



Akademien för hälsa, vård och välfärd

UNIVERSITETSSTUDENTERS HÄLSOLITTERACITET AVSEENDE FYSISK AKTIVITET

- En kvalitativ intervjustudie

MAX LESSMARK

VENDELA LINDAHL

Huvudområde: Fysioterapi
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Fysioterapeutprogrammet
Kursnamn: Examensarbete med inriktning
mot beteendemedicin
Kurskod: Fys063

Handledare: Anna Ullenhag
Examinator: Mialinn Arvidsson
Lindvall

Seminariedatum: 2026-03-13
Betygsdatum: 2026-05-24

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Fysisk aktivitet är avgörande för hälsa, men många universitetsstudenter når inte rekommenderade nivåer. Individens hälsolitteracitet – förmågan att förstå, värdera och använda hälsoinformation – spelar en central roll i hur hälsofrämjande råd omsätts i praktiken. För fysioterapeuter är det av klinisk vikt att förstå hur studenter utan medicinsk utbildning tolkar denna information för att kunna utforma effektiva preventiva insatser.

Syfte: Syftet med studien är att utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv undersöka hur universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning uppfattar sin hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet, samt vilka faktorer som påverkar deras möjligheter att omsätta hälsoinformation i praktiken.

Metod: Studien hade en kvalitativ design med induktiv ansats. Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex studenter vid ett universitet i Mellansverige. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys med fokus på manifest innehåll.

Resultat: Analysen resulterade i fyra kategorier: *Exponering och förståelse av hälsoinformation, Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning, Individanpassning och omtolkning av rekommendationer* samt *Omsättning i praktik – möjligheter och hinder i vardagen*. Tillhörande dessa identifierades fjorton subkategorier. Resultaten visar att studenterna har en god grundläggande hälsolitteracitet avseende förståelse av hälsoinformation, men det förekommer ett glapp mellan intention och handling gällande fysisk aktivitet. Faktorer som tidsbrist, social kontext och behovet av att anpassa generella råd till en krävande studievardag framstod som centrala hinder.

Slutsats: Hälsolitteracitet kring fysisk aktivitet framstår som en dynamisk process där information kontinuerligt värderas och omtolkas utifrån personliga förutsättningar. För fysioterapeutisk praxis innebär detta ett behov av personcentrerat arbetssätt där rekommendationer anpassas till individens specifika livssituation och där individens *self-efficacy* stärks för att överbrygga gapet mellan kunskap och faktiskt beteende.

Nyckelord: Beteendemedicin, fysioterapi, fysisk aktivitet, hälsolitteracitet, Socialkognitiv teori, universitetsstudenter

ABSTRACT

Background: Physical activity is crucial for health, but many university students do not reach recommended levels. The individual's health literacy – the ability to understand, evaluate and use health information – plays a central role in how health-promoting advice is put into practice. For physiotherapists, it is of clinical importance to understand how students without medical training interpret this information to design effective preventive interventions.

Aim: The aim of this study is to examine, from a behavioural medicine perspective, how university students without health care education perceive their health literacy in relation to physical activity, as well as what factors influence their ability to put health information into practice.

Method: The study had a qualitative design with an inductive approach. Individual semi-structured interviews were conducted with six students at a university in central Sweden. The material was analysed using qualitative content analysis with a focus on manifest content.

Results: The analysis resulted in four categories: Exposure and understanding of health information, Critical source evaluation and subjective plausibility assessment, Individual adaptation and reinterpretation of recommendations, and Implementation in practice – opportunities and obstacles in everyday life. Fourteen subcategories were identified within these. The results show that the students have good basic health literacy in terms of understanding health information, but there is a gap between intention and action regarding physical activity. Factors such as lack of time, social context and the need to adapt general advice to a demanding study schedule appeared as central obstacles.

Conclusion: Health literacy regarding physical activity appears to be a dynamic process where information is continuously evaluated and reinterpreted based on personal circumstances. For physiotherapy practice, this means a need for a person-centred approach where recommendations are adapted to the individual's specific life situation and where the individual's self-efficacy is strengthened to bridge the gap between knowledge and actual behaviour.

Keywords: Behavioural medicine, health literacy, physiotherapy, physical activity, social cognitive theory, university students

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Hälsa som begrepp	1
1.2	Hälsolitteracitet.....	1
1.3	Källkritik gällande hälsoinformation (myndigheter och sociala medier)	3
1.4	Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning	3
1.5	Rekommendationer och fördelar med fysisk aktivitet	4
1.5.1	<i>Effekter av fysisk aktivitet</i>	4
1.6	Universitetsstudenter, fysisk aktivitet och hälsa	5
1.7	Teoretiskt perspektiv.....	6
2	PROBLEMFÖRMULERING	7
3	SYFTE	8
4	METOD OCH MATERIAL	8
4.1	Design	8
4.2	Urval	8
4.2.1	<i>Population</i>	9
4.3	Tillvägagångssätt	9
4.3.1	<i>Rekrytering</i>	9
4.3.2	<i>Datainsamling</i>	9
4.4	Dataanalys	10
4.4.1	<i>Exempel på dataanalysen</i>	10
4.5	Etiska överväganden.....	11
5	RESULTAT	12
5.1	Kategorier och subkategorier.....	12
5.2	Exponering och förståelse av hälsoinformation	13
5.3	Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning.....	15

5.4	Individanpassning och omtolkning av rekommendationer	16
5.5	Omsättning i praktik – möjligheter och hinder i vardagen	17
6	DISKUSSION.....	19
6.1	Resultatdiskussion.....	19
6.2	Metoddiskussion	22
6.3	Etikdiskussion	25
7	SLUTSATSER.....	26
8	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	26
	REFERENSLISTA	28

BILAGA A; ANNONSBLAD

BILAGA B; INFORMATIONSBREV

BILAGA C; INTERVJUGUIDE

BILAGA D; SAMTYCKESBLANKETT

1 BAKGRUND

Fysisk aktivitet är en central faktor för hälsa och livskvalitet, men trots detta uppnår många universitetsstudenter inte rekommenderade nivåer (Keating et al., 2004). Samtidigt påverkas individens möjlighet att ta till sig och omsätta hälsoinformation av graden av hälsolitteracitet. Forskning visar ett tydligt positivt samband mellan fysisk aktivitet och universitetsstudenters fysiska och psykiska hälsa, sociala relationer samt kognitiva funktioner (Abrantes et al., 2022). Regelbunden fysisk aktivitet har bland annat kopplats till minskad stress och ångest – faktorer som är särskilt relevanta i en studentpopulation präglad av höga akademiska krav. För att bättre förstå hur fysisk aktivitet kan främjas bland studenter krävs därför en fördjupad förståelse av hur de tolkar och integrerar hälsoinformation i sin vardag. Hälsa påverkas av levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, kost, sömn och stresshantering (Nutbeam, 2025). Detta arbete kommer vi dock att fokusera på fysisk aktivitet. Dessa vanor är dock inte isolerade handlingar utan är nära kopplade till individens förmåga att förstå, värdera och omsätta hälsoinformation i praktiken, det vill säga hälsolitteracitet (Nutbeam, 2025).

1.1 Hälsa som begrepp

Utifrån WHO:s definition är hälsa *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning”* (WHO, 2005). Kompletterande källor beskriver hur hälsa är ett komplext fenomen som innefattar många olika och sammanhängande aspekter såsom exempelvis medicinska, ekonomiska och spirituella komponenter (Larson, 1999). Dessa källor tyder på att hälsa är mer än enbart frånvaro av sjukdom och innefattar flera dimensioner av välbefinnande.

1.2 Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet definieras som individens förmåga att söka, inhämta, förstå, värdera och använda hälso- och vårdinformation som utvecklas genom vardagliga aktiviteter, sociala interaktioner och över generationer (Sørensen et al., 2012). Det är både att kunna ta del av råd och stöd angående den egna hälsan och att stödja andra i deras hälsorelaterade beslut. Detta innebär att människor själva kan främja hälsa, lösa hälsoproblem och vara aktiva samarbetspartners i val av åtgärder och i beslut som rör deras hälsa (Sørensen et al., 2012). Hälsolitteracitet fungerar därför som en bro mellan kunskap och handling: utan tillräcklig förståelse för varför och hur fysisk aktivitet påverkar hälsan kan även råd förbli teoretiska snarare än praktiskt implementerade (Nutbeam, 2025).

Begreppet omfattar tre nivåer – funktionell, kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet – vilka tillsammans beskriver de kognitiva, sociala och analytiska färdigheter som krävs för att ta in exempelvis hälso- och vårdinformation (Sørensen et al., 2012).

- Funktionell hälsolitteracitet baseras på förmågan att läsa och använda skriftlig hälsoinformation, till exempel att förstå en läkemedelsinstruktion (Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2025).
- Kommunikativ hälsolitteracitet handlar om förmågan att välja ut och kommunicera kring hälsa med andra utifrån rådande situation, exempelvis att diskutera alternativ med vårdpersonalen eller i vardagliga samtal (Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2025).
- Kritisk hälsolitteracitet innebär att kunna analysera och använda hälso- och vårdinformation för att bättre kontrollera livshändelser och situationer, till exempel att bedöma informationens kvalitet och fatta välgrundade val (Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2025).

Forskning visar att individer med hög hälsolitteracitet är bättre rustade att planera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor, bland annat genom en förbättrad förmåga att söka, förstå och värdera hälsorelaterad information samt att navigera i vårdsystemet, vilket möjliggör mer välgrundade hälsobeslut (Liu et al., 2020). Utöver dessa kognitiva färdigheter framhålls även hur ökad hälsolitteracitet stärker individens förmåga till självkontroll och självreglering, vilket innefattar att göra medvetna val av hälsofrämjande handlingar samt att planera och anpassa beteenden i linje med långsiktiga hälsomål. Denna förmåga gör det möjligt för individer att omsätta information till handling och att känna sig mer aktiva och delaktiga i den egna hälsan och livet – vilket är centrala faktorer för mental hälsa (Liu et al., 2020). Omvänt kan låg hälsolitteracitet leda till missförstånd kring rekommendationer, bristande motivation eller svårigheter att prioritera hälsosamma aktiviteter i vardagen. På så sätt blir hälsolitteracitet en avgörande faktor för att levnadsvanor ska kunna bidra till långsiktig hälsa och förebyggande av sjukdom (Sørensen et al., 2012).

Hälsolitteracitet ses även som ett relationellt begrepp, där individens färdigheter samspelar med hur komplex och krävande hälsoinformation, vårdsystem och samhällsresurser är. Relationen uppstår alltså i mötet mellan individens förutsättningar och de krav som ställs av omgivningen. Förmågan påverkas därför inte bara av individens kunskaper utan också av den miljö, de strukturer och de möjligheter som erbjuds (Sørensen et al., 2012). I detta perspektiv blir ansvaret delat mellan individ och system, där det är lika viktigt att vård- och informationssystem är utformade för att vara tillgängliga och begripliga. Sammantaget utgör hälsolitteracitet en grundläggande förutsättning för att individer och samhällen ska kunna främja hälsa, förebygga sjukdom och fatta informerade beslut om vård och hälsa (Sørensen et al., 2012).

1.3 Källkritik gällande hälsoinformation (myndigheter och sociala medier)

En studie av Metzger & Flanagin (2013) argumenterar för att digitala medier har förändrat förutsättningarna för hur trovärdighet av information etableras och bedöms. I det traditionella mediasystemet var informationsflödet mer restriktivt och hade höga publiceringströsklar, vilket bidrog till att trovärdighet i stor utsträckning kopplades till institutionell förankring och dokumenterad kompetens.

Den teknologiska utvecklingen har avsevärt reducerat trösklarna för publicering, vilket möjliggjort för fler aktörer att producera och distribuera information, med en betydande expansion av informationsmängden som följd. Detta informationsöverflöd försvårar identifieringen av tillförlitliga källor och gör att traditionella modeller för kvalitetskontroll är otillräckliga, eftersom professionell granskning inte längre är genomförbar i samma utsträckning. Vidare kännetecknas digital information ofta av algoritmstyrd anpassning till den enskilda användaren, där innehåll filtreras baserat på tidigare interaktioner och preferenser. Digital information kännetecknas även av bristande eller svårtolkad källinformation, anonymitet, möjligheter till manipulation samt avsaknad av universella kvalitetsstandarder (Metzger & Flanagin, 2013). Det framkommer även i dagens läge att teknologiska och strukturella egenskaper hos nätbaserade medier, exempelvis genom digitala funktioner som underlättar spridning via algoritmer, omstrukturering och kontextförändring av information, skapar kognitiva utmaningar för användare vid bedömning av trovärdighet (Metzger & Flanagin, 2013). Därtill förklarar studien att trovärdighetsbedömningen i den digitala miljön påverkas av flera individuella aktörer och kan riktas mot exempelvis plattformen, det enskilda innehållet eller dess upphovspersoner, vilka alla bidrar till informationsinnehållet (Metzger & Flanagin, 2013).

1.4 Fysioterapi med beteendemedicinsk inriktning

Om studenter tillika patienter har en hög nivå av hälsolitteracitet underlättas mötet mellan fysioterapeut och individer, genom att patienten i större utsträckning kan ta till sig information om sin hälsa, förstå orsakerna bakom sina besvär och aktivt delta i sin egen rehabilitering (Kripalani et al., 2010). Det är även i linje med fysioterapeutens yrke att arbeta med preventiva insatser där kommunikationen utgör en viktig del i arbetet (Denison & Åsenlöf, 2012). Detta har medfört ett ökat behov av att integrera ett beteendemedicinskt arbetssätt inom fysioterapi. Ett sådant arbetssätt innebär att anamnes och behandling struktureras utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, där hänsyn tas till biologiska, psykologiska och sociala faktorer som påverkar hälsa och beteende (Denison & Åsenlöf, 2012). Syftet är att stärka individens autonomi och främja användningen av egna resurser i hanteringen av symtom och behandling (Denison & Åsenlöf, 2012). Denna form av interaktiv och verifierande kommunikation har visats stärka både patientens förståelse och behandlingsresultat (Schillinger et al., 2003). Vidare visar studien att ett kommunikativt arbetssätt där vårdgivaren säkerställer patientens förståelse genom dialog och återkoppling

leder till förbättrad följsamhet till behandling och bättre hälsoutfall (Schillinger et al., 2003). Det understryker vikten av att stärka hälsolitteracitet hos individer för att skapa ett jämlikt och engagerande möte mellan patient och terapeut, vilket i sin tur kan öka patientens delaktighet och motivation i behandlingen (Kripalani et al., 2010). Då personer med högre hälsolitteracitet har lättare att sätta upp realistiska mål och upprätthålla motivation över tid förbättras i sin tur behandlingsföljsamheten (Petkovic et al., 2021; Kim et al., 2023).

Forskning inom e-hälsa visar dessutom att om fysioterapeuter använder sig av digitala verktyg, såsom appar och webbaserade plattformar, kan detta stödja patienter med varierande grad av hälsolitteracitet genom att ge tillgång till anpassad information, visuella hjälpmedel och uppföljning i realtid (Kim et al., 2023; Purba et al., 2023).

1.5 Rekommendationer och fördelar med fysisk aktivitet

Fysioterapeuter arbetar ofta med att ordinera och anpassa fysisk aktivitet som en del av behandling och hälsofrämjande insatser. Forskning visar att både måttlig och högintensiv fysisk aktivitet medför betydande hälsofördelar och bidrar till förbättrad fysisk, psykisk och social hälsa (WHO, 2024; Warburton & Bredin, 2017). Fysisk aktivitet definieras som ”*all kroppsrörelse som produceras av skelettmuskler och resulterar i energiförbrukning*” (Caspersen et al., 1985, s. 126; WHO, 2024). Begreppet omfattar all form av rörelse i vardagen, bland annat fritidsaktiviteter, hushållsarbete, transport, lek och idrott. Fysisk aktivitet kan utföras på olika intensitetsnivåer från låg till hög och anpassas efter individens förutsättningar och funktionsnivå.

Fysisk träning utgör en underkategori av fysisk aktivitet och definieras som planerad, strukturerad och repetitiv fysisk aktivitet som syftar till att förbättra eller bibehålla fysisk kapacitet (Caspersen et al., 1985). Träning kan exempelvis innefatta konditions-, styrke- eller rörlighetsträning och används ofta i rehabiliterande och preventiva syften (Caspersen et al., 1985).

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderas vuxna i åldern 18 – 64 år att utföra minst 150–300 minuter av måttligt intensiv aerob fysisk aktivitet eller minst 75–150 minuter högintensiv aerob fysisk aktivitet per vecka, alternativt en kombination av dessa intensiteter. Därutöver rekommenderas muskelstärkande aktiviteter med minst måttlig intensitet som involverar större muskelgrupper minst två dagar per vecka (WHO, 2024). Dessa rekommendationer syftar till att förebygga ohälsa och minska risken för kroniska sjukdomar samt att främja både fysisk och psykisk funktionsförmåga.

1.5.1 Effekter av fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet är associerad med ett flertal positiva hälsoeffekter och anses vara en central faktor i både prevention och behandling av olika hälsotillstånd (Warburton & Bredin, 2017; Miko et al., 2020). Forskning visar att fysisk aktivitet bidrar till förbättrad kardiovaskulär funktion, stärkt muskel- och skelettsystem samt minskad risk för flera

kroniska sjukdomar (Warburton & Bredin, 2017; Miko et al., 2020). Även relativt låga nivåer av fysisk aktivitet har visats ge hälsofördelar jämfört med fysisk inaktivitet, samtidigt som högre aktivitetsnivåer generellt är förknippade med ytterligare positiva effekter (Warburton & Bredin, 2017).

Utöver de fysiologiska effekterna har fysisk aktivitet även visats ha positiva effekter på psykisk hälsa och välbefinnande. Regelbunden fysisk aktivitet är associerad med minskad upplevelse av stress samt lägre nivåer av ångest och depressiva symtom (Herbert, 2022; Kandola et al., 2019). Dessa effekter förklaras genom både biologiska och psykosociala mekanismer, exempelvis förbättrad självupplevd kompetens, ökat välbefinnande och möjligheter till social interaktion (Herbert, 2022; Kandola et al., 2019).

Fysisk aktivitet kan även bidra till sociala hälsoeffekter genom att främja socialt deltagande och stärka känslan av tillhörighet, särskilt när aktiviteter genomförs i sociala sammanhang (Tcymbal et al., 2022). Sammantaget visar forskningen att fysisk aktivitet kan bidra till förbättrad hälsa och livskvalitet genom att påverka flera dimensioner av hälsa samtidigt, inklusive fysisk funktion, psykiskt välbefinnande och socialt deltagande (Warburton & Bredin, 2017; Miko et al., 2020).

1.6 Universitetsstudenter, fysisk aktivitet och hälsa

Universitetsstudenter utgör en särskilt relevant population ur ett folkhälsoperspektiv, då studietiden ofta sammanfaller med en livsfas präglad av förändrade levnadsvanor, ökat eget ansvar och minskad strukturell kontroll över vardagen (Nelson et al., 2008). I Sverige finns cirka 476 000 registrerade universitetsstudenter, vilket innebär att denna grupp utgör en betydande del av den unga vuxna befolkningen (Universitetskanslersämbetet [UKÄ], 2025).

Flera studier visar att universitetsstudenter uppvisar höga nivåer av stillasittande beteende och att en stor andel inte uppnår rekommenderade nivåer av fysisk aktivitet (Castro et al., 2020). En internationell studie med deltagare från Europa, Asien, Nordamerika, Sydamerika, Afrika och Australien visade att studenter i genomsnitt är stillasittande cirka 7,29 timmar per dag, varav omkring 2,85 timmar ägnas åt studier utanför klassrummet (Castro et al., 2020). Dessa mönster återfinns globalt och indikerar att fysisk inaktivitet bland studenter är ett utbrett problem snarare än ett lokalt fenomen (Keating et al., 2005). Långvarigt stillasittande i kombination med otillräcklig fysisk aktivitet är associerat med ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa, såsom kardiovaskulära riskfaktorer, stressrelaterade besvär, försämrad sömn och sänkt livskvalitet (Warburton & Bredin, 2017).

Studietiden innebär ofta ökad självständighet, där många studenter flyttar hemifrån och i högre grad ansvarar för sina egna hälsorelaterade val (Kühn et al., 2022). Samtidigt tyder tidigare forskning på att studentlivet för många präglas ofta av höga akademiska krav samt förändrade vardagsrutiner, vilket i vissa fall kan innebära oregelbunden struktur, tidsbrist och sociala förväntningar (Nelson et al., 2008; Vella-Zarb & Elgar, 2009). Tidigare forskning har visat att dessa faktorer kan bidra till utveckling av ohälsosamma levnadsvanor

(Kühn et al., 2022). Studenter rapporterar även ofta ha svårigheter i att omsätta kunskap om hälsa till praktiska beteendeförändringar, där självdisciplin, bekvämlighet och upplevd tidsbrist utgör centrala hinder (Babaeer et al., 2023). Enligt en systematisk översikt bland universitetsstudenter visade majoriteten av studierna att studenternas hälsolitteracitet låg under referensnivå och att variabler som ålder, kön, studietid, utbildningsprogram och föräldrars utbildningsnivå hade betydelse för resultatet (Kühn et al., 2022). Trots detta är forskning som specifikt undersöker studenters egna erfarenheter kring hälsolitteracitet vid fysisk aktivitet fortfarande begränsad. Mot denna bakgrund framstår behovet av ytterligare forskning som tydligt, vilket denna studie kan bidra med.

1.7 Teoretiskt perspektiv

Socialkognitiv teori (SCT) beskriver samspelet mellan individen, beteendet och omgivningen och används för att förstå hur hälso- och livsstilsbeteenden uppstår, förändras och vidmakthålls (Bandura, 1986; 1997). SCT kan bidra med en förståelse för vad som påverkar fysisk aktivitet genom att betrakta individfaktorer, omgivningsfaktorer samt individens utfallsförväntningar, det vill säga föreställningar om vilka konsekvenser ett visst beteende kan förväntas få. Dessa faktorer har ett gemensamt beskrivande begrepp som heter reciprok determinism. Centrala begrepp inom SCT är self-efficacy och utfallsförväntningar, där self-efficacy avser individens tilltro till sin förmåga att utföra ett beteende, exempelvis att förstå, planera och genomföra fysisk aktivitet. Utfallsförväntningar handlar om individens uppskattning av vilka konsekvenser ett visst beteende kommer att ha (Bandura, 1986; 1997). Hög self-efficacy har visat sig vara avgörande för att initiera och bibehålla fysisk aktivitet, medan låg self-efficacy ofta leder till osäkerhet, minskad motivation och sämre följsamhet till rekommenderade levnadsvanor (Bandura, 1997).

Self-efficacy kan förstås som delvis relaterad till individens nivå av hälsolitteracitet. En högre grad av hälsolitteracitet kan bidra till ökad säkerhet i beslutsfattande kring hälsa och vardagliga val, vilket i sin tur kan stärka individens tilltro till den egna förmågan att genomföra och upprätthålla hälsorelaterade beteenden (Guntzwiller et al., 2017). Det kan även forma mer realistiska och positiva utfallsförväntningar genom mer tilltro till de egna besluten (Cudjoe et al., 2020). Samtidigt kan en stark self-efficacy underlätta för individen att ta till sig, värdera och omsätta hälsoinformation i praktiken. Detta indikerar en möjlig ömsesidig relation där hälsolitteracitet och self-efficacy både påverkar och förstärker varandra (Sercu, 2024).

Utifrån principen om reciprok determinism inom SCT kan hälsorelaterade beteenden förstås som ett dynamiskt samspel mellan personliga faktorer, beteende och omgivningsfaktorer (Bandura, 1986). Personfaktorer såsom self-efficacy för att organisera och genomföra handlingar som krävs för att nå ett visst mål, har visats vara centrala för initiering och vidmakthållande av beteendeförändring (Bandura, 1997).

I relation till universitetsstudenter innebär detta att deras hälsolitteracitet och self-efficacy (personfaktorer) påverkar benägenheten att initiera och upprätthålla fysisk aktivitet

(beteende), samtidigt som studiemiljö, sociala normer och strukturella förutsättningar (omgivningsfaktorer) kan fungera som både barriärer och möjliggörande faktorer. Beteendeförändring blir därmed inte en isolerad individuell process utan ett resultat av ömsesidig påverkan mellan dessa komponenter (Bandura, 1986).

Ett beteendemedicinskt arbetssätt inom fysioterapi innebär att denna ömsesidiga påverkan systematiskt beaktas i klinisk praktik, där biologiska, psykologiska och sociala faktorer integreras i interventioner (Main & George, 2011). Genom att identifiera barriärer, anpassa information utifrån studenters nivå av hälsolitteracitet samt aktivt arbeta med att stärka self-efficacy kan fysioterapeuter påverka både individens upplevda handlingsförmåga och de faktiska beteenden som utförs. Positiva beteendeeffekter kan i sin tur förstärka self-efficacy, vilket illustrerar den reciproka process som beskrivs av Bandura (1986).

Ur detta perspektiv kan hälsolitteracitet förstås som en faktor som påverkar både individens self-efficacy och utfallsförväntningar, vilket i sin tur kan ha betydelse för hur hälsoinformation omsätts i faktiska hälsobeteenden såsom fysisk aktivitet. Genom att undersöka universitetsstudenters hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet kan denna studie bidra med ny kunskap om hur studenters förutsättningar att förstå och använda hälsoinformation påverkar deras hälsobeteenden. Denna kunskap är central för utveckling av hälsofrämjande och preventiva insatser inom studenthälsan samt för utformning av interventioner som är anpassade efter studenters faktiska behov och livssituation (Babaer et al., 2023).

2 PROBLEMFÖRMULERING

Fysisk aktivitet är en hälsofrämjande faktor med väldokumenterade biopsykosociala effekter. Hälsolitteracitet, det vill säga individens förmåga att förstå, värdera och omsätta hälsoinformation i praktiken, är central för möjligheten att fatta informerade beslut kring levnadsvanor. Trots detta visar forskning att många universitetsstudenter har låg fysisk aktivitetsnivå och begränsad kunskap om dess betydelse för hälsan. Eftersom fysioterapeuter har en hälsofrämjande och preventiv roll genom att förmedla evidensbaserad kunskap och stödja beteendeförändring, krävs en fördjupad förståelse för studenters perspektiv för att kunna utveckla behovsanpassade insatser.

Tidigare forskning inom området är dock huvudsakligen kvantitativ och fokuserar på att mäta nivåer av hälsolitteracitet snarare än att förstå studenters egna resonemang och upplevelser. Kunskap om hur universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning tolkar och integrerar hälsoinformation i sin vardag samt hur detta relaterar till deras hälsobeteenden. Det finns därför ett behov av att integrera ett beteendemedicinskt perspektiv för att förstå dessa hälsobeteenden i sin helhet.

3 SYFTE

Syftet med studien var att utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv beskriva erfarenheter av hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet hos universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning, samt utforska vilka faktorer som påverkar möjligheten att omsätta hälsoinformation i praktiken.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Studien hade en kvalitativ design med induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att analysen utgår från det empiriska materialet, där mönster och teman identifieras utan förutbestämda hypoteser. Ansatsen är särskilt lämpad för kvalitativ forskning som syftar till att fånga deltagares upplevelser och resonemang. I denna studie användes designen för att undersöka hur universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning uppfattade och tolkade hälsorelaterad information. Kvalitativa studier används ofta i syfte att utforska individers upplevelser av specifika fenomen eller händelser, där fokus ligger på att få en djupare förståelse för deltagarnas personliga erfarenheter (Carter & Lubinsky, 2016).

4.2 Urval

Urvalet i denna studie baserades på ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval. Ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval innebär att deltagare väljs ut baserat på både studiens syfte och praktisk tillgänglighet. Denna typ av urvalsstrategi är vanligt förekommande inom kvalitativ forskning, där målet inte är generaliserbarhet utan snarare att få en fördjupad förståelse för ett visst fenomen inom en avgränsad kontext (Carter & Lubinsky, 2016).

Deltagarna rekryterades från ett universitet i Mellansverige utifrån visat intresse för att delta i studien och inklusionskriteriet att deltagarna inte studerade inom medicin-, vård- eller hälsorelaterade utbildningar. Detta var för att undersöka generella nivåer av hälsolitteracitet bland studenter. Även icke-svensktalande studenter exkluderades, då studiens omfattning och språkkrav krävde god förståelse av svenska för att kunna ta del av och besvara materialet korrekt. Spridning av deltagare säkerställdes i denna studie utifrån att de går olika studieprogram. Andra faktorer som kön, ålder, studietid och socioekonomisk status har inte beaktats.

4.2.1 Population

Urvalet bestod av tre lärarstuderande, två kommunikationsstuderande och en civilingenjörstuderande. Två av deltagarna hade tidigare utbildning inom hälsoområdet, dock ingen examen eller pågående utbildning inom ämnet. Resterande hade ingen formell kunskap inom ämnet. Ålder efterfrågades inte i studien, men deltagarna bedömdes sannolikt vara i åldersspannet 20–30 år utifrån viss förförståelse hos författarna.

4.3 Tillvägagångssätt

4.3.1 Rekrytering

Rekrytering genomfördes under december 2025 och januari 2026. Förfrågan om deltagande i studien distribuerades via uppsatta annonsblad på aktuellt universitet (se bilaga A). Annonssbladet innehöll en länk till ett Survey & Report-formulär där intresserade studenter kunde anmäla sitt deltagande. Survey & Report-formuläret innehöll informationen om studien och samlade in grundläggande bakgrundsdata, såsom vilket program deltagaren studerar, samtycke att delta i en intervju samt kontaktuppgifter. Deltagare kunde även välja att kontakta författarna direkt via e-post för att anmäla intresse. Tre personer hörde av sig via enkät eller mejl varav två exkluderades på grund av; ej student på universitet samt sen anmälan. På grund av lågt intresse för deltagande i studien valde författarna att övergå till kompletterande direktkontakt. Detta gjordes genom digital kontakt via mejl med deltagare som författarna kände till sedan tidigare och uppfyllde inklusionskriterierna. Deltagarna från direktrekryteringen var individer som författarna hade kännedom om men inte ~~här~~ regelbunden kontakt med. Av dessa inkluderades fem individer varav en exkluderades på grund av studier inom medicin. Totalt rekryterades en deltagare via mejl och fem via direktkontakt. Alla intresserade deltagare fick ta del av information om studien vid rekryteringen genom att författarna skickade ett informationsbrev (se bilaga B) via mejl.

4.3.2 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med individuella intervjuer vilka baserades på en ~~individuell~~ semistrukturerad intervjuguide (se bilaga C). En testintervju genomfördes och inkluderades i studien då den höll god kvalitet och inte medförde några revideringar av intervjuguiden. Totalt genomfördes sex intervjuer, vilket är det minsta godkända antalet enligt givna riktlinjer för kvalitativa studier inom Fysioterapeutprogrammet på Mälardalens universitet. Tid för intervjun bestämdes tillsammans med informanten utifrån dennes önskemål. Vid start av intervju fick informanten muntlig och skriftlig information och ombads ge informerat samtycke (se bilaga D). Båda författarna genomförde intervjun och delade upp frågorna på samma sätt vid varje intervju. Intervjuerna varade mellan 15 – 25 minuter och inleddes med några grundläggande frågor avseende allmän kunskap om fysisk aktivitet, följt av avgränsade frågor kopplade till studiens syfte (se bilaga C). Intervjufrågorna utformades med

utgångspunkt i studiens centrala begrepp – fysisk aktivitet och hälsolitteracitet. Huvudfrågorna följdes av följdfrågor för att få fördjupade svar (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna genomfördes digitalt över Teams för att underlätta deltagande av alla parter och spelades in med extern diktafon, varpå inspelningar transkriberades ordagrant av båda författarna där de transkriberade tre intervjuer var. Materialet pseudonymiserades, vilket innebär att deltagarens identitet ersätts med en kodnyckel som enbart författarna har tillgång till (Kvale & Brinkmann, 2014). Materialet sparades på en dator med lösenordsskydd. Insamlade data raderades efter godkänd uppsats.

4.4 Dataanalys

Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004; 2017) med fokus på manifest innehåll, vilket innebär det som bokstavligen uttrycks i texten. Det kan handla om ord, fraser eller beskrivningar som kan kodas och kategoriseras utifrån vad som faktiskt står utan att tolkas eller abstraheras. Metoden möjliggör en förståelse för och insikt i informanternas upplevelser och erfarenheter genom att strukturellt bryta ner de transkriberade intervjuerna för att sedan hitta mönster (Graneheim & Lundman, 2004; 2017).

Efter transkribering som var utförd av båda författarna skapades en helhetsförståelse genom att upprepade gånger läsa igenom materialet för att sedan ta ut meningsbärande enheter, vilket är de avsnitt i texten som svarar på syftet. Meningsbärande enheter kan vara allt från ett ord, en mening till ett helt stycke (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter kondenserades dessa genom att korta ner meningsenheterna, främst genom att ta bort överflödiga tilläggsord. Här är det noga att inte skriva om eller tolka informanternas ord i syfte att innehållet eller kärnan ska vara bevarad. Nästa steg var att koda vilket innebär att ge de kondenserade enheterna etiketter/koder som är beskrivande för innehållet. Dessa tre steg utfördes separat av författarna där varje författare ansvarade för kodning av tre intervjuer var. Sedan granskade författarna varandras delar för att säkerställa samstämmighet. Därefter sorterades koderna in i subkategorier och kategorier av båda författarna tillsammans. Vid detta steg kan icke-relevanta eller dubbelkoder med samma innehåll tas bort. Kategoriseringen innebär att samla koder som behandlar en och samma aspekt i en kategori (Graneheim & Lundman, 2004; 2017).

4.4.1 Exempel på dataanalysen

Tabell 1

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
----------------------	--------------	-----	-------------	----------

Intervjuare: Går det att specificera exakt vad som får dig att lita på en källa? Deltagare: Det kanske bara är så vart det kommer ifrån mest. Vem som säger det och vart det kommer ifrån.	Det är vart det kommer ifrån och vem som säger det.	Avsändare avgör tillförlitlighet.	Avsändare och sammanhang avgör tilliten till information	Källor och källkritisk värdering av hälsoinformation
Intervjuare: Hur säker känner du dig på att kunna förstå information om fysisk aktivitet och hälsa om du får upp det? Deltagare: Ja, men då hade jag nog förstått ändå, liksom hade jag tagit mig tiden att faktiskt lyssna på det de säger eller liksom läst det så är det ju... för det finns ju en sanning i det.	Hade jag tagit mig tiden att faktiskt lyssna på det de säger eller läst det hade jag förstått (information om fysisk aktivitet). Det finns en sanning i det.	Hade förstått information om vilja finns.	Intresse och motivation påverkar viljan att förstå information	Förståelse, tolkning och värdering av hälsoinformation

4.5 Etiska överväganden

Inom forskningssammanhang är det centralt att förhålla sig till gällande etiska riktlinjer för forskning (Helsingforsdeklarationen, 2024). Dessa riktlinjer betonar vikten av att skydda forskningsdeltagares rättigheter samt tydliggöra vilken information som ska kommuniceras till dem inför medverkan. I denna studie efterföljdes fyra etiska principer: att göra gott, att inte skada, att respektera självbestämmande (autonomi) och att upprätthålla rättvisa (Vetenskapsrådet, 2024).

Göra-gott-principen beaktades genom att studien syftade till att generera ny kunskap om studenters hälsolitteracitet och förutsättningar att omsätta hälsoinformation i praktiska hälsobeteenden, vilket kan vara av värde för utveckling av framtida preventiva insatser inom fysioterapi. Inte-skada-principen beaktades genom att intervjufrågorna utformades på ett icke-värderande och varsamt sätt för att minimera risken för emotionellt obehag hos deltagarna. Deltagarna informerades om att de när som helst kunde avbryta intervjun eller avstå från att besvara frågor utan några negativa konsekvenser. Det uppgavs även att det inte

fanns några rätta eller fel svar på frågorna. Rättvisprincipen avsåg rättvist och jämlikt bemötande oavsett ålder, kön, bakgrund eller socioekonomisk status (Vetenskapsrådet, 2024).

Autonomiprincipen är särskilt relevant inom forskning. I denna studie säkerställdes att den följs genom att deltagande var frivilligt och informanterna hade rätt att när som helst avbryta sitt deltagande utan att behöva ange skäl. För att säkerställa deltagarnas integritet och konfidentialitet pseudonymiserades materialet. Dataskyddsförordningen följdes då personuppgifter var skyddade och deltagarnas identitet inte kunde identifieras i publicerat material. För att ytterligare skydda konfidentialiteten lagrades insamlade data på en lösenordskyddad dator och raderades efter att examensarbetet hade godkänts. Under intervjun informerades deltagarna om dessa åtgärder (Vetenskapsrådet, 2024). Före deltagande erhöll informanterna skriftlig och muntlig information om studiens syfte, upplägg och deras rättigheter. Ett informerat och frivilligt samtycke krävdes för genomförande av intervjustudien, vilket förutsatte att deltagarna hade förstått vad deltagandet innebar (Vetenskapsrådet, 2024).

5 RESULTAT

Dataanalysen resulterade i fyra huvudkategorier och fjorton subkategorier. De fyra huvudkategorierna var: *Exponering och förståelse av hälsoinformation* (4 subkategorier), *Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning* (3 subkategorier), *Individanpassning och omtolkning av rekommendationer* (3 subkategorier), samt *Omsättning i praktik – möjligheter och hinder i vardagen* (4 subkategorier).

5.1 Kategorier och subkategorier

Tabell 2

Kategorier	Subkategorier
Exponering och förståelse av hälsoinformation	Informationskällor och vardaglig exponering
	Tydlighet som underlättar – komplexitet som försvårar förståelse
	Intresse och motivation påverkar bearbetning och förståelse

	Generell kunskap om hälsoeffekter av fysisk aktivitet
Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning	Osäkerhet och behov av trovärdiga källor
	Avsändare och vetenskaplig förankring som grund för tillit
	Personlig erfarenhet och rimlighetsbedömning som beslutsgrund
Individanpassning och omtolkning av rekommendationer	Fysisk aktivitet förstås främst som strukturerad träning
	Behov av individanpassade rekommendationer
	Att lyssna på kroppen som beslutsstrategi
Omsättning i praktik – möjligheter och hinder i vardagen	Intention–beteendegap
	Social kontext som resurs och barriär
	Vardagskrav och prioriteringar
	Rutiner och individuella förutsättningar som möjliggörande eller hindrande faktorer

5.2 Exponering och förståelse av hälsoinformation

Denna kategori beskriver hur deltagarna möter och förstår sig hälsoinformation i sin vardag. Koder som berörde informationskällor, begriplighet och kunskap om fysisk aktivitet sorterades in i fyra subkategorier: *Informationskällor och vardaglig exponering*, *Tydlighet som underlättar – komplexitet som försvårar förståelse*, *Intresse och motivation påverkar bearbetning och förståelse* samt *Generell kunskap om hälsoeffekter av fysisk aktivitet*. Dessa beskriver olika aspekter av hur deltagarna tar del av och tillgodosör sig hälsoinformation.

Informationskällor och vardaglig exponering

Deltagarna beskrev att de regelbundet exponerades för hälsoinformation genom bland annat myndigheter, utbildningssammanhang och sociala medier. Exponeringen skedde både aktivt och passivt. På digitala plattformar upplevdes innehållet delvis styras av algoritmer och tidigare interaktioner, vilket innebar att det som uppfattades som intressant i högre grad återkom i flödet. Citatet nedan är ett exempel på hur deltagarna resonerade kring exponering för information:

”Facebook kommer det ju också upp grejer på, TikTok har jag inte så där har jag inte kollat någonting [...] det är väl klart att man kan få upp varför det är bra att träna, men det är inte det som jag får i mitt flöde för det är inte dem algoritmerna som jag har byggt upp.” – Informant 1

Tydlighet som underlättar – komplexitet som försvårar förståelse

Hur informationen presenterades hade betydelse för förståelsen. Enkla, konkreta och strukturerade budskap upplevdes som lättare att ta till sig. Information som förmedlades med tydligt språk och överskådlig struktur beskrevs som mer tillgänglig.

Myndighetsinformation lyftes som exempel på innehåll som uppfattades som särskilt tydligt. När informationen däremot var omfattande, innehöll fackspråk eller förutsatte förkunskap upplevdes den som svårare att förstå. Detta framkommer bland annat i citat från två deltagare kring vad som underlättar förståelse av information:

” [...] ett budskap kommer fram om man nästan dumförklarar mottagaren. [...] så simpelt som möjligt men ändå detaljerat skulle jag säga.” – Informant 5

”Vissa saker typ såhär att men typ att man kanske ser något inlägg om att man får bättre kondition av att röra på sig, alltså tips och till exempel då känns det som att man kan förstå det ändå. Sen såklart vissa andra, alltså kanske mer invecklade saker, förstår jag mig inte riktigt på.” – Informant 4

Intresse och motivation påverkar bearbetning och förståelse

Förståelsen påverkades även av deltagarnas intresse och motivation. Deltagarna uttryckte att de hade förmåga att förstå informationen om de tog sig tid, men att de sällan aktivt sökte hälsoinformation. Träningsrelaterat innehåll i sociala medier passerades ofta utan större reflektion, särskilt när intresset för ämnet var lågt. Nedan är ett citat kring intressets betydelse för intag av information:

” Ja, men då hade jag nog förstått ändå, liksom hade jag tagit mig tiden att faktiskt lyssna på det de säger eller liksom läst det så är det ju... för det finns ju en sanning i det. [...] Så det är mer okunnigheten tror jag som gör det svårt, men sen olusten också att vilja lära sig för att jag tycker att det är tråkigt.” – Informant 2

Generell kunskap om hälsoeffekter av fysisk aktivitet

Trots upplevda svårigheter beskrev deltagarna en grundläggande kännedom om fysisk aktivitetens hälsoeffekter. De uttryckte medvetenhet om att fysisk aktivitet påverkar både psykiskt och fysisk mående och nämnde exempelvis minskad stress, förbättrad sömn och ökad kondition. Kunskapen framstod som generell och beskrevs inte alltid i relation till konkret tillämpning i vardagen. Detta illustreras i citatet nedan, vilket är ett litet urval av alla deltagares generella kunskap om hälsoeffekter av fysisk aktivitet.

” [...] folk snackar om att det ska vara positivt och bra för hälsan och så där, [...] Nämen själv också, när man rör på sig så mår man ju bra. [...] Man mår bra efter att har gjort någonting fysiskt aktivt.” – Informant 4

5.3 Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning

Denna kategori belyser hur deltagarna värderar hälsoinformationens trovärdighet och relevans. Koder som berörde osäkerhet, tillit till olika avsändare samt betydelsen av personliga erfarenheter bildade tre subkategorier: *Osäkerhet och behov av trovärdiga källor*, *Avsändare och vetenskaplig förankring som grund för tillit* samt *Personlig erfarenhet och rimlighetsbedömning som beslutsgrund*. Dessa beskriver hur deltagarna gjorde källkritiska och subjektiva bedömningar av information de möter.

Osäkerhet och behov av trovärdiga källor

Efter att ha tagit del av hälsoinformation beskrev deltagarna en process där informationens trovärdighet och relevans aktivt värderades. Osäkerhet uttrycktes särskilt när olika källor eller studier förmedlade motstridiga budskap. Ny forskning som motsade tidigare resultat bidrog till svårigheter att avgöra vad som kunde betraktas som tillförlitligt. Även information från sociala medier och AI-genererade källor väckte tveksamhet, då deltagarna uttryckte osäkerhet kring hur korrekt och kvalitetssäkrad sådan information var. Detta exemplifieras i detta citat:

” [...] låter det rimligt brukar jag tycka att det är rimligt. Ibland kan man ju ändå söka upp någonting bara för att det är så här, men vänta det här kan ju inte vara sant.” – Informant 2

Avsändare och vetenskaplig förankring som grund för tillit

Vem avsändaren var, samt informationens vetenskapliga förankring, beskrevs av deltagarna som viktig. Information som förmedlades av personer med medicinsk eller hälsoinriktad utbildning upplevdes som mer trovärdig än innehåll från mindre kända aktörer. Även etablerade organisationer och myndigheter gav ett större förtroende. I citatet nedan beskriver en deltagare hur vetenskaplig förankring och igenkänning av avsändaren påverkade tilliten:

“[...] först och främst den visar att det har undersökts... om det står WHO, till exempel, då känner jag igen det... då känns det som att det är säkrare [...]” Informant 5

Personlig erfarenhet och rimlighetsbedömning som beslutsgrund

Utöver källkritiska överväganden spelade personlig erfarenhet en viktig roll i hur deltagarna tolkade och bedömde informationens rimlighet. Information som upplevdes som logisk, realistisk och möjlig att anpassa till den egna situationen var mer benägen att accepteras. Flera uttryckte att rekommendationer som fungerade i den egna vardagen uppfattades som användbara, även om de var generellt formulerade.

”Om jag upplevt det själv också, ja men då stämmer det ju för att det funkar för min kropp, [...] Sen kanske det inte är sant för någon annan.” – Informant 1

”[...] Om det är någonting som jag känner att jag skulle kunna prova på då blir det ju mer relevant.” – Informant 4

5.4 Individanpassning och omtolkning av rekommendationer

Denna kategori beskriver hur deltagarna tolkar och anpassar generella rekommendationer om fysisk aktivitet till den egna livssituationen. Koder som handlade om föreställningar kring fysisk aktivitet, behov av anpassning och kroppsliga signalers betydelse resulterade i tre subkategorier: *Fysisk aktivitet förstås främst som strukturerad träning*, *Behov av individanpassade rekommendationer* samt *Att lyssna på kroppen som beslutsstrategi*. Subkategorierna beskriver hur deltagarna aktivt omtolkar och relaterar information utifrån egna förutsättningar.

Fysisk aktivitet förstås främst som strukturerad träning

Fysisk aktivitet likställdes ofta med strukturerad träning, såsom gymträning eller organiserad sport. Vardagsrörelse, exempelvis promenader eller lättare aktivitet, uppfattades inte alltid som ”riktig” fysisk aktivitet. Denna förståelse påverkade hur rekommendationer tolkades och hur deltagarna bedömde sin egen aktivitetsnivå i relation till dem.

“[...] jag tror det automatiska är att man tänker typ träning så här, gym eller träningspass, men jag tänker typ för mig så är det mest promenader egentligen. Att man typ håller sig aktiv. Alltså, vad ska man säga, på ett vardagligt sätt, ja.” – Informant 6

“Träna, gym, styrketräning, konditionsträning, röra på kroppen, ökar pulsen på något sätt.” – Informant 1

Behov av individanpassade rekommendationer

Deltagarna beskrev att generella rekommendationer inte alltid upplevdes som direkt tillämpbara utan behövde anpassas till personliga omständigheter såsom sjukdom, dagsform, energinivå och vardagskrav. Flera uttryckte att hälsorekommendationer behövde justeras för att upplevas som realistiska, bland annat resonades det som följande:

”Jag tror att vissa människor inser typ inte hur stort det kan kännas för folk och att ni som pluggar till fysioterapeuter till exempel [...] att man får rekommendationer som kommer uppifrån av någon organisation eller någonting sånt och bara läggs på mig utan att kanske tänka på att det är på individnivå.” – Informant 5

Att lyssna på kroppen som beslutsstrategi

Deltagarna beskrev hur de lyssnade på kroppen och anpassade aktivitetsnivån efter upplevd ork. Behov av återhämtning och aktuell livssituation påverkade hur fysisk aktivitet genomfördes. Kroppsliga signaler fungerade därmed som vägledning i beslut om när och hur träning utfördes.

” [...] i början lyssnade jag väldigt mycket på min tränare [...] nu har jag lärt mig vad som funkar för min kropp. [...] sen har man ju anammat det nu när man tränar själv också i vad man är i behov av. Om jag kanske känner att kroppen är i behov av återhämtning så kanske jag bara ska acceptera att vara lediga en dag och bara att ta en promenad istället för kanske springa.” – Informant 3

5.5 Omsättning i praktik – möjligheter och hinder i vardagen

Denna kategori belyser hur deltagarnas kunskap och intentioner relaterar till faktisk fysisk aktivitet i vardagen. Koder som berörde motivation, social påverkan, vardagskrav och individuella förutsättningar resulterade i fyra subkategorier: *Intention–beteendegap*, *Social kontext som resurs och barriär*, *Vardagskrav och prioriteringar* samt *Rutiner och individuella förutsättningar som möjliggörande eller hindrande faktorer*. Dessa beskriver olika aspekter av de faktorer som påverkar om fysisk aktivitet omsätts i handling.

Intention–beteendegap

Trots grundläggande kunskap om fysisk aktivitet, en uttalad vilja att vara mer fysiskt aktiva och tillgång till resurser som gymkort fanns det ett glapp mellan intention och handling. Flera uttryckte en önskan om att vara mer fysiskt aktiva och såg ökad fysisk aktivitet som något positivt, men beskrev samtidigt svårigheter att omsätta denna vilja i konkret beteende. Tillgång till resurser framstod därmed inte som tillräckligt för att fysisk aktivitet skulle genomföras, Deltagarna nämnde att det var en prioriteringsfråga.

”Alltså egentligen lathet tror jag. Ja alltså, eller typ fel prioriteringar. Man tänker att man vill göra andra saker. Man jobbar, man pluggar och man gör annat med sin tid, och man vill bara ta det lugnt och vara med kompisar och relation, och så känner man då att man inte har tiden för det fast man då egentligen har det. [...] Jag har ett gymkort jag har betalat för i hela mitt liv som inte brukas.” – Informant 4

”Det handlar bara om, det är bara en prioriteringsfråga och hur effektivt man själv pluggar och hur man planerar sina studier [...] jag tror det där att man skyller på studierna... jag fattar att man gör det när man pluggar 150%, men 100% studier? Nej.” – Informant 1

Social kontext som resurs och barriär

Den sociala kontexten framstod som en betydelsefull faktor i relation till genomförandet av fysisk aktivitet. Att träna tillsammans med en vän eller få stöd från familj upplevdes som motiverande och ökade sannolikheten för att aktiviteten genomfördes. Gemensamma

aktiviteter och uppmuntran beskrevs som underlättande faktorer. Samtidigt kunde sociala omständigheter utgöra hinder. Obehag inför att träna i miljöer där andra människor var närvarande, särskilt på gym, påverkade viljan att delta i vissa aktiviteter. Även skillnader i intresse mellan vänner framstod som begränsande.

” [...] kanske tycka att det var kul att gå ut och promenera eller att man går ut och typ så här joggar med någon annan typ med en vän. [...] ingen av mina kompisar tycker om konditionsträning... Flera av dem går på gym och de lyfter vikter [...] sen är mina vänner ganska utspridda också, så det gör väl lite svårare så.” – Informant 6

” [...] det är mycket lättare att gå typ när en kompis drar med mig, då är jag så 'okej, men då följer jag väl med.' ” – Informant 2

” [...] sen så har jag också ganska mycket social ångest. Så till exempel, många tränar ju på gym och jag skulle aldrig våga gå in på ett gym.” – Informant 5

Vardagskrav och prioriteringar

Vardagskrav och prioriteringar uttrycktes ha betydelse för aktivitetsnivån. Under intensiva studieperioder med många uppgifter och tentamina prioriterades studier, sömn och återhämtning framför träning. Tidsbrist och upplevd hög belastning beskrevs som begränsande faktorer. Flera deltagare uttryckte att deras aktivitetsnivå upplevdes som rimlig i relation till vad kroppen orkade och vad vardagen tillät, även när den inte motsvarade generella rekommendationer. Kommande citat beskriver en av dessa erfarenheter:

” [...] alltså sömnen är ju väldigt viktig för mig, och jag vill inte tumma på den för att gå ut och gå. Och sen vill jag inte heller tumma på mitt pluggande för att gå ut och gå just nu, för att jag känner att det är bara är en period, och är det bara en period så är det okej.” – Informant 1

Rutiner och individuella förutsättningar som möjliggörande eller hindrande faktorer

Även rutiner och individuella förutsättningar framträdde som betydelsefulla. När träning var integrerad i vardagen, exempelvis genom fasta tider eller etablerade vanor, upplevdes den som lättare att genomföra. Avsaknad av struktur och planering beskrevs däremot som försvårande. Individuella faktorer såsom sjukdom, smärta, låg motivation eller rädsla beskrevs begränsa deltagandet, medan närhet till träningsmöjligheter och upplevelse av trygghet i träningsmiljön underlättade genomförandet. Detta uttrycktes på många olika sätt, men följande citat är ett av resonemangen:

”När man inte har rutiner skulle jag säga så är det väldigt svårt att känna att man går till gymmet eller någonting för att då blir det annat som kommer att störa och så kommer annat emellan. Rutinerna underlättar detta väldigt mycket [...]” – Informant 3

6 DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva hur universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning upplever sin hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet, samt hur de resonerar kring möjligheter och hinder att omsätta hälsoinformation i praktiken. Resultaten visar att hälsolitteracitet i denna grupp framträder i hur hälsoinformation exponeras, förstås, värderas och omtolkas innan den eventuellt omsätts i handling. Fysisk aktivitet som beteende formas därmed i ett samspel mellan kunskap, individuella erfarenheter, social kontext och vardagskrav. Det återkommande gapet mellan intention och handling tydliggör att kunskap i sig inte är tillräcklig för beteendeförändring.

6.1 Resultatdiskussion

Resultaten kan tolkas i relation till de tre nivåerna av hälsolitteracitet: funktionell, kritisk och kommunikativ (Sørensen et al., 2012; Nutbeam, 2025) där deltagarna utifrån sina beskrivningar, utan tidigare definition och med varierande grad av hälsolitteracitet, uppvisade dessa tre distinktioner. Dessa nivåer återkommer löpande i alla kategorier, särskilt de tre första: *Exponering och förståelse av hälsoinformation, Källkritisk värdering och subjektiv rimlighetsbedömning, samt Individanpassning och omtolkning av rekommendationer.*

Funktionell hälsolitteracitet framträdde i deltagarnas grundläggande kunskap och förståelse för generella hälsoeffekter och rekommendationer om fysisk aktivitet, vilket indikerar en förmåga att ta till sig information. Samtidigt visade resultaten att komplex eller motsägelsefull information kunde skapa osäkerhet, vilket indikerar att funktionell förståelse inte nödvändigtvis innebär trygghet i tillämpning. Den funktionella hälsolitteraciteten påverkades även av tillgänglighet till information, bland annat utifrån spridning av information på digitala plattformar. Dessa medier är algoritmstyrda vilket, som tidigare beskrivits, innebär att den information man exponeras för anpassas efter det innehåll individer interagerar med. Det kan förklara varför personer som inte är träningsintresserade inte får upp hälsoinformation i samma utsträckning (Cinelli et al., 2021). Utifrån resultatet framstår intresse således som en ytterligare länk mellan kunskap och beteende. Även när förmåga att förstå hälsoinformation fanns minskade sannolikheten att information bearbetades och omsattes i handling vid lågt personligt engagemang. Michie et al. (2011) betonar vikten av engagemang för att beteenden ska äga rum. Detta tydliggör att tillgång till information inte nödvändigtvis innebär internalisering eller beteendeförändring (Nutbeam, 2025). Detta påverkas även av individens motivation, engagemang och upplevelse av self-efficacy (Bandura, 1997; Michie et al., 2011). Tidigare studier har visat att socialt stöd, miljöfaktorer och rutinvanor också är avgörande för att kunskap ska omsättas i handling (McAuley & Blissmer, 2000; Bauman et al., 2012).

Vidare synliggjordes den kritiska nivån av hälsolitteracitet i deltagarnas resonemang kring trovärdighet och rimlighet. Bedömningen av hälsoinformation baserades på avsändarens

legitimitet, upplevd vetenskaplig grund samt personlig rimlighet och igenkänning, snarare än systematisk granskning. Detta överensstämmer med forskning som visar att bakomliggande expertis och igenkänning hos källan är centrala i digital källvärdering, vilket kan ytterligare bidra till ökat förtroende (Metzger & Glanagin, 2013). Sociala medier beskrevs som särskilt otillförlitliga, delvis på grund av mängden information och budskap utan tydlig vetenskaplig grund. I en informationsmiljö präglad av överflöd och motstridiga budskap blir kritisk hälsolitteracitet avgörande, men också utmanande. Risken för desinformation och fragmenterad förståelse av hälsa och fysisk aktivitet ökar också (Borges do Nascimento et al., 2022).

Den kommunikativa nivån av hälsolitteracitet framträdde i hur deltagarna beskrev att de aktivt tolkade och anpassade information i relation till den egna livssituationen. Rekommendationer uppfattades inte som absoluta, utan som tidigare nämnt något som behövde relateras till studier, vardagsstruktur och personliga preferenser. I linje med detta framkommer att fysioterapeuter kan arbeta mer personcentrerat och processinriktat snarare än informationsöverförande. Det innebär att inte enbart förmedla rekommendationer, utan att tillsammans med studenten utforska hur dessa kan omsättas i praktiken inom ramen för individens faktiska vardag. Genom att använda öppna frågor, reflektion och gemensam problemlösning kan fysioterapeuten stödja studenten i att formulera realistiska strategier, vilket överensstämmer med personcentrerat arbetssätt inom hälso- och sjukvård (Rubak et al., 2005; Ekman et al., 2011). Ett sådant arbetssätt kan även inkludera att kontinuerligt följa upp, omvärdera och justera insatserna i takt med att studentens livssituation förändras. På så sätt blir prevention inte en statisk rekommendation, utan en pågående samarbetsprocess där studenten ges en aktiv och medskapande roll (Nutbeam, 2025).

Deltagarnas beskrivningar visar att begreppet fysisk aktivitet inte är entydigt, utan situations- och kontextberoende. I vissa sammanhang definierades fysisk aktivitet brett som rörelse och välmående, medan den i andra reducerades till strukturerad träning såsom gym eller sport, vilket framkom i deltagarnas egna resonemang och exempel i resultatet. Denna variation kan förstås i relation till distinktionen mellan fysisk aktivitet och träning då begreppen ibland används synonymt trots att de representerar olika dimensioner (Caspersen et al., 1985; Dasso, 2019). När rekommendationer tolkas som krav på strukturerad träning snarare än som möjligheter till vardagsrörelse kan det påverka hur realistiska och genomförbara de upplevs i relation till vardagen, vilket framkommer i denna studies resultat.

Resultaten tydliggör att fysioterapeutiskt arbete med fysisk aktivitet behöver gå bortom enbart informationsförmedling. Att enbart kommunicera rekommendationer är otillräckligt om de inte upplevs som begripliga, relevanta och genomförbara i individens vardag. Detta pekar på behovet av att stödja individens tolkning av information och att anpassa rekommendationer till individens livssituation, vilket stöds av deltagarnas beskrivningar av hur rekommendationer upplevdes som svåra att förena med studier och vardagsrutiner. Utifrån perspektivet hälsolitteracitet innebär det att utforska hur patienten tolkar, värderar och relaterar information till sin livssituation. Detta kan vara relevant i preventiva insatser riktade mot bland annat universitetsstudenter (Nutbeam, 2025; Kühn et al., 2022), där

denna studies resultat belyser hur hälsoinformation är lättillgänglig men vardagsintegreringen varierar.

I denna bemärkelse erbjuder self-efficacy en central tolkningsram för att förstå varför kunskap inte automatiskt leder till handling (Bandura, 1997). Deltagarna uttryckte kännedom om rekommendationer och positiva utfallsförväntningar, men genomförandet varierade beroende på upplevd kapacitet att hantera bland annat tidsbrist, motivation och praktiska hinder. Detta indikerar att positiva utfallsförväntningar i sig inte är tillräckliga för att övervinna vardagliga hinder, vilket stöds av forskning om intention–beteende-gapet (Feil et al., 2023). Snarare tycks både self-efficacy och utfallsförväntningar behöva vara tillräckligt starka i relation till upplevda barriärer (Schwarzer, 2008; McAuley & Blissmer, 2000). Även om self-efficacy avseende fysisk aktivitet är betydelsefull, behöver den förstås i samspel med kontextuella faktorer. Deltagarnas beskrivningar av vardagliga hinder – såsom studier, rutiner, sociala sammanhang, personliga preferenser och lågt intresse för träning – indikerar att beteendet formas i ett komplext samspel mellan individ och miljö (McLeroy et al., 1988).

Den sociala kontexten framträdde som dubbelriktad. Socialt stöd har visats stärka både motivation och self-efficacy i relation till fysisk aktivitet (McAuley et al., 2003; Bauman et al., 2012), samtidigt kan upplevda normer och social exponering verka hämmande genom att skapa osäkerhet eller känsla av otillräcklighet, vilket kan minska viljan till deltagande (Bauman et al., 2012). Tidigare studier visar hur den sociala miljön kan fungera som både förstärkande och begränsande faktor i det ömsesidiga samspelet mellan individ och omgivning, i linje med socialkognitiv teori och ekologiska modeller för hälsobeteende (Bandura, 1986; McLeroy et al., 1988).

Nedprioriteringen av fysisk aktivitet under perioder med hög studieböroda illustrerar hur kontextuella krav påverkar möjligheten att omsätta kunskap i handling. Detta understryker att hälsobeteende inte enbart kan förstås genom individuella kognitiva faktorer, utan måste relateras till den vardagliga struktur inom vilken beslut fattas (Gyurcsik et al., 2006). Resultaten indikerar således att möjliggörandet av fysisk aktivitet inte enbart handlar om att öka kunskap eller motivation, utan om att skapa förutsättningar där beteendet ryms inom studenters faktiska livssituation. I detta sammanhang beskrevs rutiner som en central faktor av deltagarna. När fysisk aktivitet integrerades i vardagsstrukturen minskade beroendet av motivation i stunden, vilket tyder på en förskjutning från viljestyrt till mer automatiserat beteende (Singh et al., 2024). Detta pekar på vikten av strukturella och organisatoriska strategier – såsom schemaläggning, fasta tider eller miljömässiga påminnelser – snarare än enbart individfokuserade insatser. Dessa beskrivs i Michie et al. (2011) som en del av beteendeförändringsstrategier, vilket fysioterapeuter ofta arbetar med och skulle kunna vara relevanta för att arbeta preventivt med denna grupp.

Ur ett beteendemedicinskt perspektiv är upplevd genomförbarhet och self-efficacy centrala för sannolikheten att initiera och vidmakthålla beteenden, särskilt hos individer med låg motivation, begränsad tid eller negativa erfarenheter (Bandura, 1997). Om fysisk aktivitet förstås som något prestationsinriktat och tidskrävande riskerar tröskeln för deltagande att höjas. Inom fysioterapeutisk praxis kan detta innebära ett behov av att tydliggöra begrepp

och anpassa rekommendationer så att de framstår som realistiska och integrerbara i individens vardag. En sådan begreppslig distinktion kan bidra till att sänka tröskeln för beteendeförändring, stärka patientens self-efficacy och därmed främja mer hållbara hälsofrämjande insatser inom klinisk praxis.

Utifrån socialkognitiv teori kan detta förstås som ett reciprokt samspel mellan personliga faktorer, beteende och miljö (Bandura, 1986). Studenternas föreställningar om fysisk aktivitet påverkades av tidigare erfarenheter, sociala normer och informationsmiljö, samtidigt som deras beteenden i sin tur formar hur ny information uppfattas (Bauman et al., 2012). Detta framgår i deltagarnas beskrivningar av hur tidigare erfarenheter, sociala normer och informationsmiljö samverkade i deras tolkning av hälsoinformation. Sammantaget framstår hälsolitteracitet därmed inte som statisk, utan som något som kontinuerligt omförhandlas i vardagen.

Praktiskt kan detta exempelvis innebära att fysioterapeuter stärker patientens förståelse genom att anpassa språk och begrepp, tydliggöra skillnaden mellan träning och vardagsrörelse, samt arbeta med att stärka self-efficacy genom att identifiera tidigare positiva erfarenheter och realistiska delmål. Att beakta social kontext och stödja etablering av hållbara rutiner ligger i linje med ett beteendemedicinskt arbetssätt.

6.2 Metoddiskussion

Denna studie genomfördes med en kvalitativ design och induktiv ansats, vilket är metodologiskt lämpligt i förhållande till syftet att utforska studenters subjektiva upplevelser av hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet (Carter & Lubinsky, 2016). En kvalitativ intervjustudie möjliggjorde fördjupning av deltagarnas resonemang och gav utrymme för nyanserade beskrivningar av hur hälsoinformation förstås och omsätts i vardagen.

Alternativa metodval hade kunnat ge andra typer av kunskap. En mixed methods-design hade exempelvis möjliggjort kombinationen av självrapporterade aktivitetsmått och kvalitativa upplevelser (Creswell & Plano Clark, 2018). Detta hade kunnat stärka kopplingen mellan upplevelse och beteende, men riskerat att reducera komplexa erfarenheter till kvantifierbara mått. En deduktiv ansats hade å andra sidan kunnat strukturera analysen utifrån etablerade teorier, men begränsat möjligheten att fånga deltagarnas egna perspektiv (Graneheim & Lundman 2004). Den valda induktiva ansatsen bedömdes därför vara proportionerlig i relation till syfte och omfattning.

Urvalet var ändamålsenligt och delvis baserat på bekvämlighet, vilket är vanligt i kvalitativ forskning där målet är att erhålla fördjupad förståelse snarare än generaliserbarhet (Andrade, 2021). Urvalsstrategin möjliggjorde rekrytering av deltagare som befann sig i den kontext som studerades och hade relevanta vardagliga erfarenheter av fysisk aktivitet och mötet med hälsoinformation. Bekvämlighetsurvalet bidrog även till studiens praktiska genomförbarhet inom ramen för uppsatsens tidsmässiga och organisatoriska förutsättningar.

Samtidigt medför bekvämlighetsurval risk för selektionsbias. Deltagare som väljer att medverka kan ha större intresse för hälsofrågor än genomsnittet, vilket kan ha påverkat materialets karaktär. Resultaten bör därför förstås som kontextbundna snarare än representativa för studentpopulationen i stort. Ett alternativ hade varit ett större urval med deltagare från flera universitet för större spridning, men med hänsyn till studiens omfattning och genomförbarhet bedömdes urvalet från ett universitet vara lämpligt.

Avgränsningen till universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning stärkte den interna relevansen i relation till syftet, då fokus kunde riktas mot hur hälsolitteracitet tar sig uttryck hos en grupp som inte är formellt skolad inom medicin. Inkludering av medicinstuderande riskerade spegla professionsspecifik kunskap snarare än vardagsbaserade uppfattningar om fysisk aktivitet och hälsa, eftersom dessa studenter kontinuerligt exponeras för medicinsk terminologi. Samtidigt skulle variation i tidigare utbildningsbakgrund kunna bidra till analytisk bredd snarare än utgöra ett metodologiskt problem.

Samtidigt exkluderades inte deltagare som tidigare genomgått andra utbildningar som till exempel en kurs inom folkhälsovetenskap samt PT-utbildning. Detta bedöms inte stå i konflikt med inklusionskriterierna, då kriteriet avsåg pågående medicinska studier snarare än tidigare utbildningsbakgrund. Inom kvalitativ forskning kan en viss variationsbredd i deltagarnas erfarenheter snarare betraktas som en styrka, då det kan bidra till en mer nyanserad och fördjupad förståelse av det studerade fenomenet (Malterud, 2001). Deltagarnas skilda bakgrunder kan därmed ha berikat materialet genom att synliggöra olika sätt att resonera kring fysisk aktivitet, hälsa och fysioterapi.

En ytterligare metodologisk begränsning är att bakgrundsdata såsom deltagarnas ålder och kön inte systematiskt efterfrågades i samband med intervjuerna. Sådan information hade kunnat bidra till en tydligare beskrivning av urvalet och möjliggjort reflektion kring hur demografiska faktorer potentiellt kan påverka upplevelser av fysisk aktivitet och hälsolitteracitet. Avsaknaden av denna information begränsar därmed möjligheten att diskutera hur deltagarnas bakgrund kan ha påverkat resultaten.

Kravet på svensktalande deltagare motiverades av behovet av språklig nyans i intervjusituationen. Att använda ett gemensamt modersmål minskade även risken för missförstånd. Dock kan exkluderingen av internationella studenter ha begränsat variationen i materialet.

Den initiala öppna rekryteringen via posters genererade begränsat deltagande, vilket ledde till kompletterande direktkontakt med studenter som uppfyllde inklusionskriterierna. Denna justering möjliggjorde studiens genomförande utifrån given tidsram, men medför samtidigt metodologiska överväganden.

Direktrekrytering kan innebära relationella asymmetrier och risk för omedveten social påverkan (Berger, 2013). Även om deltagandet var frivilligt kan önskan att vara hjälpsam eller upprätthålla god relation ha påverkat beslutet att medverka (Kvale & Brinkmann, 2014). En befintlig relation kan både underlätta öppenhet och skapa återhållsamhet i känsliga frågor. Det finns även en risk att forskarnas förförståelse om deltagarnas intressen,

kommunikativa förmåga eller inställning till ämnet omedvetet har påverkat rekryteringen (Malterud, 2001). Ett sådant strategiskt eller omedvetet selektivt val kan bidra till att vissa perspektiv prioriteras framför andra, vilket i sin tur skulle påverka studiens trovärdighet. Vidare kan en mer informell relation mellan forskare och deltagare påverka upplevelsen av konfidentialitet, då en avslappnad ton potentiellt kan suddas ut gränserna mellan forskarroll och privat relation. Dessa faktorer bör beaktas vid tolkning av resultaten, då rekryteringsprocessen kan ha påverkat både deltagarsammansättning och intervjudynamik.

Dessa risker hanterades genom tydlig information om frivillighet och konfidentialitet samt en konsekvent professionell hållning under intervjuerna, motsvarande den som användes vid intervjun av deltagaren från den initiala rekryteringen via öppen annonsering. Att båda författarna deltog i samtliga intervjuer och i analysprocessen kan ha bidragit till att synliggöra och balansera individuell förförståelse. Likaså att intervjuerna genomfördes med strukturerat stöd av intervjuguide, bland annat för att upprätthålla en tydlig rollfördelning mellan författarna och deltagarna.

I linje med Kvale & Brinkmann (2014) betraktas intervjuaren som medskapare av data. Val av frågor, följdfrågor och tolkningar påverkar både innehållet i intervjun och analysen av materialet. Det ställer krav på ett transparent och reflekterande förhållningssätt, genom bland annat kontinuerlig reflektion över hur förförståelsen kan påverka tolkningarna, samt att sträva efter att lyfta fram informantens perspektiv. Genom kontinuerlig dialog under analysen och systematisk dokumentation av kodning och kategorisering har strävan varit att hålla analysen textnära och minska påverkan av personbundna tolkningar.

Antalet deltagare uppgick till sex, vilket bedömdes vara tillräckligt i relation till studiens kvalitativa ansats och omfattning. Datasamlingen genererade ett innehållsrikt material och under analysprocessen framträdde återkommande mönster i deltagarnas beskrivningar, vilket kan indikera en viss grad av tematisk mättnad, även om begreppet bör användas med viss försiktighet i mindre kvalitativa studier.

Individuella semistrukturerade intervjuer möjliggjorde balans mellan struktur och flexibilitet (Kvale & Brinkmann, 2014). Denna form bedömdes lämplig då den säkerställde att centrala teman berördes samtidigt som deltagarna gavs utrymme att utveckla egna resonemang. Öppna intervjuer hade kunnat ge ännu större frihet, men riskerar att missa viktiga teman om deltagaren inte spontant berör dem.

Genomförandet via digital plattform ökade tillgängligheten och flexibiliteten (Carter et al., 2021). Nackdelarna är att icke-verbal kommunikation kan gå förlorad och att tekniska problem kan påverka både ljudkvalitet och intervjuflöde, även om samtliga intervjuer i denna studie genomfördes med kamera aktiverad och utan tekniska störningar.

Författarna hade begränsad tidigare erfarenhet av kvalitativ dataanalys vilket gör att studiens kvalitet inte kan ha påverkats. I syfte att stärka analysens trovärdighet följdes därför Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys, och analysprocessen genomfördes stegvis och i nära anslutning till det transkriberade materialet för att minska risk för tolkning av data istället för det som deltagarna faktiskt uttryckte.

Dataanalysen utfördes av båda författarna oberoende av varandra vilket möjliggjorde jämförelse författarna emellan och kontroll av förekomst av eventuella tolkningar.

Studiens kvalitet har beaktats utifrån trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och verifierbarhet (Lundman & Graneheim, 2017). Transparens i analysprocessen, redovisning av urval och kontext samt användning av citat har bidragit till trovärdighet.

Delaktighetsaspekten har beaktats genom att deltagarnas egna beskrivningar har legat till grund för analysen. Genom öppna intervjufrågor gavs deltagarna möjlighet att uttrycka sina erfarenheter med egna ord, och citaten synliggör deras röster i resultatet. Eftersom analysen har haft ett manifest fokus har tolkningarna hållits nära det som faktiskt uttryckts i texten, vilket minskar risken för övertolkning. Samtidigt kan intervjusituationen och forskarnas förförståelse ha påverkat hur deltagarna valde att formulera sina erfarenheter.

Överförbarheten är begränsad till liknande studentkontexter, men genom att synliggöra kontext och variation i deltagarnas erfarenheter ges läsaren möjlighet att bedöma resultatets relevans i andra sammanhang. Pålitligheten har stärkts genom gemensam analys och dokumentation av kodningsprocessen.

Sammantaget innebär den valda metoden både möjligheter och begränsningar. Studien gör inte anspråk på generaliserbarhet utan syftar till att bidra med fördjupad förståelse av hur hälsolitteracitet kring fysisk aktivitet tar form i en specifik kontext.

6.3 Etikdiskussion

Trots att studien genomfördes i enlighet med gällande forskningsetiska riktlinjer (Vetenskapsrådet, 2017) aktualiseras flera etiska överväganden. Rekrytering genom direktkontakt med studenter kan innebära en implicit maktaspekt, särskilt om någon form av relation föreligger mellan forskare och deltagare. Även när frivillighet tydliggörs kan sociala normer och önskan att vara tillmötesgående påverka beslutet att delta. Frivillighet bör därför förstås som relationell snarare än enbart formell, i linje med autonomiprincipens praktiska innebörd.

Vidare kan samtal om fysisk aktivitet och hälsa potentiellt väcka känslor av otillräcklighet, skuld eller självreflektion kring egna levnadsvanor, särskilt i en universitetsmiljö präglad av prestation. Intervjufrågorna utformades varsamt, men ämnets karaktär kan i sig innebära emotionell påverkan. Principen om att inte skada behöver därför förstås i relation till både individens erfarenheter och den sociala kontexten i vilken samtalen äger rum.

Konfidentialitet är särskilt relevant i en avgränsad studentpopulation där indirekt identifiering kan ske genom specifika erfarenheter eller formuleringar. En avvägning gjordes därför mellan att bevara citatens autenticitet och att säkerställa deltagarnas anonymitet.

Sammanfattningsvis präglas kvalitativ forskning av etisk komplexitet där potentiella dilemman inte kan elimineras helt utan kräver kontinuerlig reflexivitet (Berger, 2013).

Studien har därför eftersträvat ett etiskt medvetet förhållningssätt, men erkänner samtidigt de relationella och kontextuella faktorer som kan påverka både deltagande och datainnehåll.

7 SLUTSATSER

Denna studie visar att universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning hälsolitteracitet i relation till fysisk aktivitet och hälsa kan förstås som en process där hälsoinformation förstås, värderas och omtolkas innan den eventuellt omsätts i handling. Studenternas erfarenheter och uppfattningar präglas av en grundläggande kunskap om fysisk aktivitetens hälsoeffekter, men också av osäkerhet kring informationens trovärdighet samt ett behov av att anpassa rekommendationer till den egna livssituationen.

Ur ett beteendemedicinskt perspektiv framträder fysisk aktivitet som ett beteende som formas i ett samspel mellan kognitiva faktorer, social kontext och vardagsstruktur. Kunskap i sig tycks inte vara tillräcklig för att initiera eller vidmakthålla fysisk aktivitet, utan upplevd genomförbarhet och kontextuella förutsättningar tycks ha avgörande betydelse.

Resultaten indikerar att fysioterapeutisk praktik med fördel kan integrera ett perspektiv utifrån hälsolitteracitet där individens tolkning av hälsoinformation, erfarenheter och livssituation beaktas för att stödja en hållbar nivå av fysisk aktivitet.

8 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Studien har klinisk relevans för fysioterapi, där fysisk aktivitet utgör en central del av både prevention och behandling. Resultaten visar att hälsolitteracitet inte enbart handlar om att förstå hälsoinformation, utan om hur den tolkas och integreras i individens livskontext. Ur ett beteendemedicinskt perspektiv framträder fysisk aktivitet som ett beteende som påverkas av upplevd genomförbarhet, tidigare erfarenheter och social kontext.

För fysioterapeuter innebär detta att informationsförmedling behöver anpassas till patientens vardagsstruktur och upplevda förutsättningar. Att tydliggöra vad som avses med fysisk aktivitet samt arbeta med realistiska delmål och stärkt self-efficacy för fysisk aktivitet kan bidra till att minska gapet mellan intention och handling.

Resultaten indikerar behov av vidare forskning om hur hälsolitteracitet relaterar till implementering av fysisk aktivitet i vardagen. Särskilt relevant är att undersöka vilka faktorer som underlättar övergången från kunskap till handling, exempelvis i relation till self-efficacy och upplevda barriärer.

Det finns även behov av studier som kartlägger studenters faktiska kunskap om definitionen av fysisk aktivitet och gällande rekommendationer, för att identifiera eventuella kunskapsluckor och utveckla mer riktade preventiva insatser.

Det vore även relevant att jämföra medicinstuderande och universitetsstudenter utan hälso- och sjukvårdsutbildning för att undersöka om det föreligger skillnader i kunskap, tolkning och implementering av fysisk aktivitet. Eventuella skillnader skulle kunna bidra till ökad förståelse för om utbildningsbakgrund påverkar hälsolitteracitet i praktiken, samt om vissa grupper är i behov av mer riktade informations- och stödinsatser.

Vidare finns behov av att genomföra motsvarande studier i större och mer heterogena populationer, exempelvis bland icke-studerande vuxna, för att öka överförbarheten och bredda kunskapsläget kring hur hälsolitteracitet omsätts i fysisk aktivitet utanför studentkontexten.

REFERENSLISTA

- Abrantes, L. C. S., de Souza de Morais, N., Gonçalves, V. S. S., Ribeiro, S. A. V., de Oliveira Sedyama, C. M. N., do Carmo Castro Franceschini, S., Dos Santos Amorim, P. R., & Priore, S. E. (2022). Physical activity and quality of life among college students without comorbidities for cardiometabolic diseases: systematic review and meta-analysis. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 31(7), 1933–1962.
<https://doi.org/10.1007/s11136-021-03035-5>
- Altermann, W., & Gröpel, P. (2024). Physical fitness is related to concentration performance in adolescents. *Scientific reports*, 14(1), 587. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50721-0>
- Andrade C. (2021). The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian journal of psychological medicine*, 43(1), 86–88.
<https://doi.org/10.1177/0253717620977000>
- Babaeer, L. Y., Stylianou, M., Nickbakht, M., & Gomersall, S. R. (2025). A Qualitative Investigation of University Student's Perceptions of Health Behaviours and Associations With Educational Outcomes Through the Lens of the WHO Framework on Health Behaviours and Educational Outcomes. *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 36(2), e70003. <https://doi.org/10.1002/hpja.70003>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Bassett D. R., Jr (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(8), 1396.
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078923.96621.1D>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., Martin, B. W., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *Lancet (London, England)*, 380(9838), 258–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Berger, R. (2013). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234.
<https://doi.org/10.1177/1468794112468475>

- Borges do Nascimento, I. J., Pizarro, A. B., Almeida, J. M., Azzopardi-Muscat, N., Gonçalves, M. A., Björklund, M., & Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, *100*(9), 544–561. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287654>
- Carter, R. E., & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research: Principles and Applications* (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Carter, S. M., Shih, P., Williams, J., Degeling, C., & Mooney-Somers, J. (2021). Conducting Qualitative Research Online: Challenges and Solutions. *The patient*, *14*(6), 711–718. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00528-w>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, *100*(2), 126–131.
- Castro, O., Bennie, J., Vergeer, I., Bosselut, G., & Biddle, S. J. H. (2020). How Sedentary Are University Students? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, *21*(3), 332–343. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01093-8>
- Cinelli, M., De Francisci Morales, G., Galeazzi, A., Quattrociocchi, W., & Starnini, M. (2021). The echo chamber effect on social media. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *118*(9), e2023301118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2023301118>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Cudjoe, J., Delva, S., Cajita, M., & Han, H. R. (2020). Empirically Tested Health Literacy Frameworks. *Health literacy research and practice*, *4*(1), e22–e44. <https://doi.org/10.3928/24748307-20191025-01>
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, *10*(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Feil, K., Fritsch, J., & Rhodes, R. E. (2023). The intention-behaviour gap in physical activity: a systematic review and meta-analysis of the action control framework. *British journal of sports medicine*, *57*(19), 1265–1271. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106640>

- Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health services research, 50*(4), 1195–1210.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 62*(605), 664–666.
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Guntzviller, L. M., King, A. J., Jensen, J. D., & Davis, L. A. (2017). Self-Efficacy, Health Literacy, and Nutrition and Exercise Behaviors in a Low-Income, Hispanic Population. *Journal of immigrant and minority health, 19*(2), 489–493.
<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0384-4>
- Gyurcsik, N. C., Spink, K. S., Bray, S. R., Chad, K., & Kwan, M. (2006). An ecologically based examination of barriers to physical activity in students from grade seven through first-year university. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 38*(6), 704–711.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.007>
- Herbert C. (2022). Enhancing Mental Health, Well-Being and Active Lifestyles of University Students by Means of Physical Activity and Exercise Research Programs. *Frontiers in public health, 10*, 849093. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.849093>
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 107*, 525–539. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
- Keating, X. D., Guan, J., Piñero, J. C., & Bridges, D. M. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *Journal of American college health : J of ACH, 54*(2), 116–125. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.2.116-126>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Kim, K., Shin, S., Kim, S., & Lee, E. (2023). The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research, 25*, e40778. <https://doi.org/10.2196/40778>
- Kripalani, S., Jacobson, T. A., Mugalla, I. C., Cawthon, C. R., Niesner, K. J., & Vaccarino, V. (2010). Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of hospital medicine, 5*(5), 269–275.
<https://doi.org/10.1002/jhm.667>

- Kühn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wäsche, H., & Woll, A. (2022). Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Frontiers in public health*, 9, 680999. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680999>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Studentlitteratur.
- Larson J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical care research and review : MCRR*, 56(2), 123–136. <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., s. 219–232). Studentlitteratur.
- Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet (London, England)*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- McAuley, E., & Blissmer, B. (2000). Self-efficacy determinants and consequences of physical activity. *Exercise and sport sciences reviews*, 28(2), 85–88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10902091/>
- McAuley, E., Jerome, G. J., Elavsky, S., Marquez, D. X., & Ramsey, S. N. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Preventive Medicine*, 37(2), 110–118.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Metzger, M. J., & Flanagin, A. J. (2013). Credibility and trust of information in online environments: The use of cognitive heuristics. *Journal of Pragmatics*, 59, 210–220. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2013.07.012>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science : IS*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Miko, H. C., Zillmann, N., Ring-Dimitriou, S., Dorner, T. E., Titze, S., & Bauer, R. (2020). Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit [Effects of Physical Activity on Health]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen*

- Gesundheitsdienstes (Germany)*), 82(S 03), S184–S195. <https://doi.org/10.1055/a-1217-0549>
- Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Lytle, L. A. (2008). Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(10), 2205–2211. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Nutbeam D. (2025). Health literacy as a public health goal: 25 years on. *Health promotion international*, 40(4), daaf119. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf119>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and policy in mental health*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Petkovic, J., Duench, S., Trawin, J., Dewidar, O., Pardo Pardo, J., Simeon, R., DesMeules, M., Gagnon, D., Hatcher Roberts, J., Hossain, A., Pottie, K., Rader, T., Tugwell, P., Yoganathan, M., Pesseau, J., & Welch, V. (2021). Behavioural interventions delivered through interactive social media for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012932. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012932.pub2>
- Purba, A. K., Thomson, R. M., Henery, P. M., Pearce, A., Henderson, M., & Katikireddi, S. V. (2023). Social media use and health risk behaviours in young people: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 383, e073552. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073552>
- Rabiee F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 655–660. <https://doi.org/10.1079/pns2004399>
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(513), 305–312. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1463134/>
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of internal medicine*, 163(1), 83–90. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>

- Sercu L. (2024). Social Media Influencers, Health Literacy, and Food Literacy: A Correlational Study Among Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 21(12), 1629. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121629>
- Singh, B., Murphy, A., Maher, C., & Smith, A. E. (2024). Time to Form a Habit: A Systematic Review and Meta-Analysis of Health Behaviour Habit Formation and Its Determinants. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(23), 2488. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232488>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tcymbal, A., Abu-Omar, K., Hartung, V., Bußkamp, A., Comito, C., Rossmann, C., Meinzinger, D., & Reimers, A. K. (2022). Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: A systematic review. *Frontiers in public health*, 10, 1048496. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1048496>
- Universitetskanslerämbetet (UKÄ). (2025, 9 oktober). *Fler nybörjare och registrerade studenter i högskolan 2024/25*. <https://www.uka.se/om-oss/nyheter/nyhetsartiklar/2025-10-09-fler-nyborjare-och-registrerade-studenter-i-hogskolan-2024-25?utm> (Hämtad december 2025)
- Vella-Zarb, R. A., & Elgar, F. J. (2009). The 'freshman 5': a meta-analysis of weight gain in the freshman year of college. *Journal of American college health : J of ACH*, 58(2), 161–166. <https://doi.org/10.1080/07448480903221392>
- Vetenskapsrådet. (2024). God forskningsred 2024. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningsred-2024.html> (Hämtad april 2025)
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, 32(5), 541–556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants. 75th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, October 2024. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2005, 15 september). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2024, 26 juni). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

BILAGA A; ANNONSBLAD



VILL DU DELTA I EN STUDIE OM FYSISK AKTIVITET?

Vi söker *Studenter med icke-medicinsk inriktning* för en intervju om:

★ Din kunskap om **hälsa och fördelarna med fysisk aktivitet**

Hur går det till?



En intervju (max 1 timme)



Spelas in & anonymiseras



Din medverkan hjälper oss att förstå hur vi kan stötta fysisk aktivitet i framtiden!

SCAN ME



Frivilligt & tryggt:

- ✓ Du väljer själv vad du vill svara på
- ✓ Du kan avbryta när som helst

DÅ VILL VI GÄRNA HA MED **DIG** I VÅR STUDIE!

Intresserad? Kontakta oss!

Max Lessmark – mlk23002@student.mdu.se

Vendela Lindahl – vll22001@student.mdu.se

BILAGA B; INFORMATIONSBREV

Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Den här studien utförs för att undersöka vilken kunskap personer som inte studerar inom hälsa, vård och välfärdsområdet har om fysisk aktivitet. Även vad som bidrar till att du är fysiskt aktiv alternativt inte är fysiskt aktivt. Du som individ har tillfrågats att delta på denna studie eftersom du är student med icke-medicinsk inriktning.

Informationen kommer att användas för att få en bättre bild av hur vi som fysioterapeuter i framtiden kan stötta individer i deras fysiska aktivitet genom att förstå hur allmänkunskapen ser ut och vad som påverkar deras utförande av fysisk aktivitet.

Ansvarig för projektet är Akademin för Hälsa, vård och välfärd (HVV).

Hur går projektet till?

Det innebär att du som deltagare tillsammans med oss kommer överens om en tid för intervju. Den tar max 1 timme och kommer att spelas in med extern ljudinspelare för att sedan transkriberas. Vi kommer att ta bort all information som kan härleda intervjun till dig. Ingen annan kommer att lyssna på eller ta del av materialet, och när studien är klar kommer inspelade filer att raderas.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Det finns inga risker med att vara med, men vissa frågor kan kanske kännas lite känsliga – du väljer själv vad du vill svara på. Din medverkan kan bidra till bättre stöd och kunskap om fysisk aktivitet hos allmänheten. För eventuella fall att du som deltagare blir upprörd eller känner att du behöver en paus, kommer att vi lägga studien åt sidan och bemöta dig som person i stället.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Information om deltagare kommer lagras på dokument som bara författarna har tillgång till. Ansvarig för dina personuppgifter är Mälardalens universitet.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens universitet. Om du önskar kan vi skicka ut länk till uppsatsen till just dig för att du ska kunna ta del av den.

Försäkring och ersättning

Allmänna försäkringar och eller din privata försäkring gäller för deltagande i projektet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för projektet

Max Lessmark, Student Fysioterapeutprogrammet

Mail: mlk23002@student.mdu.se

Telefon: 073-311 34 05

Vendela Lindahl, Student Fysioterapeutprogrammet

Mail: vll22001@student.mdu.se

Telefon: 070-474 47 35

Anna Ullenhag, Universitetslektor Institutionen för hälsovetenskap, innovation och design
Mail: anna.ullenhag@mdu.se

Petra Heideken Wågert, Professor Institutionen för hälsovetenskap, innovation och design
Mail: petra.heideken.wagert@mdu.se

BILAGA C; INTERVJUGUIDE

Del 1: Begrepp och attityder

Vad är det första du tänker på när du hör ordet "fysisk aktivitet"?

Hur skulle du beskriva din generella inställning till fysisk aktivitet?

- a. Ser du fysisk aktivitet som något positivt eller negativt? Varför?

Del 2: Kunskap om rekommendationer och hälsoeffekter

Känner du till de allmänna hälsorekommendationerna för fysisk aktivitet?

- a. Om ja: Kan du beskriva vad du känner till?
- b. Om nej: Visste du att det fanns allmänna hälsorekommendationer?

Vilka hälsoeffekter av fysisk aktivitet känner du till – både fysiska och psykologiska?

Del 3: Hälsolitteracitet – förståelse, värdering och tillämpning

Hur har du fått kunskap om fysisk aktivitet och dess hälsoeffekter?

- a. Var har du hittat information – t.ex. sociala medier, nyhetsartiklar, utbildning, egen påläsning?
- b. Hur säker känner du dig på att kunna förstå information om fysisk aktivitet och hälsa när du stöter på den?
- c. Kan du ge exempel på information du har haft lätt eller svårt att förstå?

Hur avgör du om information om fysisk aktivitet är trovärdig eller relevant för dig?

- a. Vad får dig att lita på en källa?
- b. Har du någon gång blivit osäker på om informationen du fått varit korrekt?

Hur gör du för att avgöra vad som är hälsosamt, (gällande fysisk aktivitet eller annat)?

- a. Vad gör det lätt respektive svårt att förstå eller särskilja?

Hur använder du information om fysisk aktivitet för att fatta beslut om din egen hälsa?

- a. Kan du ge exempel på hur du har anpassat din livsstil utifrån information du fått?

Del 4: Egen fysisk aktivitet

Hur mycket fysisk aktivitet utför du en vanlig vecka?

- a. Vilken typ av fysisk aktivitet brukar du ägna dig åt?

Hur upplever du din nuvarande aktivitetsnivå?

- a. Skulle du vilja vara mer eller mindre aktiv?

Om du är nöjd: Vad tror du har bidragit till det?

Om du är missnöjd: Vad tror du är orsaken?

Vad skulle göra det lättare att prioritera?

Del 5: Tillämpning i vardagen

Upplever du att det är lätt att ta till dig information om hälsa och omsätta den i din vardag?

- a. Hur upplever du att dina studier har påverkat min fysiska aktivitet?
- b. Studier kan störa rutiner, har du märkt något?

Vad underlättar eller försvårar för dig att vara fysiskt aktiv?

Del 6: Framtidsperspektiv

Hur ser du på din framtid när det gäller fysisk aktivitet?

- a. Vad tror du kommer att hända om du är fysiskt aktiv respektive inte är det?

Avslutande fråga

Finns det något mer du vill lägga till kring dina tankar om fysisk aktivitet och hur det fungerar för dig i praktiken?

BILAGA D; SAMTYCKESBLANKETT

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i projektet: *Universitetsstudenters hälsolitteracitet kring fysisk aktivitet*
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



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.mdu.se