strukturer analyserades (Fitzgerald & Jowell, 2010). ESS (n.d.-a) har därefter använt Multitrait-Multimethod (MTMM) för att undersöka och avgöra frågornas kvalitet sett till reliabilitet och validitet. Exakt hur dessa undersökningar går till framgår inte men resultaten redovisas via en öppen databas vid namn Survey Quality Predictor [SQP] (2021). Dock tydliggörs inte hur analyserna genomförts eller vad analysernas resultat innebär vilket gör det omöjligt att bedöma validitet och reliabilitet via SQP.

ESS (2018a) beskriver vidare att intervjuarens agerande påverkar enkätens reliabilitet och validitet och därför finns en standardisering av hur intervjuarna ska uppföra sig samt att alla intervjuare genomför samma intervjuutbildning.

Generaliserbarheten, som också kallas extern validitet, berör tillämpbarheten av studiens resultat på andra populationer än studiens deltagare. Generaliserbarhet påverkas exempelvis av urvalsmetod, urvalstorlek och externt bortfall (Creswell & Creswell, 2018). ESS (2019) baserar sina studier på svenskt befolkningsregister vilket medför att alla som är folkbokförda i Sverige har möjlighet att slumpas för att delta i studien. Dessutom tillkommer geografisk representation samt proportionerlig könsfördelning i urvalet. Slutligen inkluderar urvalet 1 539 personer vilket kan anses vara tillräckligt för att representera populationen vid generalisering (Blakie, 2003). Men eftersom beslut att väga data togs är resultatet, enligt ESS (2020) mer representativt för svensk population.

6.1.7 Forskningsetisk diskussion

Eftersom studien baseras på sekundärdata från ESS hade alla etikrelaterade beslut och ageranden redan genomförts vilket innebär att det saknades möjlighet att påverka tidigare etiska förhållanden. Etikkraven som Vetenskapsrådet (2017) ställer kan antas ha följts då Vetenskapsrådet godkänt och finansierat undersökningen (ESS, 2019a).

Datinsamling och forskning som berör känsliga personuppgifter, vilket ESS insamling gör ska inhämtas med samtycke från deltagarna. I missivbrevet deltagarna mottar förekommer information om samtycke (ESS, 2018a; ESS, n.d.-c), men det hade varit önskvärt att ESS hade förtydligat *exakt* hur de försäkras sig om att deltagarna samtycker till deltagande förutom att informera om deras rättigheter kring att exempelvis avsluta medverkan utan förklaring. Samtycke kunde exempelvis ha specificerats genom att deltagaren fått signera ett

dokument, fysiskt eller digitalt, som beskriver vad samtycke innebär: Detta hade varit möjligt eftersom varje intervjuare har ett separat kontaktformulär för varje enskild deltagare (dock oklart om det är fysiskt eller digitalt) (ESS, 2018b). Nämnvärt är också att problematisera om deltagarna förstått den potentiella omfattningen av vad insamlad data kan användas till eftersom den är tillgänglig för allmän åtkomst efter att den lagts ut på ESS hemsida (ESS, 2019a). Dock har ESS vidtagit åtgärder för att ingen specifik person ska kunna gå att identifiera via insamlade data vilket garanterar individens anonymitet (ESS, n.d.-c). Vidare innehåller datasetet inga personuppgifter och i föreliggande studie presenteras ingen individdata utan allt presenteras utifrån grupp nivå vilket stärker anonymitet och konfidentialitet.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka vuxna svenskers fördelning av social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa samt huruvida det finns samband mellan å ena sidan social tillit respektive politisk tillit och å andra sidan självskattad hälsa.

6.2.1 *Diskussion om svenskers fördelning av social tillit*

Det finns två studier om svenskers sociala tillit att jämföra med, båda av Holmberg och Rothstein och baseras på enkäter. Deras studie från år 2020 använder data från år 2018 där ungefär 10 000 vuxna svenskar besvarat en fråga om social tillit med svarsalternativ mellan 0-10. Holmberg och Rothstein (2020) har kategoriserat den sociala tilliten som i föreliggande studie, det vill säga låg social tillit (0-3), medel social tillit (4-6) samt hög social tillit (7-10). Holmberg och Rothsteins (2017) andra studie använder data från år 2011 och frågan om social tillit har dikotomiserade svarsalternativ: "Most people can be trusted (s. 2)" eller "Need to be very careful (s. 2)". Urvalet baseras på personer från femton år och uppåt, men storleken på urvalet framgår inte. Användningen av dikotomt svarsalternativ kan problematiseras. Detta eftersom deltagarna fick ta ställning till om de hade social tillit eller inte, oavsett om deras uppfattningar om social tillit befann sig på en skala med svar någonstans i mitten. Holmberg och Rothsteins (2017) resultat för år 2011 visade att 62 procent av svenskarna hade social tillit. Jämförelse med föreliggande studies resultat kan vara svårt eftersom svarsalternativen grupperats olika. Holmberg och Rothstein (2017) har således utgått från om social tillit fanns eller inte medan föreliggande studie utgår från kategorisering där social tillit bedöms enligt en kategoriserad skala.

Ett sätt att jämföra resultatet i föreliggande studie kan vara att gruppen med hög social tillit anses ha social tillit (55 procent) eller att grupperna med hög social tillit och medel social tillit (55 procent + 34 procent = 89 procent) anses ha social tillit. Det skulle innebära att resultatet antingen understiger eller överstiger Holmberg och Rothsteins (2017) resultat. Det kan indikera att den sociala tilliten förändrats sedan Holmberg och Rothsteins (2017) studie med data från år 2011 då föreliggande studie utgår från data inhämtad år 2018. Eller att det inte är lämpligt att jämföra dikotomiserade svarsalternativ med kategoriserade svarsalternativ gällande social tillit.

Holmgren och Rothsteins (2020) andra studie visar att resultatet stämmer överens med föreliggande studie. I Holmberg och Rothstein (2020) forskningsresultat med data från år 2018 har 9-12 procent låg politisk tillit respektive 26-30 procent för medelnivå vilket liknar resultatet i föreliggande studie (låg social tillit 11 procent och medel social tillit 34 procent). Resultatet bekräftar dock inte Holmberg och Rothstein (2020) förutsägelse att andelen med låg social tillit är på uppgång. Resultatet indikerar snarare att personer med medelnivå av social tillit ökat något, möjligtvis på bekostnad av andelen personer som har hög social tillit.

Utbildningsnivå verkar vara en faktor som påverkar nivån av social tillit då eftergymnasial utbildning innebar att 65 procent hade hög social tillit vilket är över den totala andelen (55 procent) när fördelning av social tillit inte baseras på andra bakgrundsfaktorer. Holmgren och Rothstein (2020) styrker sambandet mellan utbildningsnivå och social tillit genom att beskriva att personer med förgymnasial utbildning har lägre nivå av social tillit än andra utbildningsnivåer vilket bekräftas i föreliggande studie.

6.2.2 Diskussion om svenskars fördelning av politisk tillit

Resultatet visar att av svenskarna har 50 procent hög politisk tillit, 34 procent medelnivå av politisk tillit och 15 procent låg politisk tillit. Det går att jämföra med studien av Mohseni och Lindström (2008) som dock har en annorlunda uppdelning av nivåerna av politisk tillit. De använder fyra svarsalternativ på en skala från "Väldig stor tillit" till "Ingen tillit alls" till Sveriges riksdag. Därtill fanns svarsalternativet "Ingen åsikt". I Mohseni och Lindströms (2008) studie är det en större andel personer som anser sig sakna eller ha låg politisk tillit och en lägre andel (en tredjedel) som uppger sig ha de högsta nivåerna av tillit. Skillnaderna skulle kunna orsakats av de olika svarskategoriseringarna, att deltagarna kunde svara "Ingen åsikt", vilket medförde ett svarsbortfall på 15 procent. Skillnaderna kan också bero på att Mohseni och Lindströms (2008) data är från år 2004, det vill säga 14 år tidigare än data från ESS är insamlad, eller att studien endast utgår från data insamlad i Skåne. Dock utgår studien från en population på nästan 30 000 personer mellan 18-80 år vilket är liknande ESS data som är generaliserbar efter vägning samt användandet av vuxna deltagare.

Catterberg och Moreno (2005) mäter politisk tillit huruvida politisk tillit finns eller inte. I deras mätning från år 2000/2001 uppgav 49 procent att de hade politisk tillit vilket kan jämföras med föreliggande studie där hälften uppgav hög politisk tillit. Trots att det skiljer nästan 20 år mellan Catterberg och Morenos (2005) mätning och ESS omgång 9 från år 2018 är andelen som har politisk tillit respektive hög politisk tillit liknande mellan studierna. Urvalet för Catterberg och Morenos (2005) studie var cirka 1 000 personer men författarna uppger att studien baserats på intervjuer samt att data har vägts innan analyser. Möjligtvis är det de liknande datainsamlingsmetoderna samt vägningen av data som inneburit de likartade resultaten trots skillnaden i kategorisering av svarsalternativ och tidsskillnaden mellan datainsamlingstillfällena.

Catterberg och Moreno (2005) beskriver att socioekonomiska faktorer såsom utbildning troligtvis är bestämningsfaktorer för politisk tillit vilket kan stämma överens med studiens resultat. Sett till utbildningsnivå finns tydliga skillnader där framförallt eftergymnasial

utbildning visar samband med högre nivå av politisk tillit. Det kan således innebära att utbildningsnivå är en faktor som påverkar nivån av politisk tillit.

En svaghet med mätningen av politisk tillit kan anses vara att resultatet endast grundats på tillit till parlamentet (Sveriges riksdag). Dock är det ett vedertaget sätt att mäta politisk tillit på vilket både Mohseni och Lindström (2008) samt Catterberg och Moreno (2005) använt. Men för att stärka mätningen hade fler parametrar av politisk tillit, såsom tillit till regeringen eller politiska partier, kunnat användas.

6.2.3 Diskussion om fördelningen av svenskars självskattade hälsa

Folkhälsomyndigheten (2020) rapporterar att 27 procent av vuxna svenskar anser sig ha dålig självskattad hälsa. Det finns således en skillnad med föreliggande studie där 20 procent uppger dålig självskattad hälsa. En likhet mellan studien och Folkhälsomyndighetens (2020) undersökning är att det förekom könsskillnader avseende hälsa där kvinnor i större utsträckning än män uppgett dålig självskattad hälsa. En skillnad är att trots att Folkhälsomyndigheten (2020) exkluderade deltagare över 84 år fanns en större andel med dålig självskattad hälsa i den äldsta i åldersgruppen (65-84 år) än föreliggande studies resultat med personer upp till 90 år (uppskattningsvis 41 procent respektive 34 procent). En faktor som kan påverka jämförelsen av resultatet med Folkhälsomyndighetens (2020) undersökning är distributionen av kön, ålder eller utbildning i urvalet inte rapporteras. Möjligtvis har Folkhälsomyndigheten (2020) större andel med låg utbildning eller äldre personer, det vill säga grupperna som i föreliggande studie rapporterar dålig självskattad hälsa jämfört med andra grupper.

Dessa skillnader skulle exempelvis kunna orsakas av att personer som upplever sig ha bra självskattad hälsa, oavsett åldersgrupp, i större utsträckning medverkar i undersökningar såsom de från ESS. Eftersom det är en timmeslång undersökning där en intervjuare träffar deltagaren fysiskt kan det eventuellt innebära att personer som upplever sig ha dålig självskattad hälsa inte medverkar på grund av sitt hälsotillstånd (se diskussion om selection bias i Urvalsdiskussion). Det externa bortfallet visar exempelvis att 109 personer valde att inte medverka på grund av kort- eller långvarig sjukdom medan 1 433 personer uppgav ovilja att delta (ESS, 2019a), kanske på grund av hälsoskäl även om det inte uppgavs som anledning till att inte medverka. Språkbarriär var också en anledning till att inte medverka (ESS, 2019a) vilket kan ha inneburit att utrikes födda uteblev från medverkan. Det kan ha påverkat resultatet eftersom utrikes födda delvis har sämre hälsa än inrikes födda och generellt sett har sämre livsvillkor (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Precis som i föreliggande studie visar Folkhälsomyndighetens (2020) undersökning ett samband mellan självskattad hälsa och utbildningsnivå. Hos personer med förgymnasial utbildningsnivå hade 31 procent dålig självskattad hälsa. Motsvarande andel med förgymnasial utbildning och dålig självskattad hälsa i Folkhälsomyndighetens (2020) undersökning var 43 procent.

6.2.4 Diskussion om samband mellan social tillit och självskattad hälsa samt samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa

Sammanfattningsvis visar resultaten att det finns samband mellan social tillit och självskattad hälsa samt politisk tillit och självskattad hälsa. Resultaten visar att högre social tillit eller högre politisk tillit innebär mindre sannolikhet för dålig självskattad hälsa. Dessutom hade respektive analyser liknande oddskvoter. Såsom att personer med låg nivå av respektive tillit hade 2.2 gånger högre sannolikhet att ha dålig självskattad hälsa jämfört med personer som har hög nivå av respektive tillit (bägge oddskvoter justerat för kön, ålder och utbildningsnivå samt avrundat till en decimal).

I följande avsnitt diskuteras respektive samband gemensamt samt utifrån det teoretiska perspektivet socialt kapital. Först diskuteras det procentuella sambandet mellan nivåerna av tillit för social tillit och politisk tillit. Därefter diskuteras föreliggandes studies sambandsresultat jämfört mot andras studiers sambandsresultat och slutligen diskuteras relevansen för folkhälsovetenskap.

Andelen personer med dålig självskattad hälsa för respektive nivå av tillit är nästan likadan för social tillit som politisk tillit. Exempelvis har 30 procent av personer med låg social tillit respektive 31 procent av personer med låg politisk tillit dålig självskattad hälsa. Andelen personer med medelnivå av social tillit (26 procent) och politisk tillit (24 procent) som uppger dålig självskattad hälsa är jämn. För hög nivå av social tillit och politisk tillit är andelen som uppger dålig självskattad hälsa 15 procent för båda aspekterna av tillit. Att andelarna följs åt skulle kunna orsakas av att det är ungefär samma personer som uppger låga nivåer av bägge formerna av tillit vilket eventuellt kan beskrivas via socialt kapital. Det vill säga att personer som har låg nivå av en faktor i socialt kapital också har låg nivå av andra faktorer inom det sociala kapitalet. Med andra ord: låg nivå av social tillit i form av bonding kan också innebära låg nivå av politisk tillit i form av linking (Poortinga, 2012). Detta resulterar sedan i dålig självskattad hälsa eftersom möjligheten att använda resurser via nätverk är låg. Dock bör det påpekas att sambandet kan gå från dålig självskattad hälsa till låg nivå av tillit, eller att bägge faktorerna påverkar varandra. Trots att andelen är liknande för varje tillitsnivå går det inte att avgöra om det är samma personer som uppgett exempelvis låg nivå av respektive tillit. Det hade dock varit intressant att undersöka det potentiella sambandet om möjlighet fanns.

Precis som i föreliggande studie finns ett samband mellan låg politisk tillit och dålig självskattad hälsa i Mohseni och Lindströms (2008) studie, trots olikheter i metod (se Diskussion om svenskars fördelning av politisk tillit). I Mohseni och Lindströms (2008) studie var personer utan politisk tillit över 2.2 gånger mer sannolika att ha dålig självskattad hälsa jämfört med personer som har hög politisk tillit (justerat för ålder). Samma samband i föreliggande studie visade att det var 2.2 gånger högre sannolikhet för personer med låg politisk tillit jämfört med hög politisk tillit att ha dålig självskattad hälsa (justerat för kön, ålder och utbildning).

Studiens teoretiska perspektiv utgår från socialt kapital, en mångfacetterad teori som utvecklats av flera personer under lång tid (Islam et al., 2006). En av flera utgångspunkter är just tillit (Putnam, 2020). Tillit kan vara sammanlänkat med människors hälsa genom att

flertalet samhällsfaktorer påverkar sociala och politiska förutsättningar vilket inverkar på aspekter av hälsa som i sig har hälsopåverkan (Eriksson, 2011). En individs relationer påverkar således hälsobeteende och hälsa (Hayden, 2019; Kawachi & Berkman, 2014). Premissen är att låg social tillit eller låg politisk tillit, det vill säga lågt socialt kapital, har ett samband med dålig självskattad hälsa. Samma sak gäller hög social tillit eller hög politisk tillit, det vill säga högt socialt kapital, har ett samband med bra självskattad hälsa.

Eftersom social tillit och politisk tillit kan anses vara en del av socialt kapital (Poortinga, 2012) stämmer föreliggande studies resultat överens med Islams et al. (2006) systematiska litteraturoversikts resultat. Där framgår ett positivt samband mellan socialt kapital och självskattad hälsa (ju högre socialt kapital, desto bättre hälsa). Detta trots att Islam et al. (2006) problematiserar den inkonsekventa definitionen och mätningen av socialt kapital. Ett vedertaget sätt att mäta socialt kapital hade underlättat för jämförelser, exempelvis för att kunna jämföra resultaten i föreliggande studie med relevant forskning.

Sambandet mellan social tillit respektive politisk tillit och självskattad hälsa kan således beskrivas via socialt kapital som teori genom att nätverk av relationer genererar faktiska och potentiella resurser (Portes, 1998), som bland annat gynnar hälsosamt beteende (Kawachi & Berkman, 2014) och därmed bra självskattad hälsa. Det är dock viktigt att betona att det är ett samband och inte ett orsakssamband. Sambanden kan följaktligen ha olika orsaksriktningar.

Avslutningsvis går det att sammanfatta att föreliggande studies resultat kan ha relevans för folkhälsovetenskapen genom att studien presenterar aktuella och generaliserbara resultat utav fördelning av tre aspekter som är betydelsefulla inom folkhälsoområdet: social tillit, politisk tillit och självskattad hälsa. Vidare är resultatet utav sambandsanalyserna relevant eftersom det visar att social tillit respektive politisk tillit har samband med självskattad hälsa som är indikator för att förutsäga morbiditet och mortalitet (Fayers & Sprangers, 2002). Därmed kan grupper med låg social tillit och/eller låg politisk tillit, det vill säga personer med lågt socialt kapital, vara grupper som är i behov av sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande insatser. Kawachi och Berkman (2014) beskriver att varje kontext har egna förutsättningar för att generera olika former av tillit/socialt kapital. Därmed krävs unika kontextanpassade insatser för att ett specifikt sammanhang av människor ska kunna öka sin sociala tillit och/eller politiska tillit. Dessa insatser skulle därefter eventuellt kunna påverka människors självskattade hälsa positivt.

6.3 Vidare forskning

Vidare studier inom området kan exempelvis vara att undersöka sambandet mellan social tillit och politisk tillit. Ett potentiellt samband mellan social tillit och politisk tillit kan vara att personer med hög social tillit överlag har en mer positiv världsbild än personer som har låg social tillit. Den höga sociala tilliten och positiva världsbilden kan komma att inkludera även politiska institutioner och politiker. Med en mer negativ världsbild tillkommer också ett negativt synsätt på människor och i förlängningen också politiker och politiska institutioner (Bäck & Kestilä, 2009). Ingen tidigare studie som undersöker samband mellan social tillit

och politisk tillit (eller inklusive självskattad hälsa) har hittats. Därmed skulle vidare forskning kunna baseras på olika aspekter av tillit för att undersöka dess potentiella samband med varandra och med självskattad hälsa.

Att undersöka orsakssamband mellan social tillit respektive politisk tillit och självskattad hälsa hade också varit relevant. Genom att veta vilken aspekt som främjar den andra går det att fokusera folkhälsoarbetet på att stärka den initiala aspekten.

7 SLUTSATS

- Svenskars sociala tillit fördelar sig via att 11 procent har låg social tillit, 34 procent har medel social tillit och 55 procent har hög social tillit. Det förekommer skillnader mellan åldersgrupper där personer mellan 30-44 år och 45-64 uppger hög social tillit i störst utsträckning där cirka 60 procent har hög social tillit. Den yngsta åldersgruppen har den största andelen låg social tillit med 14 procent. Högre utbildningsnivå innebar generellt sett högre nivå av social tillit.
- Svenskarnas politiska tillit fördelar sig genom att 50 procent har hög politisk tillit, 34 procent har medelnivå av politisk tillit och 15 procent har låg politisk tillit. Högre utbildningsnivå innebar generellt högre nivå av politisk tillit.
- Av svenskarna uppger 20 procent dålig självskattad hälsa och 80 procent uppger bra självskattad hälsa. Det förekommer skillnader i självskattad hälsa mellan kön, ålder och utbildningsnivå. Kvinnor har i större utsträckning än män dålig självskattad hälsa, äldre personer har generellt sett större andel personer med dålig självskattad hälsa och lägre utbildningsnivå innebär större andel personer med dålig självskattad hälsa.
- Det finns ett samband mellan social tillit och självskattad hälsa genom att personer med lägre social tillit oftare hade dålig självskattad hälsa, jämfört med den högsta nivån av social tillit. Det finns även ett samband mellan politisk tillit och självskattad hälsa genom att personer med lägre politisk tillit oftare hade dålig självskattad hälsa, jämfört med den högsta nivån av politisk tillit. Baserat på oddskvoten, var styrkan på sambandet ungefär samma gällande social tillit respektive politisk tillit och självskattad hälsa.

REFERENSLISTA

- Abbott, S., & Freeth, D. (2008). Social Capital and Health. Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 874-883. <https://doi.org/10.1177%2F1359105308095060>
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet, 363*(9426), 2084–2086. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16461-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16461-1)
- Blaikie, N. (2003). *Analyzing Quantitative Data from Description to Explanation*. SAGE publications.
- Bruce, N., Pope, D., & Stanistreet, D. (2018). *Quantitative Methods for Health Research. A Practical Interactive Guide to Epidemiology and Statistics* (2nd ed.). John Wiley & Sons Inc.
- Bäck, M., & Kestilä, E. (2009). Social capital and political trust in Finland: An individual-level assessment. *Scandinavian Political Studies, 32*(2), 171–194. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.2008.00218.x>
- Catterberg, G., & Moreno, M. (2005). The individual bases of political trust: Trends in new and established democracies. *International Journal of Public Opinion Research, 18*(1), 31–48. <https://doi.org/10.1093/ijpor/edho81>
- Creswell, J. W., & Creswell J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Liber.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health - implications for health promotion. *Global Health Action, 4*(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- European Social Survey. (2018a). *ESS Interviewer Briefing: NC Manual*. ESS ERIC.
- European Social Survey. (2018b). *ESS Round 9 Contact Form – Individual named sample*. European Social Survey.
- European Social Survey. (2019a). *ESS Round 9 (2018/2019). Technical Report*. ESS ERIC.
- European Social Survey. (2019b). *Questions*. European Social Survey. https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round9/fieldwork/sweden/ESS9_questionnaires_SE.pdf
- European Social Survey. (2020). *Guide to Using Weights and Sample Design Indicators with ESS Data*. European Social Survey. https://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1_1.pdf

- European Social Survey. (n.d.-a). *Data Quality Assessment*. Retrieved April 1, 2021, from https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/ess_methodology/data_quality.html
- European Social Survey. (n.d.-b). *Frequently Asked Questions*. Retrieved February 18, 2021. <https://www.europeansocialsurvey.org/about/faq.html>
- European Social Survey. (n.d.-c). *Privacy Notice*. Retrieved April 1, 2021. <https://www.europeansocialsurvey.org/about/privacy.html>
- Fayers, P., & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359(9302), 187–188. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4)
- Fitzgerald, R., & Jowell, R. (2010). Measurement Equivalence in Comparative Surveys: The European Social Survey (ESS) - From Design to Implementation and Beyond. In J. A. Harkness, M. Braun, B. Edwards, T. P. Johnson, L. Lyberg, P. P. Mohler, B-E. Pennell & T. W. Smith (Eds.), *Survey Methods in Multinational, Multiregional, and Multicultural Contexts* (pp. 485-495). John Wiley & Sons Inc.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2020, 16 mars). *Självskattat allmänt hälsotillstånd*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/sjalvskattat-allmant-halsotillstand/>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2021*. Folkhälsomyndigheten.
- Glik, D. C. (2007). Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annual Review of Public Health*, 28, 33-54. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123>
- Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2002). Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet*, 359(9301), 145–149. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07373-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07373-7)
- Hayden, J. (2019). *Introduction to health behavior theory* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Holmberg, S., & Rothstein, B. (2017). Trusting other people. *Journal of Public Affairs*, 17(1-2). <https://doi.org/10.1002/pa.1645>
- Holmberg, S., & Rothstein, B. (2020). *Social Trust – The Nordic Gold?* University of Gothenburg.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U. (2006). Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>

- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur & Kultur.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307-316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kawachi, I., Kennedy, B., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187–1193.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.89.8.1187>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2014). Social Capital, Social Cohesion, and Health. In L. F. Berkman, I. Kawachi & M. M. Glymour (Eds.), *Social Epidemiology* (2nd ed., pp. 290-319). Oxford University Press.
- Layes, A., Asada, Y., & Kephart, G. (2012). Whiners and deniers. What does self-rated health measure? *Social Science & Medicine*, 75(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.030>
- Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 387–427.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00213>
- Mattila, M. (2020). Does poor health mobilize people into action? Health, political trust, and participation. *European Political Science Review*, 12(1), 49–65.
<https://doi.org/10.1017/S175577391900033X>
- Mattila, M., & Rapeli, L. (2018). Just sick of it? Health and political trust in Western Europe. *European Journal of Political Research*, 57(1), 116-134.
<https://doi.org/10.1111/1475-6765.12218>
- Mohseni, M., & Lindström, M. (2008). Social capital, political trust and self-rated-health: A population-based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 28-34. <https://doi.org/10.1177/1403494807085078>
- Nationalencyklopedin. (n.d.). *Tillit*. Hämtad 11 februari, 2021, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/tillit>
- Newton, K. (2007). Social and Political Trust. In R. J. Dalton & H-D. Klingemann (Eds.), *The Oxford Handbook of Political Behavior*. Oxford University Press.
<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199270125.003.0018>
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Aro, H., Alanen, E., & Hyyppä, M. (2010). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*, 55(6), 531–542.
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0138-3>
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th ed.). Routledge.

- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Poortinga, W. (2006). Social capital: An individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*, 62(2), 292–302. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.008>
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & Place*, 18(2), 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.09.017>
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – En utvecklad folkhälsopolitik*. Socialdepartementet. https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158eco498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Rocco, L., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2013). From social capital to health – and back. *Health Economics*, 23(5), 586-605. <https://doi.org/10.1002/hec.2934>
- Survey Quality Predictor. (2021). *Database*. Survey Quality Predictor.
- Statistiska Centralbyrån. (2021). *Utbildningsnivån i Sverige*. Hämtad 4 juni, 2021. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>
- Svalastog, A., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>
- Verducci, S., & Schröer, A. (2010). Social Trust. In H. K. Anheier, S. Toepler, & R. List (Eds), *International Encyclopedia of Civil Society*. Springer.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. https://treaties.un.org/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Basic documents* (49th ed.). World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se