

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**En studie om hälsa och motion i ett verkstadsindustriföretag**

Petra Amberntson och Nina Björck

Examensarbete 10 poäng  
Magisterkurs Arbets- och  
organisationspsykologi  
Vårterminen 2006

Handledare: Bengt Jansson

# En studie om hälsa och motion i ett verkstadsindustriföretag

Petra Amberntson och Nina Björck

*Sammanfattning.* Studien syftade till att undersöka samband mellan psykosocial arbetsmiljö, positiv/negativ affektivitet, stress/energi, motionsgrad och upplevd hälsa, sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Även den psykosociala arbetsmiljön och sinnesstämningars samband med motionsgrad undersöktes samt skillnader avseende kön, ålder, befattning och arbetstidsförläggning. Motionsgrad utgjorde således både beroende och oberoende variabel. Data insamlades via en enkät till 300 medarbetare på ett verkstadsindustriföretag och besvarades av 115 personer. Resultatet visade bland annat att stimulans, stress, energi och motionsgrad hade samband med hälsa, att en positiv affektivitet gav en högre motionsgrad och att lägre stress gav lägre sjuknärvaro. Ålder, befattning och arbetstidsförläggning hade samband med upplevelsen av hälsa. Det fanns inte några skillnader med avseende på motionsgrad för vare sig kön, ålder, befattning eller arbetstidsförläggning.

I Sverige ökade ohälsan dramatiskt mellan åren 1996 och 2002, då 14 procent av den arbetsföra befolkningen inte kunde arbeta på grund av arbetsoförmåga. År 2002 kostade sjukpenning, sjukbidrag och sjukpension samhället 120 miljarder kronor, vilket innebar en fyrdubblad ökning i kostnader jämfört med 1998. För företagen var kostnaderna ännu högre. De betalade samma år 111 miljarder i sjukförsäkringsavgifter och 60 miljarder i sjuklön (Johnsson, Lugn & Rexed, 2003).

Mellan åren 1997 och 2003 ökade de statliga utgifterna bara för sjukpenning från 13,9 miljarder till 44,6 miljarder kronor. Under samma period ökade antalet sjukfall varande längre än ett år, från 44 700 till cirka 135 000 (Riksdagen, 2004a). De ökade kostnaderna berodde inte på att antalet sjukskrivna personer hade ökat, de hade snarare blivit färre, utan på att sjukskrivningsperioderna hade blivit längre (Johnsson, Lugn & Rexed, 2003).

I januari 2005 trädde ett beslut från riksdagen i kraft som syftade till att det skulle bli mer lönsamt för arbetsgivarna att arbeta för att minska de långa sjukskrivningsperioderna. Beslutet medförde att arbetsgivaren fick ett större ansvar för medarbetarnas hälsa i och med ett ökat ekonomiskt ansvar för sjukpenningen och större skyldigheter för rehabilitering av sjukskrivna. Arbetsgivaren står numera för 15 procent av sjukpenningen, för anställda som är helt sjukskrivna och sjuklöneperioden är kortad till två veckor (Riksdagen, 2004b).

Det har gjorts olika ansatser för att få veta om vilka faktorer som medverkat till den stora ökningen av sjukfrånvaron. SCB:s rapport "Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige" (SCB, 2004) syftade till att analysera ökningen av ohälsotalen. Faktorer som enligt rapporten har inverkat på ohälsotalen är konjunkturförändringar, förflyttningar inom olika bidragssystem och 1990-talets förändrade arbetskrav. Den dåvarande arbetsmarknadens turbulens medförde ökade arbetskrav och trygghetsförluster. Under perioden försämrades såväl arbetsmiljön som hälsan. Sedan 1995 har de arbetsorsakade besvären ökat för samtliga åldersgrupper bland kvinnor, men även för män under de senaste åren. Mellan olika näringsgrenar ser sjukfrånvaron olika ut. Anställda inom

kontor och teknik är friskare än anställda inom den tunga industrin, vård- och omsorgssektorn. Andelen sjukskrivna är dock generellt sett högre bland kvinnor än bland män. Detta gäller oavsett i vilken näringsgren eller sektor de arbetar och oavsett ålder (Aronsson & Lindh, 2004; SCB, 2004). Inom industri, vård- och omsorgssektorn är skiftarbete och oregelbundna arbetstider vanligare än inom kontor och det finns ett samband mellan skiftarbete och hjärt- och kärlsjukdom. En skiftarbetare tycks ha ungefär 40 procents större risk att få hjärt- och kärlsjukdom än en person som arbetar dagtid. Den enda i övrigt fastställda hälsoriskerna, som skiftarbete eller oregelbundna arbetstider medför, är mag- och tarmbesvär (Jeding et al., 1999). Det finns även starka samband mellan fysisk exponering i arbetslivet, fysiska besvär och arbetsrelaterad sjukfrånvaro (SCB, 2004).

Sammanfattningsvis kan det sägas att samhällets kostnader för ohälsa har ökat, sjukskrivningsperioderna har blivit längre, arbetsgivarna har fått ett större ekonomiskt ansvar för sjukpenningen och större skyldigheter för rehabilitering av medarbetare. Det har därför blivit viktigare för arbetsgivarna att arbeta för de anställdas hälsa.

## Hälsa

Forskning som bedrivits kring hälsa och ohälsa har ett brett spektrum av angreppssätt, definitioner av hälsobegrepp och mått för att mäta hälsa eller ohälsa (Aronsson & Lindh, 2004). Definitioner på hälsa respektive ohälsa varierar utifrån ett psykologiskt, socialt och existentiellt fokus. Mått på hälsa kan utgöras av självskattningar av upplevd stress, emotionell utmattning, livstillfredsställelse, funktionell status, fysisk och psykiskt välmående samt depression och ångest (Feldt, Kinnunen & Mauno, 2000). Hälsa kan även mätas med utgångspunkt i handlingsorienterade termer såsom sjukfrånvaro eller sjuknärvaro (Aronsson & Gustafsson, 2002; Aronsson & Lindh, 2004).

Vid empiriska studier jämföras ofta hälsobegreppet med frånvaro av medicinsk sjukdom (Aronsson & Lindh, 2004), men hälsotillståndet har både en kroppslig och en upplevd dimension. Den kroppsliga dimensionen berör huruvida en person kan diagnostiseras som frisk eller sjuk, medan den upplevda dimensionen istället handlar om hur personen själv, oberoende av det kroppsliga tillståndet, upplever sin hälsa (Winroth & Rydqvist, 1995). Denna syn på hälsa överensstämmer med Världshälsorganisationens (WHO) definition av hälsa; ”ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom eller svaghet” (refererad till i Abrahamsson, 2003, s. 9). Hälsan kan dessutom ses utifrån ett *kontinuum* där varje individ vid varje tillfälle befinner sig någonstans mellan de två motsatta polerna hälsa eller ohälsa. Hälsan ses då som en skiftande process och inte som ett statiskt tillstånd där en person antingen är frisk eller sjuk (Hansson, 2004).

Hälsan kan inte heller ses åtskild från människors totala livssituation (Källestahl et al., 2004). Det holistiska synsättet återspeglas i många studier som gjorts kring anställdas hälsa och det har bekräftats att arbetsrelaterade faktorer inte kan ses som isolerade orsaker till arbetstagares hälsa eller ohälsa. Både arbetssituation och hemförhållanden måste beaktas även när individers upplevelse av exempelvis stress studeras (Peeters, Jonge, Janssen, & van der Linden, 2004). Studier har även uppvisat starka positiva samband mellan arbets- och livstillfredsställelse. Det brukar benämnas ”spillover” effekt och innebär att erfarenheter från arbetet påverkar privatlivet och omvänt (Heller, Timothy & Watson, 2002).

Det praktiska arbetet med hälsa har olika utgångspunkter. Dels kan det vara förebyggande/preventivt, dels främjande/promotivt. Det ohälsöförebyggande arbetet tar sin utgångspunkt i riskfaktorer för ohälsa (Angelöw, 2002) medan hälsofrämjande inriktas på friskfaktorer för hälsa (Hansson, 2004). Prevent (samarbetsorganisationen kring arbetsmiljöfrågor för Svenskt näringsliv, LO och PTK) definierar friskfaktorer i arbetslivet som "en företeelse som förekommer i den enskildes arbets- och/eller totala livsmiljö och levnadsmönster och ger denne förutsättningar för att fungera optimalt, utvecklas och må bra i arbetslivet" (Abrahamsson, 2003, s. 10) och hälsofrämjande på arbetsplatser innefattar aktiviteter som syftar till att skapa möjligheter för ökat välbefinnande och hälsa (Källeståhl et al., 2004). Arbetshälsoforskningen har i stor utsträckning, både i Sverige och internationellt, haft fokus på ohälsa och ohälsans ytringar på arbetsplatser (Aronsson & Lindh, 2004). I Sverige finns dessutom en lång tradition av preventivt arbetsmiljöarbete, vars främsta syfte varit att förebygga olycksfall och sjukdomar. Fokus har nästan uteslutande varit på fysiska, kemiska eller andra materiella förhållanden (Angelöw, 2002; Siegrist, 2004). Numera ger många studier belegg för att den psykosociala arbetsmiljön påverkar det arbetsrelaterade välbefinnandet (Siegrist, 2004). Utvecklingen har under senare år dessutom inriktats på hälsofrämjande processer (Angelöw, 2002; Källeståhl et al., 2004). Det kan exemplifieras av ett projekt som startade 2002 för att identifiera vilka faktorer som karaktäriserar arbetsplatser som har låg sjukfrånvaro och få arbetsskador, så kallade friskfaktorer (Abrahamsson, 2003). Ett annat exempel på ett promotivt synsätt är Aronsson och Linds (2004) studie om vilka arbetsvillkor som har betydelse för långtidsfriskhet.

### *Psykosocial arbetsmiljö*

Det finns som nämnts många empiriska bevis för att den psykosociala arbetsmiljön påverkar det arbetsrelaterade välbefinnandet (Siegrist, 2004). En välkänd modell inom socialmedicin är krav-kontrollmodellen, som även finns i en utvidgad form där socialt stöd inkluderas (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). Den beskriver hur de tre faktorerna krav, kontroll och stöd samverkar. I stora drag visar modellen hur anställda klarar av högre krav om de samtidigt har hög kontroll. Socialt stöd leder också till ökad hälsa och trivsel, eller mildrar de negativa effekterna av i övrigt dåliga förhållanden. Kontrollen eller beslutsutrymmet indelas i uppgiftskontroll och färdighetskontroll. Uppgiftskontrollen berör den anställdes kontroll över själva arbetet, när och hur det ska utföras. Färdighetskontroll handlar om kontroll över hur individen använder kunskap och färdigheter i arbetet (Jeding et al., 1999). En metaanalys av 88 forskningsrapporter (Spector, 1986) visade att kontroll i arbetet hade samband med färre fysiska ohälsosymtom, psykiskt välmående, lägre sjukfrånvaro, trivsel på arbetet, färre uppsägningar, lägre avsikt att sluta arbetet, engagemang, motivation och höjd arbetsprestation. Låg kontroll är dock endast en bidragande faktor till anställdas ohälsa när arbetsbördan är tung, alltså lågt inflytande och kontroll i kombination med höga krav (Karasek, 1979). Att ha ett arbete med den kombinationen leder till cirka 40 procents ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom. Det är ungefär lika mycket som den ökade risken för högt blodtryck (Jeding et al., 1999). Det finns dock studier där sambandet mellan höga krav, låg kontroll och ohälsorisker är svaga eller inte har fått stöd (Karasek et al., 1982, refererad till i Kjellberg & Wadman, 2002). Jeding et al. (1999) påtalade att forskning ofta har haft en för bred definition på psykologiska krav, som innefattat både goda och mindre

goda aspekter av kraven. De menade att forskningsresultaten därför kan vara svårtolkade och att skillnader mellan arbetare och tjänstemän och mellan män och kvinnor ytterligare försvårar forskningen kring krav på arbetet.

Rubenowitz (2004) redogör för fem faktorer i arbetet som kännetecknar en god psykosocial arbetsmiljö. Ett par av faktorerna är liknande dem i den ovan nämnda kravkontroll-stödmodellen; egenkontroll och optimal arbetsbelastning. De övriga tre faktorerna, som enligt Rubenowitz ger en god psykosocial arbetsmiljö, är ett positivt arbetsledningsklimat, arbetsgemenskap och stimulans från arbetet. I ju större utsträckning dessa förhållanden är uppfyllda, desto större personlig tillfredsställelse och arbetsengagemang upplever medarbetaren och desto mindre stressreaktioner, hälsoproblem och frånvaro blir följden. Dessa faktorer har i olika konstellationer och i kombination med ytterligare faktorer varit föremål för många studier.

Vingård, Josephson, Aronsson och Nilsson (2000) fann i en studie av psykosocial arbetsmiljö och friskhet (ingen sjukfrånvaro eller sjuknärvaro under det senaste året) att de som enligt definitionen var friska, i större omfattning var nöjda med möjligheten att bestämma arbetsuppgifternas utförande. De uppgav även färre fysiska besvär av arbetet. De friska upplevde, i större utsträckning än de som definierades som sjuka, att de hann med arbetsuppgifterna, hade möjlighet att få avlastning och stöd, hade fler möjligheter att lära nytt, att det var ett gott arbetsklimat i gruppen och att de hade stimulerande arbetsuppgifter. De friska uppgav också att de hann med sina arbetsuppgifter på ordinarie arbetstid i större utsträckning än de som definierades som sjuka.

Aronsson och Lindh (2004) undersökte i en studie bland annat vilka arbetsförhållanden som förutsäger att människor är långtidsfriska (ingen sjukfrånvaro eller sjuknärvaro under en tvåårsperiod). De faktorer som predicerade långtidsfriskhet var, att befinna sig i önskat yrke och på önskad arbetsplats, kunna bestämma arbetstakten, inte arbeta under ständig tidspress, ha resurser för att utföra arbetsuppgifterna väl, vara nöjd med kvaliteten på utfört arbete samt att kunna få stöd från chef vid problem.

### *Personlighetsdrag och sinnesstämning*

Förutom samhällliga, organisatoriska och psykosociala faktorerers inverkan på hälsa så har även personlighetsdrag och sinnesstämningar betydelse. Människors förmåga att hantera påfrestningar är olika. Somliga tenderar att fokusera på möjligheter, medan andra ser svårigheter i större utsträckning (Angelöw, 2002).

*Positiv och negativ affektivitet.* En disposition för positiv och negativ affektivitet påverkar individers förhållningssätt till omvärlden och sig själva. Dimensionerna har visat sig ha universell gångbarhet och kan mätas både som varierande sinnesstämning och som mer beständiga personlighetsdrag (Watson, Clark & Tellegen, 1988a). Dimensionerna korresponderar även med Eysencks personlighetsfaktorer extraversion och neuroticism (Watson & Clark, 1984, refererad till i Watson, et al., 1988a). Positiv affektivitet (PA) speglar i vilken utsträckning en individ känner sig entusiastisk, aktiv och alert och hög positiv affektivitet karaktäriseras av engagemang, hög energi, full koncentration, glädje och beslutsamhet. Personer med hög negativ affektivitet (NA) tenderar att fokusera på negativa aspekter hos andra, sig själva och i största allmänhet (Watson et al., 1988a; Watson & Pennebaker, 1989). De upplever ofta även en högre nivå av bedrövelse och ängslighet och har en lägre självkänsla (Watson & Clark, 1984, refererad till i Watson et al., 1988a).

Samband mellan PA och NA och olika faktorer har undersökts i ett flertal studier, framförallt olika samband med NA. Flera studier har visat samband mellan NA och självrapporterade fysiska och psykiska besvär (Watson & Pennebaker, 1989). Parkes (1990) fann att personer med hög NA reagerade mer negativt på krav i arbetet än personer med låg NA. NA korrelerade negativt med en god stresshantering och positivt med upplevelsen av arbetsrelaterad stress. NA påverkades i sin tur av upplevelsen av stress (Brief, Burke & George, 1988). NA har även visat sig påverka benägenheten att känna oro utveckla depression (Clark, Watson & Mineka, 1994; Watson, Clark & Carey, 1988b; Watson et al., 1988a).

Watson och Pennebaker (1989) fann att personer med hög NA upplevde sig ha en sämre fysisk hälsa i stort, men att de inte hade några objektiva symtom på fysisk ohälsa när det mättes. Samband förelåg inte heller mellan NA och ohälsosam livsstil och sjukfrånvaro. NA var således inte relaterat till sjukdom, men mellan upplevelsen av dålig fysisk hälsa och sjukdom fanns en korrelation. Det innebär att affektivitet är mer relaterat till subjektiva än objektiva mått på hälsa. Flera studier har visat att självrapporterade data är starkt sammankopplade med en individs affektiva tillstånd. PA och NA påverkar därför hur en individ upplever och rapporterar stress och hälsa. Till skillnad från NA så var PA var orelaterat till missnöje med den fysiska hälsan (Watson & Pennebaker, 1989). En annan studie visade att individer med hög PA motionerade i större omfattning och att de presterade bättre under stress än individer med låg PA (Norlander, Bood & Archer, 2002).

*Stress och energi.* Ytterligare två dimensioner, som beskriver sinnesstämning och stämningsläge, är stress och energi (Kjellberg & Wadman, 2002). De innehåller båda en aktiveringsdimension och en värderingsdimension. Energidimensionen sträcker sig från negativt värderade lågaktiverade tillstånd, såsom passiv och ineffektiv till positivt värderade högaktiverade tillstånd, exempelvis energisk och aktiv. Stressdimensionen sträcker sig från positivt värderade lågaktiverade tillstånd, såsom lugn och avslappnad till negativt värderade högaktiverade tillstånd, som spänd eller pressad. Dimensionerna stress och energi kan kombineras i en fyrfältstabell och ger då grupperna; slutkorda, engagerade under press, uttråkade och engagerade utan press. Denna gruppering ansluter sig väl med Kareseks krav-kontrollmodell, som även den kan indelas i fyra grupper (Kjellberg & Wadman, 2002). Kjellberg och Wadman (2002) kombinerade dessa två modeller, det gav då fyra grupper med olika kombinationer av stress, energi, krav och kontroll.

När stress ses som ett negativt psykologiskt tillstånd, som uppkommer i interaktionen mellan individen och arbetsmiljön, ger en självskattning av stress respektive energi en god bild av stämningsläget som framför allt är användbart vid psykosociala arbetsmiljöundersökningar (Kjellberg & Wadman, 2002).

Kjellberg och Wadman (2002) undersökte i en studie sambanden mellan subjektiv stress, energi, psykosociala förhållanden och fysiska besvär. Bland andra deltog monteringsarbetare från två industriföretag. Fysiska besvär definierades som värk, smärta i nacke, skuldror, ländrygg och brösttrygg. Analysen av sambanden mellan stress och energi bland de anställda visade att hög stress hade samband med samtliga fysiska besvär. Energinivån hade däremot inte några samband med besvärsskattningen. Skattningen i stress visade sig ha ett starkt positivt samband med krav och ett negativt med socialt stöd. Dock förelåg inte något samband med kontrollmöjligheterna i arbetet. Kjellberg och Wadman (2002) fann vidare att positiva samband förelåg mellan energiskattningen och socialt stöd och kontrollmöjligheter men inte med nivån på

kraven. En förklaring till att samband inte alltid har setts mellan höga krav, låg kontroll och ohälsa skulle enligt dem kunna bero på sinnesstämningens inverkan.

### *Motion*

Utöver personliga egenskaper och sinnesstämningars påverkan på upplevelsen av hälsa, ger studier belägg för att även beteenderelaterade faktorer såsom motion inverkar (Henriksson & Sundberg, 2003). En studie av Engström och Lindgärde (2004) visade ett starkt samband mellan motionsvanor, allmän fysisk aktivitet och upplevd fysisk hälsa. De som var fysiskt inaktiva rapporterade oftare en sämre hälsa än de som var mer fysiskt aktiva. Det fanns särskilt starka samband mellan omfattningen på motionsutövningen och den upplevda hälsan. Endast en fjärdedel av dem som var fysiskt inaktiva upplevde sin hälsa som bra eller mycket bra, jämfört med samtliga av dem som tränade regelbundet och hårt uppfattade sin hälsa som bra eller mycket bra. Resultatet visade även att den faktiska fysiska hälsan (mätt i HDL- kolesterol, blodtryck, kroppsmasseindex (BMI) och fasteblodsocker) var kopplad till omfattningen av fysisk aktivitet.

Ju hårdare ett träningspass är, desto större blir vanligen dess prestations- och hälsomässiga effekter, även om alltför intensiv träning kan leda till försämrade effekter. Goda hälsomässiga effekter tycks ofta kunna uppnås redan på lägre intensiteter (Henriksson & Sundberg, 2003). Regelbunden fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på den fysiska och psykiska hälsan och livskvaliteten (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005). Enligt en rapport från Statens Folkhälsoinstitut (Henriksson & Sundberg, 2003) är fysisk aktivitet en av de bättre icke-farmakologiska behandlingsformerna som finns att tillgå för ett brett spektra av sjukdomar. I rapporten nämns även att motion motverkar stressrelaterade sjukdomar och minskar risken för att drabbas av belastnings- och förslitningsskador, som är en av de främsta orsakerna till långvarig sjukskrivning. Besvär och sjukdomar i rörelseorganen får ofta konsekvenser i form av långtidssjukskrivning och förtidspensionering, vilket förutom personligt lidande för de drabbade innebär stora kostnader för samhället (Jeding et al., 1999).

För lite fysisk aktivitet är en viktig bidragande orsak till sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och fetma. En ökning av den fysiska aktiviteten i befolkningen skulle därför medföra en kraftig förbättring av folkhälsan med minskade kostnader för samhället som följd. Det har visat sig att en ökad medvetenhet om fysiska aktiviteters förtjänster ökar benägenheten att motionera (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005) och interventioner på arbetsplatser för att öka den fysiska aktiviteten är effektiva och har visat sig ge en ökad fysisk aktivitet hos medarbetarna (Källeståhl et al., 2004).

*Samarbete med motionsanläggning.* Medarbetarna på verkstadsindustriföretaget, där den föreliggande studien utfördes, har tillgång till en nära belägen motionsanläggning. Verkstadsindustriföretaget uppmuntrar sina medarbetare att motionera på anläggningen genom att erbjuda dem möjligheten att träna obegränsat och kostnadsfritt på sin fritid.

## *Mått på hälsa*

Sjuknärvaro innebär att människor trots ohälsa, som borde medföra sjukfrånvaro och vila ändå går till sitt arbete. Inte bara sjukfrånvaro utan även sjuknärvaro är därför en indikator på ohälsa. När en individs sjuknärvaro blir högre minskar istället dennes sjukfrånvaro. Sjuknärvaro kan innebära sämre möjlighet till återhämtning och på sikt leda till en ökad ohälsa (Aronsson & Gustafsson, 2002).

Några faktorer, som i en studie om sjuknärvarons utvecklingstendenser (Aronsson & Gustafsson, 2002) visade sig påverka risken för sjuknärvaro, var svårersättbarhet, det vill säga att en medarbetare måste ta igen arbete vid frånvaro, tidspress och otillräckliga resurser för arbetets utförande. Svag privatekonomi hade också betydelse, men inte ålder eller kön. Kontroll i arbetssituationen, exempelvis över arbetstakten hade samband med individens frånvaro och sjuknärvaro. Om arbetstakten kan kontrolleras, kan arbetet anpassas till dagsformen. Aronsson och Gustafsson (2002) resonerade att hög kontroll således torde öka sannolikheten för sjuknärvaro, men det gjorde den inte. Resultatet visade att personer som hade hög kontroll, givet en viss hälsonivå, även hade låg sjuknärvaro. Det skulle enligt dem kunna bero på att hög kontroll ger en ökad hälsa som leder till ett mindre behov av att vara sjuknärvarande. Många studier (Spector, 1986) har som tidigare nämnts visat att kontroll i arbetet har hälsofrämjande effekter.

Graden av sjukfrånvaro och sjuknärvaro kan ses som resultatet av kombinationen av krav som ställs i arbetet och individuella egenskaper, främst individens hälsotillstånd. Sjukdom och ohälsa kan dock förekomma i viss grad utan att det visar sig i varken sjukfrånvaro- eller sjuknärvarotal. Det kan i dessa fall röra sig om sjukdom och ohälsa som i liten utsträckning påverkar arbetsförmågan. Den självskattade hälsan är ytterligare ett hälsomått som kan användas. Den självskattade hälsan kan ses som mer frikopplad från arbetssituationen jämfört med sjukfrånvaro/sjuknärvaro som inkluderar arbetsrelaterade aspekter (Aronsson & Lindh, 2004). För att få en bild av hälsan i föreliggande studie togs förutom sjukfrånvaro även sjuknärvaro i beaktande. Som komplement till sjukfrånvaro och sjuknärvaro användes självskattad hälsa.

## *Syfte*

Syftet med studien var att undersöka i vilken omfattning medarbetarnas psykosociala arbetsmiljö, de individrelaterade faktorerna positiv/negativ affektivitet och stress/energi hade samband med upplevelsen av hälsa, sjukfrånvaro, sjuknärvaro samt motionsgrad. Syftet var också att undersöka om motionsgraden hade samband med upplevelsen av hälsa, sjukfrånvaro och sjuknärvaro (variabeln motionsgrad användes därmed både som beroende och oberoende variabel). Därtill var ett syfte att studera om det fanns några skillnader med avseende på upplevelsen av hälsa, sjukfrånvaro, sjuknärvaro och motionsgrad för bakgrundsvariablerna kön, ålder, befattning och arbetstidsförläggning.



## Metod

### *Deltagare*

Studien byggde på data som insamlades via en enkät till anställda på ett verkstadsindustriföretag. Urvalet gjordes slumpmässigt bland medarbetare som hade en tillsvidareanställning. Av företagets totalt 2785 tillsvidareanställda tillsändes 300 en enkät.

Enkäten besvarades av 115 personer, vilket motsvarade en svarsfrekvens på cirka 38 procent. Könsfördelningen var 73,9 procent män och 26,1 procent kvinnor. 59 personer (51,3 procent) arbetade som tjänstemän medan 56 personer (48,7 procent) var verkstadsanställda. Åldersfördelningen var: 6 personer under 25 år, 27 personer mellan 25-35 år, 38 personer mellan 36-45 år, 28 personer mellan 46-55 år och 16 personer var 56 år eller äldre. 75 personer (65,2 procent) arbetade dagtid och 40 personer (34,8 procent) arbetade skift.

### *Frågeformulär*

Enkäten bestod av 37 frågor (två av frågorna bestod av ett antal delfrågor vilket resulterade i totalt 107 variabler) som berörde bakgrundsvariabler, sjukfrånvaro, sjuknärvaro, upplevd hälsa, motionsgrad, psykosocial arbetsmiljö, positiv/negativ affektivitet och stress/energi. Bakgrundsvariablerna var *kön*, *ålder*, *befattning* (tjänsteman, verkstadsanställd) och *arbetstidsförläggning* (dagtid, skift).

*Sjukfrånvaro/sjuknärvaro*. Två frågor rörde hur många gånger respondenten varit sjukfrånvarande respektive sjuknärvarande under de senaste 12 månaderna. Svartalternativen för *sjukfrånvaro* var: "Ingen dag", "Mindre än fem dagar", "6-10 dagar", "11-23 dagar", "Mer än 24 dagar". Svartalternativen för *sjuknärvaro* löd: "Ej aktuellt- har inte varit sjuk under de senaste 12 månaderna", "Aldrig", "En gång", "Två till fem gånger", "Mer än fem gånger".

*Hälsa*. Fem frågor berörde den fysiska och emotionella hälsan: "Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd är?", "Har du haft någon värk eller smärta under de senaste tre månaderna, i så fall i vilken omfattning?", "Hur bedömer du att ditt fysiska/kroppsliga hälsotillstånd är?", "I vilken utsträckning har ditt känslomässiga tillstånd (välmående-icke välmående) begränsat ditt vardagliga umgänge med anhöriga, vänner, kollegor eller andra?" och "Hur bedömer du att ditt känslomässiga tillstånd (välmående – icke välmående) är?". Fasta svartalternativ på en femgradig ordinalskala användes. De sträckte exempelvis från "Utmärkt" till "Dåligt" eller "Inte alls" till "Väldigt mycket".

*Motionsgrad*. Två frågor berörde hur ofta respondenten motionerade. Den ena avsåg träning på motionsanläggningen, som de hade fri tillgång till, den andra hur ofta respondenten motionerade totalt sett (inklusive träning på motionsanläggningen). Frågorna hade fasta svartalternativ på en femgradig ordinalskala. Svartalternativen sträckte sig från "3 gånger i veckan eller oftare" till "Aldrig". Ytterligare frågor berörde orsaker till att respondenterna tränade alternativt inte tränade på motionsanläggningen, vad som skulle kunna få dem att börja träna, tidpunkt för träning och vilka aktiviteter som nyttjades. Svartalternativen bestod av ett antal påståenden där respondenterna hade möj-

lighet att ange ett eller flera alternativ. Det deskriptiva resultatet rörande nyttjandet av motionsanläggningen redovisas inte i föreliggande studie.

*Psykosocial arbetsmiljö.* Ett urval av frågor från Rubenowitz enkät "Psykologisk arbetsmiljökartläggning" - PAK (Rubenowitz, 2004) användes. Frågorna berörde *egenkontroll, arbetsledningsklimat, stimulans, arbetsgemenskap* och *arbetsbelastning*. Samtliga frågor hade fasta svarsalternativ på en femgradig ordinalskala. Svartalternativen sträckte sig exempelvis från "I mycket stor utsträckning" till "I mycket liten utsträckning" eller från "Mycket stora möjligheter" till "Mycket små möjligheter".

Frågorna för varje delområde var; *egenkontroll*, "Vilka möjligheter har du att själv bestämma arbetstakten?", "Vilka möjligheter har du att själv bestämma hur du skall utföra ditt arbete?" och "Vilka möjligheter har du i ditt arbete att påverka fördelningen av arbetsuppgifterna inom din arbetsenhet?". *Arbetsledningsklimat*, "Hur bedömer du kontakten och samarbetet med din närmaste chef vara?", "I vilken utsträckning tycker du att din närmsta chef tar hänsyn till dina synpunkter och åsikter?" och "I vilken utsträckning tror du att de anställda i detta företag känner sig fria att öppet och oförfalskat tala om för sina överordnade vad de tycker och tänker i frågor som berör arbetet, även om åsikterna är av kritisk natur?". *Stimulans*, "Hur pass intressant och stimulerande anser du ditt arbete vara?", "I vilken utsträckning bedömer du att du i ditt arbete har möjligheter att använda dina anlag, förutsättningar och kunskaper?" och "Vad har du vanligtvis för känslor inför ditt arbete när du är på väg dit?". *Arbetsgemenskap*, "Hur väl trivs du med dina närmaste arbetskamrater?", "I vilken utsträckning har du en känsla av att du på din arbetsplats tillhör en trivsamt arbetsgrupp, som arbetar bra ihop?" och "I vilken utsträckning diskuterar ni öppet sådana meningsmotsättningar som kan dyka upp på din arbetsplats?". *Arbetsbelastning*, "I vilken utsträckning känner du dig jäktad i arbetet?", "Vad anser du om din arbetsbelastning?" och "Brukar du känna dig trött och slut, när du kommit hem från arbetet?".

*Stress och energi.* Stress/Energiformuläret (Kjellberg & Iwanowski, 1989 refererad till i Kjellberg & Wadman, 2002) användes för att mäta graden av stress och energi. Det bestod av 12 adjektiv uppdelade på två delskalor, stress och energi. Hälften av adjektiven mätte stress, den andra hälften energi. Energidimensionen sträckte sig från negativt värderade lågaktiverade tillstånd till positivt värderade högaktiverade tillstånd. De adjektiv som tillhörde energiskalan var skärpt, energisk, aktiv, ineffektiv, slapp och passiv. Stressdimensionen sträckte sig från positivt värderade lågaktiverade tillstånd till negativt värderade högaktiverade tillstånd. Adjektiven som ingick i skalan var spänd, stressad, pressad, avslappnad, avspänd och lugn. Respondenterna fick för varje adjektiv ange det svarsalternativ som bäst motsvarade hur de hade känt sig under den senaste tiden. Svartalternativen bestod av en sexgradig ordinalskala som sträckte sig från "Inte alls" till "Mycket, mycket".

*Positiv och negativ affektivitet.* PANAS – testet (Watson et al., 1988a) användes för att uppskatta graden av positiv och negativ affektivitet. Testet bestod av 20 adjektiv som beskrev olika sinnesstämningar. Tio av adjektiven var relaterade till positiv affektivitet och de resterande tio till negativ affektivitet. Exempel på adjektiv i testet var förtvivlad, fientlig, stark och engagerad. Frågan i testet löd "I vilken utsträckning har du känt detta under den senaste tiden?". Svartalternativen bestod av en femgradig ordinalskala som sträckte sig från alternativet "Inte alls" till "Väldigt mycket".

## *Datainsamling*

Enkäterna skickades hem till deltagarna per post och returnerades via företagets internpost i medföljande kuvert. Ett missivbrev medföljde med information om undersökningens syfte, konfidentialitet, att deltagandet var frivilligt, kontaktuppgifter, instruktion samt tidsram för besvarande av enkäten. Deltagarna fick cirka en vecka på sig att besvara enkäten.

*Bortfall.* Enkäten besvarades av 115 personer, vilket innebar ett bortfall på 62 procent. Det interna bortfallet var dock begränsat. Det största bortfallet (6,1 procent) hade variabeln "Avspänd" tillhörande stressindexet.

## *Statistisk analys*

De statistiska analyserna av datamaterialet genomfördes i statistikbearbetningsprogrammet SPSS 13.0 för Windows.

*Kodning.* De flesta av enkätens variabler kodades så att positivt värderade svar fick ett högt värde och omvänt, negativ affektivitet kodades tvärtom.

Skalorna för stress och energi vändes för de adjektiver som stod för lågaktiverade tillstånd. För dimensionen stress vändes således skalorna för adjektiven avslappnad, avspänd och lugn. För dimensionen energi vändes skalorna för adjektiven ineffektiv, slapp och passiv. Höga värden på energiskalan fick därmed en positiv värdering medan höga värden på stressskalan i stället blev negativt värderade. För att även höga värden på stressdimensionen skulle överensstämja med övriga index, det vill säga att höga värden skulle värderas positivt, gjordes ytterligare en vändning.

*Indexbildning.* Index skapades genom en medelvärdestransformation av ingående variabler. För variablerna som mätte egenkontroll, arbetsledningsklimat, stimulans, arbetsgemenskap och arbetsbelastning skapades ett index vardera. Ett index respektive skapades även av variablerna som mätte positiv affektivitet, negativ affektivitet, stress och energi. De frågor som avsåg medarbetarnas upplevda hälsa utgjorde ytterligare ett index. För att testa reliabiliteten hos samtliga index användes Cronbachs alfa. Värdet på Cronbachs alfa bör vara ,70 eller högre för att en acceptabel reliabilitet ska föreligga. Ett bra värde sträcker sig från ,80 och uppåt (Barker, Pistrang & Elliot, 2002).

*Normalitet.* Normalfördelningen i data granskades med mått för skevhet (skewness) och plattthet (kurtosis). Värdet för skevhet bör inte överstiga det rekommenderade värdet tre och värdet för plattthet bör inte överstiga fem (Kline, 1998). Värdena för skevhet låg mellan -1,10 och 1,06 och värdena för plattthet låg mellan -2,03 och 1,19.

*Korrelationer.* Korrelationer beräknades mellan de beroende variablerna. Korrelationer beräknades även mellan de oberoende och beroende och mellan de oberoende variablerna.

*Regressionsanalys.* Linjära multipla regressionsanalyser (entremetoden) genomfördes. Indexet hälsa samt variablerna sjukfrånvaro, sjuknärvaro och motionsgrad utgjorde beroende variabler i respektive regressionsanalys. De oberoende variablerna i regressionsanalyserna utgjordes av indexen egenkontroll, arbetsledningsklimat, stimulans, arbetsgemenskap, arbetsbelastning, positiv affektivitet, negativ affektivitet, stress, energi samt variabeln motionsgrad. Motionsgrad användes således både som beroende och oberoende variabel i olika analyser.

Effektstorleken för  $R^2$  värderades efter de rekommenderade gränsvärdena ,02: liten effekt, ,13: medelstor effekt och ,26: stor effekt (Cohen, 1988). Om antalet observationer i en multipel regressionsanalys är färre än 200 bör ett justerat  $R^2$  värde föredras (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2003). I föreliggande studie understeg antalet respondenter 200. Både  $R^2$  och justerat  $R^2$  redovisas således för att ovanstående gränsvärden ska kunna användas för bedömning av styrkan på effekten. Tolerans beräknades som ett mått på kollinearitet, vars värde bör överstiga ,10. Kontroll för att identifiera eventuella "outliers" genomfördes på basis av Standardiserad Residual och Mahalanobis Distans ( $p < ,01$ ).

*Variansanalys.* Envägs variansanalys utfördes för att undersöka om det fanns några skillnader i upplevelsen av hälsa som kunde härledas till kön, ålder, befattning eller arbetstidsförläggning. Tukeys post hoc test, på signifikansnivå  $p < ,05$ , användes för att se mellan vilka grupper skillnaderna fanns. Tvåvägs variansanalys genomfördes även för att undersöka eventuella interaktionseffekter för de beroende variablerna med avseende på befattning och kön samt arbetstid och kön.

Effektstorlek för  $\eta^2$  bedömdes efter de rekommenderade gränsvärdena ,01: liten effekt, ,06: medelstor effekt och ,14: stor effekt (Cohen, 1988).

Samtliga skalor i indexen samt i variablerna sjukfrånvaro, sjuknärvaro och motionsgrad behandlades i analyserna som intervallskalor.

## Resultat

### *Skillnader med avseende på bakgrundsvariabler*

Variablerna hälsa, motionsgrad, sjukfrånvaro och sjuknärvaro analyserades i förhållande till bakgrundsvariablerna.

För att se om det fanns några signifikanta skillnader mellan grupper avseende upplevelsen av hälsa, motionsgrad, sjukfrånvaro och sjuknärvaro genomfördes variansanalys och t-test. För bakgrundsvariabeln ålder gjordes envägs variansanalys. T-test av medelvärdesskillnader utfördes för bakgrundsvariablerna kön, befattning och arbetstidsförläggning. I de sistnämnda var Levenes test för lika varianser ej signifikant, vilket innebär att varianserna i grupperna var tillräckligt homogena. Undantaget var t-testet för motionsgrad och arbetstidsförläggning, då användes istället värdet för olika varianser.

*Hälsa.* Det fanns signifikanta skillnader i upplevelsen av hälsa med avseende på ålder, ( $F(4,110) = 3,28, p < ,05$ ). Effektstorleken var medelstor ( $\eta^2 = ,11$ ). Skillnaden förelåg mellan åldersgruppen 25-35 och åldersgruppen 46-55 år. De i den yngre åldersgruppen upplevde en högre grad av hälsa jämfört med dem i åldersgruppen 46-55 år.

Det fanns signifikanta skillnader ( $t(113) = 3,33, p < ,01$ ) för befattning, tjänstemännen upplevde en bättre hälsa än de verkstadsanställda. Effektstorleken var medelstor ( $\eta^2 = ,09$ ). Även signifikant skillnad ( $t(113) = 2,23, p < ,05$ ) förelåg för arbetstidsförläggningen, effektstorleken var dock låg ( $\eta^2 = ,04$ ). De som arbetade dagtid upplevde en högre grad av hälsa de som arbetade skrift. Mellan män och kvinnor fanns inga signifikanta skillnader ( $p = ,32$ ) med avseende på upplevelsen av hälsa.

*Motionsgrad.* Det förelåg inte några signifikanta skillnader i motionsgrad ( $p = ,19$ ) med avseende på ålder. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader med avseende på arbetstidsförläggning ( $p = ,07$ ), kön ( $p = ,70$ ) eller befattning ( $p = ,13$ ).

*Sjukfrånvaro.* Det fanns inte några signifikanta skillnader i graden av sjukfrånvaro ( $p = ,31$ ) mellan åldersgrupperna. Signifikanta skillnader förelåg dock för befattning ( $t(113) = 3,48, p < ,01$ ), effektstorleken var medelstor ( $\text{Eta}^2 = ,10$ ). Resultatet visade att tjänstemännen hade en lägre sjukfrånvaro än de verkstadsanställda. Signifikanta skillnader mellan de som arbetade dagtid och de som arbetade skift fanns ( $t(113) = 2,72, p < ,01$ ), effektstorleken var medelstor ( $\text{Eta}^2 = ,11$ ). De som arbetade dagtid hade en lägre sjukfrånvaro än de som arbetade skift. Mellan män och kvinnor fanns inga signifikanta skillnader ( $p = ,13$ ).

*Sjuknärvaro.* Det förekom inte några signifikanta skillnader i graden av sjuknärvaro med avseende på kön ( $p = ,50$ ), ålder ( $p = ,45$ ), befattning ( $p = ,07$ ) eller arbetstid ( $p = ,51$ ).

*Interaktionseffekt med kön.* Tvåvägs variansanalys utfördes för samtliga beroende variabler för att undersöka eventuella interaktionseffekter. För befattning och kön påträffades inte några signifikanta interaktionseffekter. Signifikansnivåerna på interaktionseffekten för respektive analys var för hälsa ( $p = ,17$ ), motion ( $p = ,78$ ), sjukfrånvaro ( $p = ,98$ ) och sjuknärvaro ( $p = ,75$ ).

Inte heller för arbetstid och kön konstaterades några signifikanta interaktionseffekter. Resultatet för interaktionseffekten var för hälsa ( $p = ,15$ ), motionsvanor ( $p = ,22$ ), sjukfrånvaron ( $p = ,30$ ) och sjuknärvaro ( $p = ,92$ ).

Nedan (tabell 1) ges en deskriptiv bild av antalet respondenter, medelvärden, standardavvikelser för studiens variabler samt skapade index. För indexen redovisas också Cronbachs alfa samt antalet variabler som ingick. Ett positivt värderat svar på enkätens frågor gav värdet fem som högst (stress och energi sträckte sig dock till värdet sex) förutom variabeln negativ affektivitet, då ett positivt värderat svar istället gav värdet ett. De beroende variablerna sjukfrånvaro, sjuknärvaro och motionsgrad utgjordes av en variabel respektive och den beroende variabeln hälsa utgjordes av fem. Övriga index i tabellen; egenkontroll, arbetsledningsklimat, stimulans, arbetsgemenskap, arbetsbelastning, positiv affektivitet, negativ affektivitet, stress och energi utgjordes av ett skiftande antal variabler. Motionsgrad användes både som beroende och oberoende variabel.

Tabell 1

*Deskriptiv statistik över index och beroende variabler*

	n	M	s	$\alpha$	Antal variabler
Egenkontroll	113	3,5	0,8	,78	3
Arbetslednings- klimat	115	3,6	0,8	,79	3
Stimulans	115	3,8	0,8	,85	3
Arbetsgemenskap	115	3,9	0,8	,80	3
Arbetsbelastning	115	2,9	0,7	,68	3
Positiv affektivitet	113	3,6	0,7	,90	10
Negativ affektivitet	113	1,8	0,5	,79	10
Stress	111	2,7	0,9	,85	6
Energi	111	3,5	0,7	,79	6
Hälsa	115	3,8	0,7	,84	5
Sjukfrånvaro	115	3,9	1,2	-	1
Sjuknärvaro	115	3,3	1,3	-	1
Motionsgrad	113	3,5	1,4	-	1

*Notera:* För samtliga variabler och index, förutom negativ affektivitet, är ett högt medelvärde positivt värderat medan det motsatta gäller för negativ affektivitet. Exempelvis innebär ett högt medelvärde för stress att stressen är låg.

Nedan redovisas (tabell 2, 3 och 4) korrelationer mellan beroende och oberoende variabler i olika konstellationer. Tabellerna utgör komplement till de multipla regressionsanalyserna.

Tabell 2

*Bivariata korrelationer mellan de beroende variablerna (N = 113 - 115)*

	Hälsa	Sjukfrånvaro	Sjuknärvaro
Sjukfrånvaro	,40**		
Sjuknärvaro	,44**	,38**	
Motionsgrad	,35**	,13	,04

\*\* $p < ,01$ , \* $p < ,05$  *Notera:* Motionsgrad utgjorde både oberoende och beroende variabel i olika analyser.

För att undersöka samband mellan de beroende variablerna i studien framtoqs korrelationer (tabell 2). Resultatet visade att upplevelsen av hälsa hade signifikanta positiva korrelationer med sjukfrånvaro, sjuknärvaro och motionsgrad. Även mellan sjukfrånvaro och sjuknärvaro fanns en positiv signifikant korrelation.

Tabell 3

*Bivariata korrelationer mellan oberoende och beroende variabler (N = 109 - 115)*

	Hälsa	Sjukfrånvaro	Sjuknärvaro	Motionsgrad
<b>Oberoende variabler</b>				
Egenkontroll	,19*	,19*	,12	,17
Arbetsledningsklimat	,22*	,21*	,07	,04
Stimulans	,38**	,32**	,21*	,12
Arbetsgemenskap	,27**	,04	,21*	,10
Arbetsbelastning	,15	,02	,17	,08
Positiv affektivitet	,39**	,28**	,11	,38**
Negativ affektivitet	-,34*	-,18	-,16	-,04
Stress	,35**	,01	,30**	,13
Energi	,43**	,31**	,09	,29**
Motionsgrad	,35**	,13	,04	-

\*\* $p < ,01$ , \* $p < ,05$  Notera: Motionsgrad utgjorde oberoende och beroende variabel i olika analyser.

Upplevd hälsa var den av de beroende variablerna som hade flest signifikanta korrelationer med de oberoende variablerna (tabell 3). Upplevelsen av hälsa korrelerade positivt med egenkontroll, arbetsledningsklimat, stimulans, arbetsgemenskap, positiv affektivitet, stress, energi, motionsgrad och negativt med negativ affektivitet. Av de nämnda variablerna som hade en signifikant korrelation med hälsa och ett värde över ,30 var det energi, som hade det högsta värdet, följt av positiv affektivitet, stimulans, stress, motionsgrad och negativ affektivitet. Med sjukfrånvaro hade fem variabler signifikanta positiva korrelationer och de som hade ett värde över ,30 var stimulans och energi. Tre variabler korrelerade signifikant med sjuknärvaro. De var stress, stimulans och arbetsgemenskap. Alla tre var positiva korrelationer. Endast stress hade ett värde på ,30. Positiv affektivitet och energi korrelerade signifikant och positivt med motionsgrad men endast positiv affektivitet låg på ett värde över ,30.

Tabell 4

*Bivariata korrelationer mellan de oberoende variablerna (N = 109 - 115)*

	Egen- kontroll	Arbets- lednings- klimat	Stimulans	Arbets- gemenskap	Arbets- belastning	PA	NA	Stress	Energi
Egen- kontroll									
Arbets- lednings- klimat	,51**								
Stimulans	,57**	,61**							
Arbets- gemenskap	,30**	,40**	,51**						
Arbets- belastning	,19*	,11	,06	,146					
PA	,33**	,35**	,59**	,40**	-,15				
NA	-,17	-,27**	-,30**	-,29**	-,25**	-,12			
Stress	,10	,13	,09	,33**	,49**	,15	-,54**		
Energi	,20*	,29**	,39**	,27**	-,09	,72**	-,31**	,22*	
Motionsgrad	,17	,04	,12	,10	,08	,38**	-,04	,13	,29**

\*\* $p < ,01$ , \* $p < ,05$ , PA = positiv affektivitet, NA = negativ affektivitet.

*Notera:* Motionsgrad utgjorde oberoende och beroende variabel i olika analyser.

I tabell 4 redovisas korrelationer mellan samtliga oberoende variabler. Ungefär en tredjedel av de signifikanta korrelationerna hade ett lägre värde än ,30. Drygt hälften av de signifikanta korrelationerna låg på ett värde över ,30. Cirka en fjärdedel av de signifikanta korrelationerna hade ett värde på ,50 och uppåt. Dessa var positiv affektivitet och energi, arbetsledning och stimulans, stimulans och positiv affektivitet, egenkontroll och stimulans, negativ affektivitet och stress, stimulans och arbetsgemenskap samt egenkontroll och arbetsledningsklimat.

### *Inverkan på upplevelsen av hälsa*

I det följande redovisas resultatet från regressionsanalyserna med upplevd hälsa, motionsgrad, sjukfrånvaro och sjuknärvaro som beroende variabler i nämnd ordning. Observera att motionsgrad utgjorde en av de oberoende variablerna då upplevd hälsa, sjukfrånvaro och sjuknärvaro utgjorde beroende variabler i analyserna.

Samtliga regressionsanalyser kontrollerades för kollinearitet samt "outliers". Vid kontroll för kollinearitet upptäcktes inga avvikelser. Inte heller några "outliers" identifierades.



Tabell 5

*Multipel regressionsanalys; de oberoende variablernas inverkan på upplevelsen av hälsa*

Oberoende variabler	$\beta$	$t$	$p$	justerat $R^2 = ,30$	$R^2 = ,36$
Egenkontroll	-,09	-,81	,42		
Arbetsledningsklimat	-,06	-,54	,59		
Stimulans	,32	2,33	,02		
Arbetsgemenskap	-,05	-,43	,67		
Arbetsbelastning	,04	,37	,71		
Positiv affektivitet	-,05	-,32	,75		
Negativ affektivitet	-,07	-,67	,51		
Stress	,22	1,93	,06		
Energi	,26	2,13	,04		
Motionsgrad	,25	2,76	,01		

*Notera:* Anova-test för regressionsmodellen  $F(10,97) = 5,55, p < ,001$ .

Regressionsanalysen (tabell 5) visade att de ingående oberoende variablerna tillsammans förklarade 30 procent ( $R^2 = ,36$ , justerat  $R^2 = ,30$ ; stor effekt) av variansen i upplevelsen av hälsa. Regressionsmodellen var signifikant ( $F(10,97) = 5,55, p < ,001$ ). Analysen av de standardiserade regressionskoefficienterna visade att stimulans, energi och motionsgrad hade statistiskt signifikanta samband med upplevelsen av hälsa, vid kontroll för de övriga oberoende variablerna. Ju högre graden av stimulans, energi och motion var desto högre var upplevelsen av hälsa. Variabeln stress hade nära på en signifikant inverkan på den upplevda hälsan ( $\beta = ,22, p = ,06$ ), då stressen minskade ökade upplevelsen av hälsa.

### *Inverkan på motionsgrad*

Den multipla regressionsanalysen visade att de oberoende variablerna inverkade på motionsgraden, då den utgjorde beroende variabel. De oberoende variablerna förklarade sammantaget 11 procent av variansen i motionsgrad ( $R^2 = ,18$ , justerat  $R^2 = ,11$ ; medelstor - stor effekt). Regressionsmodellen var signifikant ( $F(9,98) = 2,41, p < ,05$ ). Det var endast variabeln positiv affektivitet som hade en statistiskt signifikant regressionskoefficient ( $\beta = ,45, p = ,005$ ), då de övriga oberoende variablerna kontrollerades för. En ökad grad av positiv affektivitet innebar en ökning av motionsgraden.

### *Inverkan på sjukfrånvaro*

De oberoende variablerna i regressionsanalysen förklarade sammantaget 5 procent ( $R^2 = ,14$ , justerat  $R^2 = ,05$ ; medelstor effekt) av variansen i sjukfrånvaron. Regressionsmodellen var dock ej signifikant ( $F(10,97) = 1,58$ ,  $p = ,12$ ). Resultatet visade att de standardiserade regressionskoefficienterna låg mellan ,01 och ,22, dock var inte dessa statistiskt signifikanta, när kontroll gjordes för de övriga oberoende variablerna i modellen.

### *Inverkan på sjuknärvaro*

De oberoende variablerna i regressionsanalysen förklarade sammantaget 5 procent ( $R^2 = ,14$ , justerat  $R^2 = ,05$ ; medelstor effekt) av variansen i sjuknärvaron. Regressionsmodellen var dock ej signifikant ( $F(10,97) = 1,53$ ,  $p = ,14$ ). Resultatet visade att de standardiserade regressionskoefficienterna låg mellan ,00 och ,34. Det var endast variabeln stress som hade ett statistiskt signifikant samband med sjuknärvaro ( $\beta = ,34$ ,  $p = ,01$ ), vid kontroll för de övriga oberoende variablerna i modellen. Sambandet innebar att ju mindre upplevelsen av stress var desto lägre var sjuknärvaron.

## Diskussion

Sammanfattningsvis visade den föreliggande studiens resultat att det var någon form av positiva känslor, sinnesstämningar och upplevelser som hade samband med den upplevda hälsan. Stimulans, hög energi och låg stress som kan ses som positiva känsloupplevelser och sinnesstämningar, gav en ökad upplevelse av hälsa. Dessutom hade beteende i form av hur ofta respondenterna motionerade betydelse för den upplevda hälsan. Föreliggande studie gav belägg för att de som tränade oftare upplevde en bättre hälsa än de som tränade mer sällan.

Positiv affektivitet samvarierade med motionsgraden. De som hade en högre positiv affektivitet motionerade mer regelbundet än de som hade en lägre positiv affektivitet. Däremot hade inte de psykosociala arbetsmiljöförhållandena lika stor betydelse för upplevelsen av hälsa och inte heller för hur ofta respondenterna motionerade. Det bör observeras att det inte kan dras några slutsatser om orsakssamband i föreliggande studie. Det gäller genomgående för studiens resultat. Resultatet visade exempelvis att det fanns ett samband mellan positiv affektivitet och motionsgrad. Det skulle kunna vara så att respondenterna med hög positiv affektivitet motionerade mer just därför. Det skulle dock lika gärna kunna vara så att motionen i sig gav en högre positiv affektivitet.

### *Inverkan på hälsa*

De faktorer som inverkade på upplevelsen av hälsa var stimulans i arbetet, energi, stress och motionsgrad. Det skulle kunna vara så att stimulans i arbetet bidrar till ökad energi och att energin i sin tur leder till en högre stresströskel. Även en låg stressnivå i arbetet skulle kunna bidra till en högre grad av energi.

Stimulansens inverkan på hälsa har även belagts i tidigare studier (Rubenowitz, 2004; Vingård et al., 2000). I föreliggande studie korrelerade stimulansen med de psykosociala arbetsmiljöfaktorerna egenkontroll, arbetsledning och arbetsgemenskap. När egenkontrollen är hög, arbetsledningen tillfredsställande och arbetsgemenskapen god så skulle det kunna tänkas öka stimulansen som i sin tur sågs öka hälsan.

En studie (Kjellberg & Wadman, 2002) visade att graden av energi inte hade samband med graden av fysiska besvär. Däremot hade stressnivån samband med upplevelsen av fysiska besvär. Resultaten är inte helt jämförbara med föreliggande studies resultat då hälsan i föreliggande studie inkluderade både fysiska och emotionella aspekter.

I föreliggande studie hade graden av motion inverkan på upplevelsen av hälsa, vilket fick stöd av en tidigare studie (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005) som visade att regelbunden fysisk aktivitet hade gynnsamma effekter på såväl den fysiska som emotionella hälsan samt livskvaliteten. Även Engström och Lindgärde (2004) påvisade att motionens omfattning hade samband med upplevelsen av den fysiska hälsan i positiv riktning.

En ökad medvetenhet om fysiska aktiviteters förtjänster ökar benägenheten att motionera (Faskunger & Schäfer Elinder, 2005). En möjlig väg för verkstadsindustriföretaget att få fler av sina medarbetare att motionera skulle således kunna vara att öka informationen om motionens positiva effekter. Enligt Källeståhl et al. (2004) är interventioner på arbetsplatser för att öka den fysiska aktiviteten effektiva och har visat sig ge en ökad fysisk aktivitet hos medarbetarna. Detta uttalande skulle kunna tyda på att verkstadsindustriföretaget arbetar i rätt riktning för att få de anställda att motionera mera. Verkstadsindustriföretagets satsning på kostnadsfri och obegränsad träning på motionsanläggningen har säkerligen givit effekter i form av att fler personer motionerar än vad som skulle ha varit fallet om de inte hade haft denna möjlighet.

De psykosociala arbetsmiljöfaktorerna egenkontroll, arbetsledningsklimat, arbetsgemenskap, arbetsbelastning hade inte någon inverkan på den upplevda hälsan i föreliggande studie. Det motsäger en del tidigare erhållna resultat (Rubenowitz, 2004; Spector, 1986). Enligt Karasek (1979) var dock kontroll endast en bidragande orsak till ohälsa när arbetsbördan var tung. Detta skulle kunna utgöra en förklaring till föreliggande resultat då deltagarna i studien upplevde en högre grad av kontroll än arbetsbelastning. Arbetsbelastningen hade dock ett relativt stort samband med stress. En optimal arbetsbelastning skulle därför eventuellt kunna bidra till en lägre nivå av upplevd stress och sålunda öka upplevelsen av hälsa.

Negativ affektivitet hade inte någon inverkan på upplevelsen av hälsa vilket står i motsats till ett flertal studiers resultat som har påvisat samband mellan självrapporterade fysiska och emotionella besvär och negativ affektivitet (Watson & Pennebaker, 1989). Att negativ affektivitet i föreliggande studie inte inverkar på den upplevda hälsan var därför oväntat. I den föreliggande studien inverkar inte heller positiv affektivitet på upplevelsen av hälsa. Watson och Pennebaker (1989) fann att positiv affektivitet var orelaterat till missnöje med den fysiska hälsan. Resultaten kan dock inte jämföras fullt ut eftersom föreliggande studie inkluderade både fysiska och emotionella aspekter av den upplevda hälsan. Trots att regressionsanalyserna i föreliggande studie inte uppvisade att positiv eller negativ affektivitet inverkar på upplevelsen av hälsa så fanns en positiv korrelation mellan positiv affektivitet och den upplevda hälsan och en negativ korrelation mellan negativ affektivitet och upplevelsen av hälsa. Det skulle kunna tyda på att affektivitet ändå har en viss koppling till upplevelsen av hälsa.

### *Inverkan på motionsgrad*

Positiv affektivitet inverkade på motionsgraden, vilket ligger i linje med Norlander, Bood och Archers (2002) resultat som visade att individer med hög positiv affektivitet motionerade i större omfattning än de med låg positiv affektivitet.

Positiv affektivitet och energi var de enda av de oberoende variablerna i föreliggande studie som korrelerade med motionsgraden. De som hade högre positiv affektivitet och energi motionerade i större omfattning än de som hade lägre. En förklaring till att just dessa två variabler korrelerade med motionsgraden skulle kunna tänkas vara att energi och positiv affektivitet är nära sammankopplade genom att en positiv affektivitet skulle kunna tänkas leda till en högre grad av energi och omvänt.

Resultatet i föreliggande studie visade att det fanns en positiv korrelation mellan upplevelsen av hälsa och motionsgrad. Då stimulans, energi och stress inverkade på upplevelsen av hälsa torde det vara möjligt att om stimulansen och energin ökade och stressen minskade så skulle upplevelsen av hälsa öka vilket i sin tur skulle kunna tänkas öka motionsgraden.

### *Inverkan på sjukfrånvaro och sjuknärvaro*

*Sjukfrånvaro.* Watson och Pennebaker (1989) fann inte något samband mellan negativ affektivitet och sjukfrånvaro. Det gjordes inte heller i föreliggande studie. Inte några av den föreliggande studiens variabler inverkade på sjukfrånvaron.

*Sjuknärvaro.* Stress var den enda variabeln som inverkade på sjuknärvaro. Vingård et al. (2000) identifierade, att hinna med arbetsuppgifterna, som en friskfaktor vilket skulle kunna ses som ett mått på stressnivå. Det mått på friskhet som användes i den studien utgjordes av ett sammansatt mått, att varken ha haft någon sjukfrånvaro eller sjuknärvaro under det senaste året. I föreliggande studie analyserades måtten var för sig, vilket innebär att resultaten inte riktigt låter sig jämföras. Aronsson och Gustafsson (2002) fann att tidspress var en av flera faktorer som påverkade risken för sjuknärvaro vilket ligger i linje med föreliggande studies resultat.

### *Skillnader med avseende på bakgrundsvariabler*

*Hälsa.* Ålder, befattning och arbetstidsförläggning hade betydelse för upplevelsen av hälsa. De som arbetade dagtid upplevde en bättre hälsa än de som arbetade skift. Jeding et al. (1999) fann i en studie samband mellan skiftarbete och en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom samt mag- och tarmbesvär. Det har även påträffats starka samband mellan fysisk exponering i arbetslivet och fysiska besvär (SCB, 2004). Det skulle möjligtvis kunna vara så att en person som är verkstadsanställd har ett fysiskt slitsammare arbete än en tjänsteman och det skulle eventuellt delvis kunna utgöra en förklaring till att de verkstadsanställda i föreliggande studie upplevde en sämre hälsa än tjänstemännen.

*Motionsgrad.* Det förelåg inte några skillnader mellan män och kvinnor avseende hur ofta de motionerade. Det fanns inte heller några skillnader mellan tjänstemän och verkstadsanställda, mellan olika åldersgrupper eller mellan dem som arbetade dagtid eller skift med avseende på hur ofta de motionerade.

*Sjukfrånvaro.* Det fanns i föreliggande studie skillnader med avseende på sjukfrånvaro mellan tjänstemän och verkstadsanställda och mellan skiftarbetare och de som arbetade dagtid. De verkstadsanställda hade en högre sjukfrånvaro än tjänstemännen och de som arbetade skift hade en högre sjukfrånvaro än de som arbetade dagtid. De starka samband som har påvisats mellan fysisk exponering i arbetslivet, fysiska besvär och arbetsrelaterad sjukfrånvaro (SCB, 2004) skulle kunna vara en tänkbar förklaring till att de verkstadsanställda i föreliggande studie hade en högre sjukfrånvaro än tjänstemännen. En annan studie visade (Jeding et al., 1999) att skiftarbete var förenat med vissa fysiska besvär. Då skiftarbete är mer vanligt förekommande för verkstadsanställda än för tjänstemän skulle det kunna tänkas utgöra ytterligare en förklaring.

Inga skillnader fanns däremot mellan män och kvinnor eller mellan åldersgrupper med avseende på hur ofta de var sjukfrånvarande. Att kön inte hade någon betydelse för sjukfrånvaron står i motsats till statistik och resultat som har visat att kvinnor generellt sett har högre sjukfrånvaro än män (Aronsson & Lindh, 2004; SCB, 2004).

*Sjuknärvaro.* Varken kön, befattning, arbetstidsförläggning eller ålder hade någon betydelse för sjuknärvaron i föreliggande studie. Att det inte förelåg några skillnader mellan kön och ålder med avseende på sjuknärvaro, överensstämmer med tidigare forskningsresultat (Aronsson & Gustafsson, 2002).

### *Möjliga felkällor*

Några av den föreliggande studiens resultat motsäger en del tidigare forskningsresultat och även förväntade samband har i somliga fall uteblivit. En möjlig förklaring skulle kunna vara att antalet respondenter i undersökningen var relativt få. Det skulle kunna få till följd att resultatet inte fullt ut speglar verkligheten. En större svarsfrekvens skulle eventuellt ha inneburit att resultatet hade sett annorlunda ut. Med tanke på den begränsade svarsfrekvensen bör försiktighet iaktas vid generalisering från studiens resultat till organisationen i sin helhet.

Deltagarna i studien fick inte vetskap på förhand om att studien skulle genomföras. Det skulle kunna vara en av flera möjliga förklaringar till den låga svarsfrekvensen. Den kan även ha varit ett resultat av att några påminnelser inte skickades ut till deltagarna.

Ytterligare en faktor som kan ha haft betydelse för studiens resultat var språkbruket i enkäten. Om respondenterna hade svårigheter med att förstå innebörden i frågorna så kan det ha påverkat studiens resultat.

### *Studiens design*

Vid självskattning är utgångspunkten en subjektiv bedömning. Det kan innebära att en individ exempelvis bedömer stress eller hälsa i relation till något annat. Bedömningen av den nuvarande hälsan sätts då i relation till hur vederbörande mådde för ett tag sedan, exempelvis bättre eller sämre. Det är även möjligt att individer generellt sätter kriterienivån högt eller lågt. Flera studier har visat att självrapporterade data är starkt sammankopplade med en individs affektiva tillstånd. Positiv och negativ affektivitet påverkar därför hur en individ upplever och rapporterar stress och hälsa (Aronsson &

Lindh, 2004; Norlander, Bood & Archer, 2002; Watson & Pennebaker, 1989). Detta bör alltid beaktas när självskattning används som instrument vid mätningar.

### *Förslag till framtida forskning*

Enligt Hansson (2004) kan hälsan ses utifrån ett kontinuum. Hälsan är då inte ett statistiskt utan ett varierande tillstånd. Eventuellt skulle det kunnat ha haft betydelse för resultatet att studien enbart genomfördes vid en specifik tidpunkt. Det gav en bild av hur det såg ut vid tidpunkten för studien. Det hade därför varit intressant att genomföra en uppföljande studie för att se om resultaten hade varit beständiga över tid.

Enbart en del av variansen i variablerna hälsa, motionsgrad, sjukfrånvaro och sjuknärvaro förklarades av de oberoende variablerna i modellen, resten hade andra förklaringar. Fysisk arbetsmiljö, hemförhållanden och ekonomiska förutsättningar är exempel på faktorer som enligt flera studier har visat sig inverka på upplevelsen av hälsa (Aronsson & Lindh, 2004; Heller, Timothy & Watson, 2002). Människors totala livssituation inverkar således på upplevelsen av hälsa, men det låg utan för den föreliggande studiens ram och fokus för studien var främst inriktat på arbetsrelaterade förhållanden. Det skulle ändå kunna vara intressant att undersöka vilken inverkan exempelvis hemförhållanden och den privata livssituationen har på hälsa, motionsgrad, sjukfrånvaro och sjuknärvaro då enbart en viss del av variansen i dessa förklarades av de studerade faktorerna.

### Referenser

- Abrahamsson, K. (2003). Friskfaktorer i arbetet - en inledning. I K. Abrahamsson (red.), *Friskfaktorer i arbetslivet* (ss. 7-12). Stockholm: Prevent – arbetsmiljö i samverkan Svenskt Näringsliv, LO & PTK.
- Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser - Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2002). *Sjuknärvaro-förekomst och utvecklingstendenser*. (Arbete och Hälsa 2002:8). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor – en populationsstudie* (Arbete och Hälsa 2004:10). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in clinical psychology* (2:a upplagan). Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.
- Brief, A. P., Burke, M. J., & George, J., M. (1988). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress? *Journal of Applied Psychology*, 73, 193-198.
- Clark, A. L., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2:a upplagan). Hillsdal, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2003). *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Engström, L-M., & Lindgärde, F. (2004). Fysiskt aktiva mår bättre. *Läkartidningen*, 101, 1387-1393.

- Faskunger, J., & Schäfer Elinder, L. (2005). *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport målområde 9 - Ökad fysisk aktivitet*. (Rapport 2005:58). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Feldt, T., Kinnunen, U., & Mauno, S. (2000). A mediational model of sense of coherence in the work context: a one year follow-up study. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*, 28-45.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Heller, D., Timothy, A., & Watson, D. (2002). The confounding role of personality and trait affectivity in the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Organizational Behaviour, 23*, 815-835.
- Henriksson, J., & Sundberg, C-J. (2003). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (Rapport 2003:44). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Jeding, K., Hägg, G. M., Marklund, S., Nygren, Å., Theorell, T., & Vingård, E. (1999). *Ett friskare arbetsliv. Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. (Arbete och Hälsa 1999:22). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk - så skapas hälsa, effektivitet och lönsamhet*. Lund: Ekerlids Förlag.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly, 24*, 285-307.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kjellberg, A., & Wadman, C. (2002). *Subjektiv stress och dess samband med psykosociala förhållanden och besvär. En prövning av Stress-Energi-modellen* (Arbete och Hälsa 2002:12). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modelling*. New York: Guilford press.
- Källeståhl, C., Bjurvald, M., Menckel, E., Schaerström, A., Schelp, L., & Unge, C. (2004). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser - Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter* (Rapport 2004: 32). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Norlander, T., Bood, S-Å., & Archer, T. (2002). Performance during stress: affective personality, age and regularity of physical exercise. *Social Behaviour and Personality, 30*, 495-508.
- Parkes, K. R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology, 75*, 399-409.
- Peeters, M. C. W., de Jonge, J., Janssen, P. P. M., & van der Linden, S. (2004). Work-home interference, job stressors, and employee health in a longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management, 11*, 305-322.
- Riksdagen. (2004a). *Arbetsgivarna ska vara med och betala sjukpenningen*. Hämtad 8 maj, 2006, från <http://www.riksdagen.se>
- Riksdagen. (2004b). *Arbetsgivarna ska vara med och betala sjukpenning (SfU5)*. Hämtad 8 maj, 2006, från <http://www.riksdagen.se>
- Rubenowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- SCB (2004). *Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige – en belysning utifrån SCB:s statistik* (Rapport 2004:3). Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

- Siegrist, J. (2004). Psychological work environment and health: new evidence. *Journal of Epidemiol Community Health*, 58, 888.
- Socialförsäkringsutskottets betänkande, 2004/05. *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*. Stockholm: Elanders Gotab.
- SOU (2002). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – mål, ansvar och åtgärder med utgångspunkt från ett övergripande mål för människor i arbete*. - Socialdepartementets slutbetänkande av utredning om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5). Stockholm: Nordstedts AB.
- Spector, P. E. (1986). Perceived control by employees: A meta analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Human Relations*, 11, 1005-1016.
- Vingård, E., Josephson, M., Aronsson, G., & Nilsson, M. (2000). *Psykosocial arbetsmiljö i Gotlands kommun – en studie av nedvarvning, återhämtning och friskfaktorer* (Rapport 2000:2). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Watson, D., Clark, A. L., & Carey, C. (1988b). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-333.
- Watson, D., Clark, A. L., & Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The panas scales. *Journal of Personality and Social psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Winroth, J., & Rydqvist, L-G. (1995). *Idrott, friskvård och hälsa*. Farsta: SISU idrottböcker.