



LUNDS UNIVERSITET

Sociologiska institutionen

Gör en hälsosatsning!

– en maktanalys av dags- och kvällstidningars hälsosidor

Charlotte Ovesson

Masteruppsats SOCM04 (30 hp)

Höstterminen 2016

Handledare: Carl-Göran Heidegren

Abstrakt

Författare: Charlotte Ovesson

Titel: Gör en hälsosatsning! – en maktanalys av dags- och kvällstidningars hälsosidor

Masteruppsats SOCM04 (30 hp)

Handledare: Carl-Göran Heidegren

Sociologiska institutionen, höstterminen 2016

Flera dags- och kvällstidningar har speciella hälsosidor där det går att läsa om bl.a. mat och träning. Den hälsosamma livsstilen är positivt laddad: att ta hand om sin hälsa ses som en bra egenskap. Denna studies syfte är att undersöka vilka människor som lyfts fram på hälsosidorna och vilka som är osynliggjorda. Vem är den hälsosamma människan med avseende på faktorer som klass, kön och ålder? Studien utgår från Baumans teorier om identitet, Simmels och Giddens teorier om livsstil, och Foucaults teorier om makt. Metoden som används är en diskursanalys. Det material som har analyserats är samtliga hälsosidor i Aftonbladet och Metro under fyra icke-sammanhängande månader. Det mest framträdande resultatet är att individen tillskrivs en enorm frihet och ansvar. Individen förutsätts kunna åstadkomma stora förändringar i sitt liv genom att vara disciplinerad och målmedveten. Konsumtion står också i fokus. Kroppen betraktas som ständigt utsatt av hot från sjukdomar och annan ohälsa. Det är individen som ansvarar för att avvärja dessa hot. Diskurser om sociala sammanhang är frånvarande. Människor i ekonomiskt utsatta situationer, människor som är äldre än 50 år och sjuka och funktionsnedsatta människor är osynliggjorda.

Nyckelord: media, hälsa, livsstil, makt, diskurs, individualisering

Känn tacksamhet och gör en hälsosatsning

På dags- och kvällstidningarnas hälsosidor får vi lära oss om vår kropp och hur vi ska ta hand om den. Vad ska vi äta för att göra våra tarmbakterier glada? Vilken träningsform är mest effektiv för att bygga muskler? Det som är gemensamt för artiklarna på hälsosidorna är att de uppmuntrar en hälsosam livsstil. Att ha en hälsosam livsstil betraktas i allmänhet som något positivt. Människor förväntas vilja ta hand om sin kropp och sin hälsa. Men har alla människor samma möjligheter att leva på ett hälsosamt sätt? Vem är den hälsosamma människan på medias hälsosidor?

En analys av hälsosidorna i Aftonbladet och Metro visar att individen ständigt är i centrum. Det talas om vad individen kan göra för att gå ner i vikt, minska risken för att drabbas av sjukdomar, bromsa sitt åldrande, och så vidare. Det hela målas upp som ett slag. Kroppen är ständigt utsatt för hot och du måste vidta aktiva åtgärder för att skydda den. Budskapet är att du kommer att drabbas av ohälsa om du inte gör något. Många sätt att bli mer hälsosam hänger ihop med att du ska köpa något, t.ex. en juicepress eller ett gymkort. Att vara hälsosam kopplas ihop med att vara snygg. Därför tas även sådant som inte har med sjukdomar att göra upp på hälsosidorna, t.ex. hårtransplantation. Att du har ett utseende som du trivs med framställs som en fråga om hälsa.

På hälsosidorna står det inte i klartext vilka människor artiklarna riktar sig till. Det är ändå tydligt att läsaren förutsätts vara på ett visst sätt. Det förutsätts att alla människor har lika stora möjligheter att påverka sin livssituation. Rådet ”minimera stress i ditt liv” låter kanske enkelt, men många människor är stressade på grund av saker de inte kan påverka, till exempel arbetslöshet eller problem inom familjen. Ekonomiskt utsatta människor har inte möjlighet att följa många av de råd som hälsosidorna ger. De har inte pengar till det. Ensamstående människor med små barn har svårt att ”unna sig en kurs”, som är ett tips vi får i Metro.

Något som det är tyst om på hälsosidorna är människors sociala sammanhang och hur det kan påverka deras chanser att leva hälsosamt. Alla förutsätts ha samma chanser att göra hälsosamma val, och individen tillskrivs hela ansvaret för sin hälsa. Det är ett problem eftersom det kan leda till att sjuka människor skuldbeläggs för att de inte valde att leva på ett hälsosamt sätt för att förebygga sjukdomen. Detta skuldbeläggande kan få politiska konsekvenser, t.ex. att människor inte får sjukersättning för att det anses att de får skylla sig själva för att de blivit sjuka.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte och frågeställning	2
Hypoteser	2
Disposition	3
Tidigare forskning.....	4
Den hälsosamma livsstilen och sociala strukturer	4
Individualisering av risker	6
Hälsa i sociala medier	9
Teori	11
Identitet	11
Livsstil.....	13
Makt	16
Metod.....	19
Genealogisk diskursanalys	19
Kritisk diskursanalys.....	21
Analysmetod	23
Urval och datainsamling	24
Metro	25
Aftonbladet.....	26
Analys.....	27
Teman och kategorier.....	27
Den ständigt närvarande ohälsan.....	27
Individens ansvar och frihet	29
Att hitta sig själv: en religiös upplevelse.....	32
Dubbelheten inför den medicinska vetenskapen	35
Synliga resultat	37
Problem bortom individens kontroll.....	39

Konsumtion	42
Sammanfattning.....	44
Diskursiva tystnader.....	45
Diskursernas effekter	48
Diskussion	51
De fyra hypoteserna	51
Media som diskursiv praktik.....	52
Sociala medier.....	53
Att kontrollera det okontrollerbara	54
Avslutande synpunkter.....	55
Referenser	56
Bilaga 1: analysmaterial	58

Inledning

Hälsa är ett begrepp som förekommer i många olika sammanhang. Socialstyrelsen (2016) definierar hälsa som *fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada*. Definitionen är baserad på Världshälsoorganisationens (WHO) definition. Hälsa är alltså ett tillstånd av välmående i sig, vilket är mer än bara en frånvaro av sjukdom och skada. Socialstyrelsen skriver vidare att begreppet hälsa kan användas i flera olika betydelser, såväl inom vården som i vardagspråket. Därför är det viktigt att tydliggöra vad man menar när man använder begreppet om man vill vara säker på att göra sig förstådd.

Ett område där begreppet hälsa är vanligt förekommande är massmedia. Det finns en uppsjö av hälsoprogram på TV och hälsomagasin på tidningshyllorna. Flera stora dags- och kvällstidningar har speciella hälsosidor som återkommer regelbundet. I dagens samhälle är media viktigt för människor inte bara för att det förser dem med information, utan också för att media är ett viktigt verktyg för identitetsskapande. Genom media kan vi hitta värderingar som vi sympatiserar med, förebilder, tips på allt från mat till resmål, med mera. Dessa aspekter kan bilda en sammanhängande livsstil som människor identifierar sig med. Ett visst intresse kan anses hänga samman med en viss klädstil, vissa matpreferenser och vissa förebilder. Om du till exempel är intresserad av miljöfrågor kanske du även är intresserad av att köpa kläder och annat på second hand, eftersom det är bra för klimatet att saker återanvänds. Du kanske vill lära dig vegetariska eller veganska recept, och har människor som kämpar för klimatet som förebilder.

Det är tydligt att hälsa i dagens samhälle har blivit en identitet och en livsstil. De hälsosamma val du gör kan betraktas som mer än en rad enskilda händelser. Du kan göra dem till en del av din identitet: *du är en hälsosam person och har en hälsosam livsstil*.

Hälsa är ett positivt laddat begrepp. Människor förutsätts vilja ha en god hälsa. Det är till exempel svårt att tänka sig att någon på allvar skulle påstå att ohälsa är att föredra framför hälsa. I reklam omtalas olika produkter ofta som "hälsosamma", och människor som beskriver sina intressen säger ofta att de är intresserade av "hälsa och livsstil". En hälsosam livsstil framställs som något eftersträvänt. Men vad ingår i en hälsosam livsstil? Är denna livsstil lika tillgänglig för alla människor? I september 2016 talade prins Daniel om hälsa i en uppmärksam intervju med TV4. "Det som är mest upprörande är att hälsa är ojämnt och har blivit en klassfråga", säger han (Sima, 2016). Jonna Sima (ibid.), ledarkrönikor i Aftonbladet, håller med prins Daniel och menar att det finns hälsoklyftor i samhället beroende

på klass. Bland annat finns det skillnader i livslängd och risk för olika sjukdomar (t.ex. diabetes). Regeringen har tillsatt en kommission för jämlik hälsa som våren 2017 väntas presentera ett förslag på hur vi kan minska hälsoklyftan.

Det ses alltså som bra att vara hälsosam och att leva på ett sätt som associeras med hälsa, men att leva på ett sätt som anses hälsosamt kan vara mer eller mindre tillgängligt för människor beroende på klass och andra faktorer. Den positiva värderingen av hälsobegreppet, kombinerat med de hälsoklyftor som finns i samhället, gör att det är intressant att utifrån ett maktperspektiv undersöka hur det talas om hälsa. Det är tydligt i t.ex. reklam för hälsosamma produkter att hälsa till stor del handlar om val som individen gör. Väljer du att köpa den nyttiga müsli, eller väljer du i stället ett mindre hälsosamt alternativ? Vilka val gör den hälsosamma människan? Har alla människor samma möjligheter att göra dessa val?

Syfte och frågeställning

Med denna studie vill jag analysera hur den hälsosamma människan konstrueras i media och vad dessa konstruktioner kan få för konsekvenser. Syftet är att undersöka vilka människor som dags- och kvällstidningarnas hälsosidor lyfter fram och vilka människor som utesluts. Vem är den hälsosamma människan med avseende på faktorer som kön, ålder och klass? Vilken livsstil erbjuder hälsosidorna, och för vilka människor är denna livsstil tillgänglig?

Hypoteser

Innan jag påbörjar studien tänker jag redogöra för mina hypoteser. Det huvudsakliga skälet till det är att jag genom att presentera hypoteser samtidigt redogör för min förförståelse. God forskning är transparent, och att jag som forskare är öppen med min förförståelse bidrar till transparensen. Jag kommer även att ta upp hypoteserna i uppsatsens diskussionsdel för att diskutera om analysen ger stöd för dem. Följande hypoteser utgår jag från:

- *Den hälsosamma människan är en kvinna.* Denna hypotes grundar sig i att hälsosidorna, vid en snabb överblick, ser ut att innehålla betydligt fler bilder på kvinnor än på män. Det verkar rimligt att anta att en snarlik representation finns i texternas innehåll. Något annat som ligger bakom denna hypotes är att hälsosidorna ofta kopplar ihop god hälsa med skönhet. Flera artiklar på hälsosidorna handlar om sådant som inte verkar vara relaterat till hälsa enligt sedvanliga definitioner, t.ex. hur du får vitare tänder. Det är betydligt vanligare att skönhetstips i media riktar sig till kvinnor än till män.

- *Den hälsosamma människan har pengar att röra sig med.* Hen är inte nödvändigtvis rik, men det är svårt att tänka sig att hälsosidorna riktar sig till fattiga människor. Många rekommendationer bygger på konsumtion, t.ex. att skaffa ett gymkort eller laga mat med ingredienser som är ganska dyra. För att kunna följa många av hälsosidornas rekommendationer krävs alltså att läsaren har en viss budget att röra sig med.
- *Den hälsosamma människan bor i, eller nära, en stor eller medelstor stad.* Många av tipsen på hälsosidorna utgår från att läsaren har tillgång till vissa saker och funktioner, t.ex. en personlig tränare, kollektivtrafik eller en lunchrestaurang med salladsbuffé. För människor som inte bor i eller nära en större ort är många av dessa tips irrelevanta och ogenomförbara.
- *Den hälsosamma människan har ingen funktionsvariation.* De tips om motion och träning som ges på hälsosidorna utgår förmodligen från att läsaren inte har någon funktionsnedsättning, t.ex. är rullstolsburen. Jag grundar den hypotesen dels på att normen är att inte ha någon funktionsvariation, och dels på att de människor som syns på bilderna på hälsosidorna ser ut att uppfylla denna norm.

Disposition

Uppsatsen inleds med en presentation av tidigare forskning om hälsosam livsstil och media, samt angränsande områden. Efter den tidigare forskningen följer teoridelen där jag redogör för de teorier som jag utgår från i min analys. Metoden som jag använder är diskursanalys. Diskursanalys är såväl teori som metod. Jag har valt att placera merparten av redogörelsen för diskursanalys i metoddelen, men den bör läsas med teoriavsnittet om Foucault i bakhuvudet. Efter metoddelen följer analysen, som är den mest omfattande delen av uppsatsen. Sist följer en diskussion där jag diskuterar resultaten utifrån mina hypoteser, jämför med tidigare forskning, föreslår framtida forskning och kommer med avslutande synpunkter.

Tidigare forskning

Det finns mycket tidigare forskning på området hälsosam livsstil och media. Jag har valt bort forskning som handlar om vilken typ av livsstil som är hälsosam, vad som främjar en god hälsa, m.m. Syftet med den här studien är att undersöka hur den hälsosamma människan konstrueras i media, inte huruvida dessa konstruktioner är sanna enligt den medicinska vetenskapen. Ämnen som tas upp i det här avsnittet är hur en hälsosam livsstil hänger ihop med sociala strukturer, hur ansvaret för att vara hälsosam läggs på individen, och vilka diskurser om hälsa som används i statliga kampanjer och i sociala medier.

Den hälsosamma livsstilen och sociala strukturer

Cockerham (2005) utarbetar ett ramverk för en teori om hälsosamma livsstilar som tar hänsyn till såväl aktör som struktur. Enligt Cockerham är det dominerande perspektivet på hälsosam livsstil i det senmoderna samhället alldeles för individualistiskt. Begreppet livsstil tenderar att användas för att beskriva vilka val individer gör oberoende av sina sociala sammanhang. Att bli hälsosam betraktas som något som ska presteras, och ansvaret ligger på individen. Den hälsa som individen ”producerar” har ett syfte, t.ex. få ett längre liv eller bli mer nöjd med sin kropp. På det sättet är den hälsosamma livsstilen i sig en form av konsumtion.

I många sammanhang framställs en hälsosam livsstil som en uppsättning beteenden som egentligen inte har mycket med varandra att göra förutom att de är relaterade till hälsa, menar Cockerham, men det finns en stark korrelation mellan olika ohälsosamma beteenden (t.ex. att röka, äta transfetter och inte motionera). Individer som är ohälsosamma i en bemärkelse är sannolikt också ohälsosamma i andra. Detta är relaterat till faktorer som klass och kön. Cockerham (ibid:56) skriver:

It therefore appears that health lifestyles are not the uncoordinated behaviors of disconnected individuals, but are personal routines that merge into an aggregate form representative of specific groups and classes.

I sin artikel har han sammanställt exempel från flera olika studier om hur sociala strukturer påverkar människors livsstil med avseende på hälsa. Här är några exempel:

- Det finns tydliga klasskillnader med avseende på hälsosam livsstil. De övre klasserna tar bättre hand om sin hälsa än de lägre klasserna. ”Virtually every study confirms this”,

skriver Cockerham (ibid:58). De övre klasserna ägnar mer tid åt träning, äter hälsosammare, dricker mindre alkohol, röker mindre, går på kontroller hos läkare oftare, och har större möjligheter att vila och hantera stress.

- Äldre människor i allmänhet lever hälsosammare än yngre genom att bl.a. tänka mer på vad de äter. Men äldre låginkomsttagare förändrar ofta sina matvanor till det sämre eftersom de inte har några stora förväntningar på sin framtid (ibid:58).
- Kvinnor äter nyttigare, röker mindre, dricker mindre, går på läkarbesök oftare, och använder säkerhetsbälte i högre utsträckning än män. Män tränar i högre utsträckning än kvinnor, men bortsett från det har kvinnor en hälsosammare livsstil (ibid:58).

Alla människor har inte de möjligheter att göra fria val i den utsträckning som det i talet om den hälsosamma livsstilen ofta förutsätts att de har. Cockerham (ibid:56) refererar till Bourdieu, som menar att människors *distance from necessity* kan förklara livsstilsskillnader mellan olika klasser. Ju mindre en individ behöver tänka på hur hen ska få ihop sin ekonomi (d.v.s. ju längre *distance from necessity*), desto mer frihet och tid har hen att utveckla sin stil och smak i linje med privilegierade grupper. Cockerham använder även Bourdieu för att argumentera mot teorier om att det enbart är strukturer som påverkar och att människor är en sorts strukturernas marionetter. Han vill, som sagt, utveckla en teori som tar hänsyn till både aktör och struktur. Jag går inte in närmare på hans argument för att individer har handlingsutrymme eftersom det inte är relevant för min frågeställning.

Korp (2010:801) menar att livsstilsorienterade hälsoråd ”fails to account for specific conditions of individuals produced by combinations of class and gender structures in society”. Som exempel tar han upp en studie som visar att rökning har en positiv effekt på kvinnor som har barn och lever i låginkomstområden. Rökningen hjälper dem att hantera de utmaningar som det dagliga livet utgör. Korp (ibid) tar upp begreppet *victim blaming* för att beskriva hur individer som drabbas av sjukdomar skuldbeläggs. Att kräva att en socialt och ekonomiskt utsatt individ ska skaffa en hälsosam livsstil är att lägga en ytterligare börda på individen.

Att undersöka vilka samband som finns mellan en hälsosam livsstil och sociala strukturer ingår inte i min studie. Det jag tar med mig från Cockerham (2005) och Korp (2005) är därför inte de statistiska sambanden mellan en hälsosam livsstil och vissa strukturer i sig, utan analysen om hur individualiserat talet om en hälsosam livsstil är, och att faktorer som klass och kön kan påverka vilka förutsättningar människor har att skaffa en hälsosam livsstil. I analysen tar jag upp vilka sociala faktorer som eventuellt tas upp i mitt material.

Individualisering av risker

Wheatley (2005) har gjort en deltagande observationsstudie på en *cardiac rehabilitation clinic* och analyserat hur budskap om risk används på kliniken. Hon har använt Becks teorier om att vi lever i ett risksamhälle, där bl.a. sjukdomar betraktas i termer av risk. Sjukdomar ses inte som något oundvikligt bortom individens kontroll, utan som något individen kan undvika genom att känna till och hantera risker. Gränsen mellan friskt och sjukt har delvis upplöst eftersom även friska människor måste leva som om hot om sjukdom är ständigt närvarande. På kliniken Wheatley har studerat talas det om risker – till exempel högt blodtryck – som sjukdomar i sig. En människa som inte är sjuk kan vara i riskzonen, vilket i sig konstrueras som sjukt. Wheatley (ibid:199) använder Zolas begrepp *medicalization*, som är en historisk process av ”encroachment of medical authority in daily life”.

Wheatley refererar till forskning som hävdar att budskap om risker, livsstil och individens ansvar för sin hälsa började spridas i USA i slutet av 1970-talet. Kostnaderna för sjukvård hade ökat under en längre tid, människor ansåg att sjukvård var en rättighet, och det verkade som om medicinsk behandling av kroniska sjukdomar (t.ex. hjärtproblem och diabetes) inte var så effektiv som man tidigare hade trott. Här blev det politiskt relevant att tillskriva individer ansvaret för att ha en livsstil som minskar risken för sjukdomar. Det här budskapet passar bra in i ett kapitalistiskt system. Några nyckelord som användes under den här perioden var *self-healing*, *consumer choice* och *patient awareness*. Under Reagans styre på 80-talet talades det om vilka människor som förtjänar sjukvård bekostad av staten, och hur man kan utforma ett system för att skilja mellan dem som förtjänar det och dem som inte förtjänar det. Här blev begreppet livsstil väldigt behändigt (ibid:200):

The concept of lifestyle provided a nonthreatening solution to the fiscal crisis. By recasting structural impediments as personal troubles, the lifestyle concept gave legitimacy to policies that reallocate state budgets by privileging private initiatives over public subsidies.

Den här utvecklingen var inte unik för USA utan skedde även i Europa. Att alla människor förväntas ägna sig åt riskreducering har gjort sjukvården till en enorm marknad där det finns mycket pengar att tjäna. Sjuka människor betraktas allt mindre som patienter och allt mer som konsumenter av varor och tjänster. Fullagar (2002), som vi återkommer till längre fram, redogör för en liknande utveckling i Australien: dödsfall orsakade av hjärt- och kärlsjukdomar ökade under 1970-talet och blev därmed en politisk fråga. Att människor ägnar sig åt fysisk

akvitet har kallats för ”the best buy in public health” (ibid:71) eftersom det kostar samhället väldigt lite och lägger ansvaret på individen.

De som arbetar på kliniken skiftar ofta mellan olika logiker, t.ex. från tal om biologiska faktorer utanför individens kontroll till tal om livsstil (Wheatley, 2005). Skiftet har att göra med att de som arbetar på kliniken dels vill uppmuntra människor att leva hälsosamt, men samtidigt inte vill inge människor falskt hopp eller skuldbelägga människor som har en hälsosam livsstil men ändå drabbas av ohälsa. Enligt Wheatley brukar läkarna lägga fokus på vad patienten kan göra här och nu för att skapa förändring, i stället för att lyfta fram ohälsosamma beteenden från det förflutna. När de håller utbildningar och tar upp t.ex. rökning talar de om det som en riskfaktor utan att peka ut individuella rökare som sämre människor.

På de affischer och skyltar som finns på kliniken pekas dock rökare ut på ett annat sätt. Rökaren konstrueras som ”den andra”, som den som lever ohälsosamt och omoraliskt. En text på en skylt gör detta extra tydligt: ”If You Must Smoke, Please Don’t Exhale!” (ibid:212). Trots att skylten förekommer i ett medicinskt sammanhang (på kliniken) förmedlar den ett moraliserande, och inte medicinskt, budskap om att det är bättre att rökaren kvävs än utsätter andra för passiv rökning. I en alternativ diskurs, menar Wheatley, skulle man kunna betrakta rökare som offer för tobaksindustrins reklam, men detta görs inte.

Det förekommer alltså diskurser om såväl biologiska faktorer som individuella faktorer. De betraktas som en dikotomi. Diskurser om sociala strukturer är dock frånvarande. En medlem i personalen talade om att dåliga vanor ofta lärs inom familjer, men denna utsaga ledde inte till några vidare resonemang om att sociala och ekonomiska faktorer kan spela roll. En annan personalmedlem tog upp att svarta människor lider av högt blodtryck i större utsträckning än vita. Detta togs upp som ett faktum, som en skillnad som inte går att åtgärda, trots att det här vore relevant att ta upp sociala skillnader mellan svarta och vita människor, t.ex. om de har samma förutsättningar att ha ett blodtryck inom normalvärdet.

Wheatley frågade på kliniken om hur klass hänger samman med hjärtproblem. Trots hennes återkommande frågor utelämnades klass ur diskurserna om risk. Enligt Wheatley saknar många människor (i USA) med hjärtproblem tillgång till sjukvård eftersom de inte har någon sjukförsäkring. Vilken tillgång som finns till nyttig mat är också ojämnt fördelat mellan klasser. Den mat som ekonomiskt utsatta människor kan få av t.ex. ideella organisationer innehåller ofta mycket fett och socker, och tillgången till frukt och grönsaker är dålig.

Fullagar (2002) har jämfört två statliga kampanjer för en hälsosammare livsstil i Australien: *Life be in it!* från 1970 och *Active Australia* från 1990. Enligt Fullagar har budskapen om hälsa och risker förändrats. Budskapet i *Life be in it!* (från 1970) var att en

aktiv fritid skulle ge människor ökad livskvalitet. Den regering som styrde Australien när kampanjen lanserades prioriterade frågor som ökad jämlikhet, delaktighet i samhället och att bygga pooler, idrottsanläggningar och infrastruktur. Kampanjen skulle med budskap som ”having a go”, ”trying something new” och ”getting moving” få människor att göra något konstruktivt och bra på sin fritid (ibid:76). Relationen mellan hälsa och fritid målades upp som en relation full av nöje, glädje, kreativitet och gemenskap. *Active Australia* (från 1990) fokuserade på att man kan träna dagligen utan att det utgör någon stor ansträngning. Genom att spela basket på uppfarten eller arbeta i trädgården går det att bli mer aktiv. I kampanjen användes medicinska metaforer, som ”take exercise” (på samma sätt som ”take a pill”), och människor uppmanades att ta upp ämnet träning med sina läkare.

Till skillnad från i *Life be in it!* framställer *Active Australia* inte glädje som något som kommer från roliga och spännande upplevelser. Glädje kommer från disciplin och ordning. Genom att vara självdisciplinerad nog att ägna sig åt träning dagligen kan individen skaffa en hälsosam kropp med minskad risk att drabbas av sjukdomar. Det finns en stark moralisk dimension här. Den som lever på ett sätt som är motsatsen till vad kampanjen förespråkar framställs som en person som på grund av sina karaktärsbrister löper högre risk att drabbas av sjukdomar. I *Life be in it!* fanns också en moralisk dimension. Den som ägnade sin fritid åt att dricka öl i tv-soffan framställdes som moraliskt tvivelaktig. Dock talades det inte över huvud taget om risker, om en aktiv fritid som en medicinsk fråga, eller om att mäta sina prestationer och se ut på ett visst sätt. Här vill jag återvända till vad Cockerham (2005) skrev om att en hälsosam livsstil i sig är konsumtion. Detta stämmer med hur hälsosam livsstil framställdes i den senare kampanjen. I kampanjen från 1970 var det fokus på upplevelser här och nu och inte på syften och mål. Hälsa framställdes inte som något som individen konsumerar.

Fullagar (2002) använder Foucaults och Roses teorier om *governmentality*. (Jag återkommer till Foucault i teoridelen.) En utgångspunkt för kampanjerna är att individen kommer att välja rätt om hen får information om hur positivt det rätta valet är för hälsan. Även den ohälsosamma individen har – metaforiskt talat – ett inre, hälsosamt jag som längtar efter att befrias. Rose menar att idén att individen frivilligt kommer att göra de rationella valen är central för ”liberal democratic forms of governance” (ibid:74).

Enligt Cockerham (2005), Korp (2010) och Wheatley (2005) är sociala sammanhang frånvarande i talet om en hälsosam livsstil. I kampanjen *Life be in it!* talades det om samhällets ansvar att t.ex. förse människor med lokaler som möjliggör en aktiv fritid. Utifrån Fullagars (2002) analys av *Active Australia* saknar den budskap om samhällets ansvar. Det är individen som ansvarar för att reducera risker och förebygga ohälsa. Här ligger Fullagars

slutsats nära Cockerhams (2005), Korps (2010) och Wheatleys (2005). Jag kommer att titta på om samma individualisering och finns i mitt material, och om sociala strukturer är utelämnade ur diskurserna. Eftersom jag och Wheatley undersöker hela olika saker (en klinik respektive hälsosidor i media) är det intressant att se om vi ändå hittar samma diskurser.

Hälsa i sociala medier

İnceoğlu m.fl. (2014) har gjort en diskursanalys av hur *health opinion leaders* (läkare, dietister m.m.) konstruerar hälsa i sociala medier. Författarna använder Foucaults teorier (som jag återkommer till i teoridelen). När det kapitalistiska systemet uppkom förde det med sig arbetsdelningen. Då blev det viktigt att rationalisera och systematisera hur människor tog hand om sina kroppar genom att t.ex. äta rätt och inte dricka för mycket alkohol. De kunskaper om hälsa som producerades blev normerande. Det är mot bakgrund av denna biopolitik som de nu rådande diskurserna om hälsa måste förstås. İnceoğlu m.fl. har delat in diskurserna och de diskursiva strategierna i sex olika teman (ibid:118):

1. *Defining and promoting diseases and fear*: normala skeenden i livet (t.ex. att drabbas av håravfall) betraktas som medicinska problem. Smärre hälsoproblem betraktas som potentiella symptom på något allvarligt. En diarré som inte verkar särskilt allvarlig kan t.ex. vara ett symptom på tarmcancer. Kroppen betraktas som ett fält som ständigt är under attack av sjukdomar och andra faror. Det enda sättet att skydda sig är att vara ständigt vaksam och ta reda på orsaken till allt som inte verkar vara friskt och normalt.
2. *Defining and promoting lifestyles and habits*: nyckeln till ett friskt och lyckligt liv är en förändrad livsstil. Det som främst lyfts fram är diet och fysisk aktivitet.
3. *Defining and promoting beauty*: gränsen mellan medicin och kosmetik är väldigt flytande. Skönhet konstrueras som en hälsofråga. En hälsosam kropp är samtidigt en vacker kropp. Den otydliga gränsen mellan medicin och kosmetik är ”in accordance with the commodification of medicine and medicalization of daily life” (ibid:121).
4. *Defining and promoting longevity*: att leva ett långt liv är inte tillräckligt. Effekterna av ålderdomen ska skjutas upp så långt det går. Individen ska leva ett långt liv som ung, och att åldras är associerat med något negativt.
5. *Defining and promoting performance and personal development*: individen ska bli mer produktiv, arbeta mer effektivt och under fler timmar. Fokus ligger på arbetslivet, men

även personlig utveckling som inte har med arbetslivet att göra ingår i det här temat, t.ex. hur individen ska utveckla relationer, leva i nuet och hantera konflikter.

6. *Defining and promoting naturalness*: för vissa *health opinion leaders* är naturlighet nyckeln till hälsa. Kroppen mår inte bra av tillsatser eller kemikalier. De mediciner som läkare ordinerar hjälper inte alls så bra som läkarna påstår. I detta tema syns en kamp mellan diskurser. Diskursen om naturlighet positionerar sig mot den medicinska vetenskapliga diskursen.

Tre tendenser genomsyrar hälsodiskurserna i sociala medier:

1. *Medikalisering av hälsa*: naturliga skeenden i livet, till exempel åldrande, framställs i medicinska termer som om de vore sjukdomar.
2. *Individualisering av hälsa*: varje individ anses och förväntas själv bära ansvaret för sin hälsa. Det bortses från sociala faktorer som kan påverka hälsan.
3. *Kommodifiering av hälsa*: människors hälsa och välmående har blivit en stor marknad med många aktörer som konkurrerar. Kroppen kolonialiseras av kommersiella intressen.

Enligt Inceoğlu m.fl. lever vi i en kultur av varningar och risker (vilket även Wheatley, 2005, tar upp). Vi varnas ständigt för att göra eller inte göra vissa saker, och det sker en ständig riskkalkylering. Vår rädsla för att drabbas av t.ex. ohälsa ligger bakom många av våra beteenden. Läkare, dietister och andra experter är viktiga för oss eftersom de hjälper oss att bedöma risker. I slutändan läggs det dock på individen att göra en egen bedömning.

Inceoğlu m.fl (2014) är den av de studier jag har presenterat som har mest gemensamt med min. En central skillnad är att Inceoğlu m.fl har analyserat sociala medier. Det är troligt att de på flera sätt skiljer sig från dags- och kvällstidningar. I diskussionsdelen kommer jag att jämföra mina resultat med Inceoğlu m.fl. och diskutera vad likheter och skillnader i våra resultat kan bero på. Är de diskurser som jag hittar unika för dags- och kvällstidningars sätt att tala om hälsa, eller är det samma diskurser som finns i sociala medier? Hur spridda är de diskurser om hälsa som har hittats av Wheatley, Fullagar och Inceoğlu m.fl? Genom att jag analyserar material som de inte har analyserat (dags- och kvällstidningars hälsosidor) bidrar min studie till att ringa in i vilka sammanhang vilka diskurser används.

Teori

I den här delen redogör jag för uppsatsens teoretiska grund. Den är uppdelad i tre avsnitt: identitet, livsstil och makt. De två första avsnitten har mycket gemensamt. Bauman, Simmel och Giddens teorier erbjuder en förståelse för fenomenet hälsosidor i media i stort. Vad säger hälsosidornas själva existens om samhället? Hur hänger de ihop med människors identitetskonstruktion? Vad fyller de för funktion? Det sista avsnittet, som handlar om Foucault, skiljer sig från de andra genom att bidra med ett maktperspektiv.

Identitet

Bauman (2002:171) menar att det är på grund av moderniteten som en ”identitetsdiskurs” har vuxit fram. Moderniteten har gjort att den mänskliga naturen inte längre betraktas som något på förhand givet, t.ex. av en gudomlig skapare. Genom moderniteten har det som förr ansågs vara fast upplöst, och därmed har detta fått förmågan att kunna återskapas på olika tänkbara sätt. Det är varje människas uppgift att ta sig an detta identitetsbyggande som ett projekt. Nära sammanbundet med identitet är individualisering, som enligt Bauman (ibid:176) består i att ”förvandla den mänskliga identiteten från något ’givet’ till en ’uppgift’ – och ge aktörerna ansvaret för att utföra denna uppgift och för konsekvenserna (inklusive biverkningarna) av sitt utförande”. Den moderna människan måste *bli* vad hon *är*.

Idag finns en mängd olika valmöjligheter för individen. Tidigare har klass och kön avgjort hur en individ kan leva sitt liv. Människor har kunnat följa rådande normer för att deras framtid ska se ut på ett bestämt sätt. Att ha ett mål har främst handlat om att följa den väg som man har fötts till att följa. Att t.ex. vara son till en bonde innebar att man så småningom skulle ta över gården efter sin far, och att vara kvinna innebar att man skulle hitta en man att bli försörjd av. Idag, i ett samhälle där allt är rörligt och inte mycket är givet, är det svårt att ha ett sådant mål. Livsprojektet kan ha en riktning men individen kan inte förvänta sig att kunna landa i ett specifikt mål. Arbetet med livsprojektet blir aldrig klart. Därför menar Bauman att det kanske vore rimligare att tala om *identifiering* i stället för *identitet*. Den moderna människan gör ett aktivt val av identitet och kan när som helst – om identiteten blir irrelevant eller helt enkelt mindre intressant – ändra detta val. Det är valet i sig, och inte hur den valda identiteten ska uppnås, som är problemet. Detta problem blir aldrig löst eftersom identiteten aldrig blir slutgiltigt vald, fast och färdig.

Enligt Bauman verkar vi ha tappat alla förhoppningar om att vi kan lösa problem genom att sluta oss samman och kollektivt arbeta mot ett mål. Alla problem som drabbar människor betraktas som individuella problem, och att lösa dem är individens projekt och uppgift. Här citerar Bauman Christopher Lasch, som menar att när människor inte längre hoppas kunna förändra något som verkligen betyder något, då övergår de till att fokusera på sin egen utveckling: äta hälsosamt, gå kurser i att få kontakt med sina känslor, lära sig mindfulness, med mera. Bauman (ibid:183) kallar detta för *ersättningsförströelser*. När människor inte kan göra något åt det som faktiskt betyder något gör de ändå något åt det de faktiskt kan handskas med. Identiteten uppstår just här, när gemenskapen bryter samman.

Att ”identitet” får en sådan uppmärksamhet och framkallar sådana lidelser beror på att den är ett *surrogat för gemenskap*: för detta förment ”naturliga hem” som inte längre finns tillgängligt i den snabbt privatiserade och individualiserade, raskt globaliserade världen och som därför kan uppfattas som en bekväm tillflyktsort av trygghet och förtröstan och som sådan helt åstundad. Men det paradoxala är att identiteten, för att kunna erbjuda ens ett minimum av trygghet och därmed genomföra sin läkande roll, måste förneka sitt ursprung, måste bestrida att den bara är ett surrogat, och helst behöver frambesvärja en spökbild av just den gemenskap som den har kommit att ersätta. Identiteten blomstrar på gemenskapens kyrkogård, men blomstrar tack vare sitt löfte att återuppväcka de döda. (ibid:184)

I ett annat kapitel tar Bauman (ibid:268) upp den panoptiska modellen så som den beskrivits av Michel Foucault. Panoptikon var för Foucault en metafor för samhällets skapande av ordning. Människor kan när som helst bli övervakade av olika institutioner, men de kan inte veta exakt när de faktiskt blir övervakade. Detta leder till att människor börjar övervaka sig själva och följa normerna även om ingen ser. Framför allt två panoptiska institutioner har varit viktiga på grund av att de berörde så många människor: fabriken och värnpliktsarmén. Alla män med förmåga att arbeta i en fabrik eller göra värnplikt passerade genom dessa institutioner. Huruvida en man hade dessa förmågor eller inte blev ett mått på normen. Att sakna dessa förmågor var en avvikelse och kunde leda till bestraffning eller medicinsk behandling. Det var denna norm, skriver Bauman, som fick beteckningen ”hälsa” av den moderna medicinen. Att mäta hälsa hos män var enkelt. Om de kunde arbeta i fabrik och göra värnplikt var de fullt friska, annars inte.

Idag behövs varken fabriksarbetare eller soldater i några större antal. De institutioner som tidigare verkade panoptiskt fyller inte samma funktion idag, men människor övervakar fortfarande sig själva. Enligt Bauman sker detta ”genom förförelse snarare än övervakning” (ibid:169). Människan i det nutida samhället är en sökare som ständigt vill förföras. Här är

reklam ett spännande exempel. Reklamen visar upp hur vi ska vara (det vill säga, hur vi kommer att vara om vi konsumerar det som reklamen säljer) och har på sätt och vis tagit över den funktion som fabriken och värnplikten tidigare hade. Vi övervakar oss själva till att följa vissa ideal. Men här finns inget objektivt mätbart mål. Normen ”hälsa” var klart avgränsad. Normer är bekväma i sin precision. Nu har den normen ersatts av vad Bauman kallar *fitness*, ”som definition av det önskvärda kroppstillståndet” (ibid:270). (I den svenska översättningen har *fitness* översatts med *duglighet*. Jag väljer att använda Baumans ursprungliga begrepp *fitness/fit*, dels eftersom de numera är ganska etablerade ord i det svenska språket, och dels för att jag inte anser att översättningen *duglighet/duglig* fångar innebörden av begreppet på ett tillfredsställande sätt.) Fitness har ingen övre gräns. Den som vill vara fit kan aldrig komma i mål och bli färdig utan måste ständigt kämpa för att bli ännu mer fit. I stället för att sträva efter hälsa som ett stationärt tillstånd har den moderna människan börjat sträva efter fitness, som alltså inte är ett fastställt mål utan en ständig strävan. Det går alltid att bli mer fit, och det finns över huvud taget inget sätt att objektivt slå fast vad det innebär att vara fit. Ett annat bekymmer med fitness är att den som ”spelar spelet” både är spelare och speljäs. Dessa problem leder till stor oro hos människor. Detta är ett postmodernt problem och enligt Bauman kommer denna oro sannolikt aldrig att stillas eller upphöra.

Det som Bauman skriver om fitness blir särskilt intressant i kombination med det han i ett tidigare kapitel skriver om identitet. I det postmoderna samhället blir fitness onekligen en fråga om identitet. I Baumans termer skulle den här uppsatsens frågeställning kunna formuleras som vad fitness som identitet innebär, och vad som utmärker en fit människa.

Livsstil

År 1900 publicerades Georg Simmels omfattande verk *Philosophie des Geldes*. (Jag refererar till den engelska översättningen från 1990.) I sjätte och sista kapitlet, som handlar om livets stil, skriver Simmel om hur penningekonomin påverkar människors liv och livets stil. Det är en gammal text, men den har relevans idag. Simmels analys har många beröringspunkter med Bauman, som är verksam 100 år senare. Jag kommer att knyta ihop Simmels analys av den moderna livsstilen med Baumans analys av identitet, som jag redogjorde för i föregående avsnitt. Hos Simmel finner vi ett antal användbara begrepp som jag vill ta med mig.

Simmel introducerar begreppen *objektiv kultur* och *subjektiv kultur*. Den objektiva kulturen är allt det som finns runt oss som är skapat av människor, och den subjektiva kulturen är individens förmåga att tillgodogöra sig detta. Under penningekonomin produceras

en enorm mångfald av saker. Det är omöjligt för individen att hålla jämna steg med den snabba utvecklingen av den objektiva kulturen. Hon kan bara ta till sig delar av den. De olika instruktioner och råd om hälsa som finns i dagens samhälle kan betraktas som delar av den objektiva kulturen. Det finns massor av olika bud om hur en hälsosam människa ska leva, och dessa bud ändras fort. Det finns en enorm mångfald av sätt att vara hälsosam på. En individ kan omöjligt ta till sig, eller ens höra talas om, alla dessa sätt, och även om hon kunde det kan hon inte följa alla eftersom de i flera fall är motstridiga.

För att den moderna människan ska kunna orientera sig i den objektiva kulturen behöver hon kunna jämföra olika alternativ och fatta beslut om vilket hon i sammanhanget tycker är bäst. En mängd olika stilar omger oss, skriver Simmel. Mångfalden av stilar i dagens samhälle gör att vi kan jämföra stilarna med varandra. Detta är applicerbart på alla de olika råd om hälsa som förekommer: vi kan jämföra dem.

Något annat som bidrar till att vi kan jämföra är att vi blivit distanserade från produktionen av de saker som omger oss. Den enorma produktionen leder till opersonlighet hos föremål. Det som produceras är avsett att passa så många människor som möjligt. Kedjan mellan individ och produkt är betydligt längre än den var innan penningekonomin uppkomst. Produktionen sker i fabriker, på en plats långt bort, med maskiner som vi inte kan föreställa oss, och dessa maskiner måste i sin tur också produceras. Allt fler människor jobbar som mellanhänder i denna långa produktionskedja. Vi behöver inte tänka på hur något av det vi konsumerar egentligen blir till. Vår relation till saker och företeelser är enbart till den färdiga produkten som vi köper för pengar och som vi lätt kan jämföra med andra produkter. Här ska ”produkter” förstås i en vid bemärkelse som inte enbart fysiska ting, utan även koncept och företeelser. Hälsosidor i tidningar är en produkt som vi konsumerar.

Objekt som brukade vara nära oss har alltså kommit längre ifrån oss. Samtidigt har annat kommit betydligt närmare. Det har till exempel blivit lättare att resa och kommunicera över stora avstånd. Det är bland annat det här som Simmel avser med att den objektiva kulturen utvecklas snabbare än den subjektiva. Att världen har krympt på det här sättet gör att den moderna människan bombarderas med råd, idéer, intryck och nyheter från flera olika håll, men inget av det här tycks någonsin komma i en färdig och slutgiltig version. Allt är föränderligt och utbytbar. Den moderna människan blir illjoal mot sin egen smak och sina åsikter och byter gärna ut dem efter hand som hon hittar nya som är mer intressanta. ”The lack of something definite at the centre of the soul impels us to search for momentary satisfaction in ever-new stimulations, sensations and external activities”, skriver Simmel (ibid:484). Den här beskrivningen av vårt moderna samhälle ligger väldigt nära Baumans.

Enligt Bauman (2001) fokuserar den moderna människan på medel men saknar mål. Detta hävdar också Simmel. Som exempel tar han upp den tekniska utvecklingen. Telefonen och telegrafan är fantastiska uppfinningar, men de är egentligen medel som borde betraktas i relation till ett mål. Har vi egentligen så mycket att säga till varandra att vi behöver dem? Vilket mål bidrar dessa medel till att uppfylla?

Simmel (1990) skiljer mellan två livsstilar: en rytmisk-symmetrisk och en individualistisk-spontan. Penningekonomin kan gynna båda, eftersom penningen inte har en form som kräver att den används till ett specifikt mål. Det är dock genom penningekonomin som möjligheten till den individualistisk-spontana livsstilen har vuxit fram. Tidigare fanns inte den som ett alternativ. Den rytmisk-symmetriska livsstilen har en inneboende förutsägbarhet och regler som ständigt ska upprätthållas. Det finns utrymme för spontana idéer och individuella utsvävningar, men dessa måste i så fall passa in i den redan fastslagna livsstilen. Individen är på så sätt underordnad. Den individualistisk-spontana livsstilen sätter individen och hennes önsknings, drifter och impulser främst. Den utgör ingen förutbestämd mall utan lämnar helt öppet för individen att när som helst hoppa på nya trender, även om dessa inte stämmer överens med de trender som gällde förra veckan. Här ser vi också kopplingar till Bauman (2001). Identiteten är en strävan efter ett mål som vi aldrig kommer att uppnå. Det är medlet, identitetsskapandet, som står i centrum och uppehåller den moderna människan, men det finns ingen punkt där identiteten är färdig och inte längre behöver utvecklas.

Mycket har förändrats i samhället sedan Simmels tid, och många sociologer efter Simmel har använt begreppet livsstil. Giddens (1991:101) definierar livsstil som ”en mer eller mindre integrerad uppsättning praktiker som en individ följer, inte bara därför att sådana praktiker tillfredsställer nyttobehov, utan därför att de ger en materiell inramning till en speciell berättelse om självidentiteten”. Individens beteenden, vanor och värderingar betraktas som delar av en sammanhängande livsstil. Kroppen ingår i allra högsta grad i denna inramning. Den är ”inte bara en fysisk entitet som vi ’har’: den är ett handlingssystem, en aspekt av praxis, och dess praktiska deltagande i vardagslivets interaktioner är en väsentlig del av upprätthållandet av en sammanhängande känsla av självidentitet” (ibid:122). Att ta hand om kroppen ingår alltså i individens projekt att konstruera självet.

Giddens (ibid:126) refererar till en självhjälpsbok som förklarar hur individen själv är ansvarig för *kroppslig omvårdnad*. Individen måste se till att utveckla kroppens egna förmågor. När hon är sjuk ska hon visserligen uppsöka en professionell, men det är huvudsakligen individens egna kroppsliga omvårdnad som förebygger sjukdomar. Hon kan

inte förlita sig på att någon annan ska göra detta jobb åt henne. Genom att ständigt övervaka, vara uppmärksam på och lära sig om kroppen kan individen själv hantera vissa symptom på sjukdomar och skador, gå ner i vikt, hålla sin hud fräsch, med mera. Det finns en mängd metoder för att ta hand om kroppen. Exempel från självhjälpsboken är att minska intaget av kolesterol och att köpa ekologiska frukter och grönsaker eftersom dessa inte är besprutade.

En livsstil kan betraktas som en metod för att navigera i den objektiva kulturen (för att återkoppla till Simmels begrepp). Giddens (1991:103) menar att livsstilen ”utgör ett kluster av vanor och orienteringar och bildar därmed ett slags enhet som kedjar samman möjligheter till ett mer eller mindre ordnat mönster – något som är viktigt för att bevara känslan av ontologisk trygghet”. Livsstilen, så som Giddens definierar begreppet, kan betraktas som en karta som ger individen en väg att följa och ett sätt att förhålla sig till den objektiva kulturen. Den rytmisk-symmetriska livsstilen utövar en lockelse (”ontologisk trygghet”, skriver Giddens). Individen kan genom sin livsstil ”pröva på” det rytmisk-symmetriska, men det sker inom ramen för det individualistisk-spontana. Livsstilen kan nämligen snabbt bytas ut om en annan livsstil som verkar mer intressant dyker upp. Här finns kopplingar till Bauman (2001). Livsstil, så som Giddens beskriver det, kan ses som ett sätt för individen att hantera den oro som det enligt Bauman innebär att aldrig kunna nå ett mål. Individen kan skapa ett mål inom ramen för en livsstil, t.ex. att gå ner tio kilo eller springa ett maratonlopp. När målet är nått kommer individen att skaffa nya mål (eftersom *fitness* saknar mål) och eventuellt byta ut sin livsstil, men för stunden kan individen fokusera på att nå det nuvarande målet med den aktuella livsstilen som redskap.

Makt

Med Foucault vill jag föra in ett maktperspektiv i min studie. Vi har redan berört Foucault och panoptismen i avsnittet om identitet, och hans teorier har använts i några av de studier jag har refererat till. Vi ska gå djupare in på hur Foucault ser på makten och dess verkningar, och på hur makt hänger ihop med kunskap.

I *Övervakning och straff* redogör Foucault (2003) för hur straffen förändrades under 1700-talet. Från grymma offentliga avrättningar och tortyr gick samhället över till fängelsestraff. Foucault menar att det inte alls handlar om att vi blev mer humanistiska och vände oss mot de tidigare straffen på grund av deras grymhet. I stället handlar det om uppkomsten av en ny maktteknologi. Under samma tid som fängelset som institution växte fram uppstod en mängd vetenskaper som delade in världen genom att väga, mäta, klassificera

och sätta in i kategorier, allt på sin rätta plats. Innan detta hände, under den tid då vi straffade genom tortyr och avrättning, fanns inget intresse för brottslingens person. Hen hade brutit mot kungens lagar och kungen var tvungen att utkräva brutal hämnd. I samband med den nya maktteknologin uppstod ett enormt intresse för personen. Precis som vetenskaperna klassificerade grundämnen och växter klassificerade de även människor. Den som hade begått ett brott blev klassificerad som en speciell sorts person: en förbrytare. Det fanns ett intresse för förbrytarens själ. Förbrytaren döms inte främst utifrån sin gärning utan utifrån sitt liv i stort. Varför begick förbrytaren brottet? Vad var det som gick snett i förbrytarens livshistoria? Och, kanske det viktigaste: hur botar vi förbrytaren? Syftet med fängelserna är inte så mycket att straffa som att bota: att nå in i förbrytarens själ och förändra den.

Den nya maktteknologin är inte begränsad till fängelset. Vi är alla inne i ett nät av institutioner där makten verkar: skolan, sjukhuset, arbetsplatsen, med mera. Dessa institutioner hänger samman i ett system. Redan i skolan, om ett besvärligt barn, kan det sägas att hen kommer att bli kriminell. Människor anar vilken väg i systemet som barnet kommer att följa, just för att institutionerna hänger samman och gemensamt samlar in information om individer. Institutionerna samverkar för att bringa ordning i den mänskliga mångfalden. Den teknik som bringar denna ordning kallar Foucault (ibid:148) för disciplin: ”Disciplin är konsten att rangordna och teknik som gör det möjligt att ändra uppställningen. Den individualiserar kropparna genom en utplacering som inte infogar dem i ett sammanhang utan fördelar dem och låter dem röra sig i ett nät av relationer.”

För Foucault (ibid.) är makten inte ett förtryckande system som verkar uppifrån och ner. Makten är produktiv. Den är koncentrerad till institutioner men inte begränsad till dem. Det som makten gör i det moderna samhället är att insamla ett vetande. Människor diagnosticeras, betygsätts och rangordnas. På så sätt har makten skapat individen. Varje individ har blivit ett ”fall” och har en historia, en journal, ett slutbetyg, en meritförteckning, och så vidare. Här har normen vuxit fram. Alla människor kan jämföra sig med ett genomsnitt och vad som betraktas som normalt. Därmed framtvingar makten homogenitet, samtidigt som den är fenomenal på att notera olikheter mellan individer. ”Själen är kroppens fångelse”, skriver Foucault (ibid:35). Genom den nya maktteknologin, genom skapandet av individen, har varje människa fått en själ som har lagts utanpå kroppen. Det är den som är maktens objekt, till skillnad från förr då det var kroppen som var i fokus genom t.ex. tortyr. Om kroppen skriver Foucault (ibid:31) att den är ”direkt inlemmad i ett politiskt kraftfält; maktförhållandena äger ett direkt grepp om den; de omger den, etiketterar den, dresserar den, plågar den, tvingar den att arbeta,

att delta i ceremonier, att avge vissa tecken” (ibid:31). Genom allt fokus som läggs på människans själ, på varje individ som person med en egen unik historia, dresseras kropparna.

Makten producerar alltid kunskap. Det betyder att vi kan vända på det klassiska ordspråket ”kunskap är makt” så att vi i stället får ”makt är kunskap”. Det är nämligen där makten finns som det bestäms vad som räknas som kunskap. Ett exempel är att människor kontaktar läkare för att få hjälp med olika sjukdomar och åkommor. Läkaren ställer en diagnos och informerar om vad som kommer att göras och hända härnäst. Läkarvetenskapen är en institution där det finns mycket makt. Därför betraktas den kunskap som läkarvetenskapen producerar som viktig och verklig kunskap, att jämföra med t.ex. en lekman som har kunskap om en huskur. Det här ska inte läsas som att läkarvetenskapen ”egentligen” inte besitter någon viktig kunskap. Det Foucault analyserar är hur och varför detta system, där läkarvetenskapen har en sådan makt, har vuxit fram. Han analyserar inte huruvida det är bättre än ett system där t.ex. sjukdomar betraktas som en guds straff.

Foucaults syn på makt och kunskap har relevans för min studie eftersom teorin förklarar varför vi ordnar in oss i ett system och mäter oss själva utifrån vissa måttstockar. Intresset för tidningarnas hälsosidor kan förklaras utifrån Foucaults (ibid.) panoptikonmodell. Panoptikon är uppbyggt på ett sådant sätt att vet vi kan bli övervakade när som helst, men aldrig vet när vi faktiskt blir det. Därför kommer vi att bete oss som om vi ständigt vore övervakade och internalisera övervakningen. Vi kommer att övervaka oss själva och se till att följa rådande normer även om ingen ser eller känner till det. År 2015 blev aktivitetsarmbandet årets julklapp. Aktivitetsarmbandet är ett exempel på den självövervakning Foucault ville uppmärksamma genom panoptikonmodellen. Vi mäter antal steg, puls, antal brända kalorier m.m. och värderar resultaten utifrån läkarvetenskapens måttstockar.

I de teorier av Bauman, Giddens och Simmel som jag har presenterat saknas maktperspektiv. De kan inte användas för att besvara frågor om t.ex. vad som gör vissa livsstilar till normer och vad detta får för konsekvenser för människor som inte kan leva på det sätt som livsstilen föreskriver. För att jag ska kunna besvara min frågeställning är det därför viktigt att få in begreppet makt. Detta bidrar Foucault med. Utifrån Foucaults maktperspektiv kan jag analysera kunskap, normer, osynliggörande och annat som är viktigt för att besvara frågan om vem den hälsosamma människan är och inte är.

Metod

Den metod som jag använder är diskursanalys. Diskursanalysen erbjuder ett sätt att synliggöra makt. Det finns flera diskursanalytiska ansatser. Jag har valt att huvudsakligen utgå från en variant som utformats av Carabine (2001) och som bygger på Foucaults (2003) genealogi. I den metoden bygger jag in delar av Faircloughs (1998 & 2001) kritiska diskursanalys. Fairclough har nämligen, till skillnad från Carabine anpassat sin diskursanalytiska metod till analys av media. På grund av det kan den bidra med begrepp och redskap till min analys. Metoddelen avslutas med en presentation av datainsamlingen och materialet.

Genealogisk diskursanalys

Min frågeställning är konstruktionistisk. Jag utgår från att det inte finns någon ”sanning” om den ”verkliga” hälsosamma människan, utan i stället att hen konstrueras diskursivt på bl.a. tidningarnas hälsosidor. För att undersöka hur den hälsosamma människan konstrueras kommer jag att göra en diskursanalys. Jag utgår från Foucaults (2003) syn på makt och kunskap, som jag har redogjort för i teoridelen. Foucault använder begreppet *diskurs* i *Övervakning och straff* men definierar inte begreppet där. Carabine (2001:269) citerar den engelska översättningen av Foucaults *Vetandets arkeologi*, där han skriver att en diskurs är:

sometimes... the general domain of all statements, sometimes as an individualizable group of statements, and sometimes as a regulated practice that accounts for a number of statements.

Nyckelordet i citatet är “statement”. Definitionen av diskurs varierar mellan olika teoretiker, bland annat beroende på vilken typ av diskursanalys dessa ägnar sig åt. Winther Jørgensen & Phillips (2000:7) definierar diskurs som ”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen)”. Diskursanalys bygger på socialkonstruktionismen, som betraktar fenomen som socialt konstruerade. Jag kommer huvudsakligen att hålla mig till Foucaults syn på och hantering av diskursbegreppet. Foucault skriver i *Diskursens ordning* att det inte finns något sådant som en ursprunglig, naturlig diskurs som vi kan upptäcka genom att söka ett fenomenets sanna natur eller essens. Diskurser är språkliga konstruktioner, men framstår för oss som fenomenets natur. ”På så sätt upphäver diskursen sin egen verklighet genom att underställa sig det betecknandes ordning”, skriver Foucault (ibid:35).

Foucault (2003) kallar sin metod för att spåra diskurser för genealogi. Han beskrev dock aldrig någon metod för hur den som vill göra en diskursanalys bör gå tillväga. Carabine (2001) har tagit fram en metod för diskursanalys utifrån Foucaults teorier och kallar denna för genealogisk analys. Genealogi är Foucaults metodologi för att genom analys av diskurser blottlägga verkan av makt och kunskap. Diskurser har kraften att skapa mening och får därmed verkliga konsekvenser (t.ex. för hur vissa former av ohälsa prioriteras framför andra). Genom diskurser produceras kunskap. Som vi tidigare har sett är makt, enligt Foucault, intimt sammanbundet med kunskap. Genom sin kunskapsproduktion är det diskurserna som avgör vad som betraktas som sanning. Vilka diskurser som sprids och vilka som marginaliseras är en maktfråga. Diskursanalys är därmed en utmärkt metod för att studera makt.

Diskurser ingår i nätverk tillsammans med andra diskurser. Redan existerande kunskap används och kombineras för att skapa ny kunskap. Carabine (2001) har studerat diskursen om ensamstående mödrar från år 1830 till 1990 och sett hur den hakar i diskurser om till exempel sexualitet (heterosexualitet betraktas som den enda tillgängliga och korrekta sexualiteten) och moral (kvinnor förväntas vara betydligt mer sexuellt återhållsamma än män). På det sättet verkar diskurser normerande: de målar upp en bild av hur en ensamstående mor ska och bör vara. Något som är genomgående i Carabines analys av lagtexter är att ensamstående mödrar betraktas som en homogen grupp. De tillskrivs vissa egenskaper som förutsätts gälla för alla i gruppen. Det här är en fråga om makt och kunskap – vem har makten att producera vilken kunskap om ensamstående mödrar? – och även ett tydligt exempel på en social konstruktion. Den ensamstående modern konstrueras på ett visst sätt, och denna konstruktion får betydelser för bland annat vilka rättigheter hon har i samhället.

De metoder genom vilka en diskurs konstrueras och ges mening och kraft kallas för *diskursiva strategier* (Carabine, 2001:288). Hur hälsa placeras i en diskurs är ett exempel på en diskursiv strategi. Ett exempel från Carabines studie är hur ensamstående mödrar konstrueras som oförtjänta av stöd från samhället. Detta sker genom att de framställs som promiskuösa, giriga och skamlösa. Ett annat viktigt begrepp är *diskursiv tystnad* (ibid:285). Vad som inte sägs kan vara lika viktigt som det som faktiskt sägs. I de texter Carabine har analyserat har det skrivits mycket om ensamstående mödrars sexualitet, och det har gjorts moraliska omdömen om sexualiteten. Fädernas sexualitet, däremot, är frånvarande i texterna. Även barnen till de ensamstående mödrarna är frånvarande. Diskursiva tystnader kommer att vara en viktig del av min analys. När jag undersöker hur den hälsosamma människan konstrueras är det precis lika viktigt att lyfta fram hur hon *inte* konstrueras. Om vissa

människor utelämnas och osynliggörs i konstruktioner av hälsa är det enormt viktigt att detta uppmärksammas.

Carabine (2001) har, liksom Foucault, gjort en historisk analys. Diskurser förändras över tid. Med den genealogiska metoden ville Foucault spåra diskurserna bakåt i tiden för att se när, var och hur de uppstod. Carabine har analyserat hur diskursen om ensamstående mödrar har sett ut under 160 år. Hon har fokuserat på lagtexter, och texter som är relaterade till lagtexter, och gjort en omfattande läsning för att kunna spåra diskurserna och se hur spridda de är. Foucault (2003) har också läst en otrolig mångfald av texter för att få en så komplett bild som möjligt av diskursernas ursprung, spridning och effekter.

Min studie är inte en historisk studie. Jag analyserar hälsosidor i dags- och kvällstidningar och kommer inte att använda något annat material för att få mer information om diskurserna. Enligt Carabine går det att använda genealogin för att studera en ”ögonblicksbild” av diskurser. Det är det jag kommer att göra i den här studien. Jag vill komma åt diskurserna, vilken kunskap de producerar och vad det får för effekter, men jag vill göra detta utan det historiska perspektivet.

Kritisk diskursanalys

Det finns ännu en central skillnad mellan Carabines analysmaterial och mitt: hon har analyserat lagtexter och andra myndighetsdokument medan jag analyserar artiklar i dags- och kvällstidningar. Det finns fundamentala skillnader mellan dessa typer av material. Tidningar är till exempel intresserade av att locka läsare och sälja annonser, och detta kommer självklart att påverka tidningens innehåll. Fairclough (1998 & 2001) har utvecklat en typ av diskursanalys som brukar kallas för kritisk diskursanalys. Den har tillämpats flitigt vid analys av media och innehåller delar som är såväl relevanta som intressanta för min studie.

Enligt Faircloughs kritiska diskursanalysen finns det såväl diskursiva som icke-diskursiva fenomen. Mellan dem råder ett dialektiskt förhållande (Fairclough, 2001). Det krävs en förståelse för de icke-diskursiva fenomenen för att man ska kunna placera diskursanalysen i sitt sammanhang och göra den till något mer än en analys av språk. De icke-diskursiva fenomenen måste undersökas med andra metoder än diskursanalys, t.ex. en ekonomisk analys. Länken mellan texter (i bred bemärkelse) och icke-diskursiva praktiker kallar Fairclough (1998) för *diskursiv praktik*. I fallet med medias hälsosidor är den diskursiva praktiken hur hälsosidorna produceras, vilka omständigheter som omger produktionen, och hur de konsumeras. Massmedia fungerar enligt vissa regler som skiljer dem från t.ex.

myndighetsrapporter. En myndighetsrapport behöver inte ha en slagkraftig rubrik för att sälja lösnummer, och i en myndighetsrapport finns i regel mer utrymme att redogöra för något på ett mångfacetterat och nyanserat sätt i stället för att framställa det som svart eller vitt.

I sin analys av diskursiva praktiker som omger media uppmärksammar Fairclough (1998) en trend som han kallar *marketization of discourse*. Med det avser han trenden att betrakta allt fler delar av samhället i kommersiella termer. Denna trend har pågått sedan 1980-talet och ses till exempel i hur sjukhus och skolor lägger allt mer resurser på marknadsföring och talar om patienter och elever som kunder. I media kan det visa sig som att media prioriterar att lyfta fram och formulera sådant som lockar köpare.

Fairclough betonar alltså vikten av att inte bara analysera diskurser, utan även att analysera de icke-diskursiva sociala strukturer som hänger ihop med diskurserna. Det är genom de diskursiva praktikerna det sker en samverkan mellan diskurs och icke-diskurs. Därför är det viktigt att analysera den diskursiva praktiken. Detta måste dock göras med delvis andra metoder än diskursanalys, eftersom den diskursiva praktiken delvis är icke-diskursiv (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Carabine (2001) gör inte denna åtskillnad mellan diskursivt och icke-diskursivt, men det betyder inte att hon menar att man ska bortse från analysmaterialets sammanhang. Carabine (ibid:275) skriver:

To understand discourse we have to see it as intermeshed with power/knowledge where knowledge both constitutes and is constituted through discourse as an effect of power. If our study of discourse is to be more than a study of language, it must look also at the social context and social relations within which power and knowledge occur and are distributed.

Jag ska inte ge mig in i diskussionen om huruvida det som Fairclough anser vara icke-diskursivt i själva verket är diskursivt, men jag anser att det är användbart i den här studien att betrakta massmedia som en icke-diskursiv social praktik enligt Fairclough (1998).

Faircloughs kritiska diskursanalysen är välanvänd vid analys av media, och till stor del utformad för att passa till medieanalys. Trots det har jag valt att bygga min analysmetod på Carabine (2001) i stället för Fairclough. Skälen till detta är flera. Ett av dem är att den kritiska diskursanalysen har sin grund i lingvistik. Den erbjuder användbara redskap för att analysera en text i detalj, t.ex. med avseende på hur subjekt och objekt kopplas ihop. Vid analys av ett större antal texter är det inte möjligt att göra den typen av detaljerad språklig analys. För mig är det viktigare att ta med ett större antal texter, så att jag inte missar viktiga diskurser om hälsa, än att göra en detaljerad analys av ett fåtal texter. Därför passar Carabines (2001) mer

abstrakta analysmetod bättre. Eftersom den kritiska diskursanalysen utgår från lingvistisk analys är den inte lika intresserad av diskursiva tystnader och andra ”abstrakta storheter” som i min studie kommer att inta en central position (Fairclough, 2001). Faircloughs kritiska diskursanalys har inte heller det starka fokus på kunskap och makt som vi finner hos Carabine. Eftersom Foucaults maktperspektiv är framträdande i min studie behöver jag en analysmetod som sätter det i centrum.

Analysmetod

Min analysmetod utgår från Carabines (2001:281) guide. Jag har gjort vissa modifieringar för att metoden ska passa mitt material och min frågeställning. De olika stegen i analysen ska inte betraktas som en strikt kronologisk ordning där varje steg avslutas innan nästa påbörjas. Vissa steg kommer att upprepas flera gånger, och deras inbördes ordning kan variera.

- *Läsning av analysmaterial:* genom att läsa och läsa om lär jag känna materialet. Att ha en god kännedom om materialet är en förutsättning för en god analys.
- *Temor och kategorier:* efter hand som jag läser materialet kommer olika ämnen och röda trådar att utkristalliseras. Vilken typ av hälsa talas det om på hälsosidorna? Vilka ämnen uppmärksammas? Vilka människor lyfts fram?
- *Relationer mellan diskurser:* vissa diskurser kommer att förekomma tillsammans, bygga på varandra och tala med varandra. Vissa diskurser förstärker varandra medan andra är varandras motdiskurser (se nedan). Hänger t.ex. diskurser om kön ihop med diskurser om skönhet? Bygger diskurser om hälsomedvetenhet på diskurser om klass?
- *Diskursiva strategier:* hur konstrueras en diskurs så att den får mening? Hur konstrueras något som en hälsofråga? Ett exempel skulle kunna vara att skönhet framställs som en hälsofråga genom att kopplas till vikten av att ha god självkänsla.
- *Diskursiva tystnader:* vad som inte sägs kan vara precis lika viktigt som det som sägs. Tystnader säger mycket om makt. Vilka människor lyfts fram på hälsosidorna? Vilka osynliggörs? Är vissa typer av ohälsa frånvarande?
- *Motstånd och motdiskurser:* det finns alltid möjlighet till motstånd mot diskurser. Om något konstrueras som ett problem finns det möjlighet att genom en motdiskurs konstruera det som ett icke-problem. Ett exempel är den rörelse som lyfter fram att det går att vara överviktig och hälsosam. Den är ett motstånd mot diskursen att god hälsa förutsätter

smalhet. Motdiskurser kan mycket väl finnas på samma hälsosidor, i samma tidning, och till och med i samma artikel.

- *Diskursernas effekter:* enligt Carabine är det just det här steget som gör diskursanalysen till mer än en analys av språk. Hur hälsosidorna konstruerar hälsa får betydelser långt bortom hälsosidorna. Vad får diskurserna på hälsosidorna för effekter? Osynliggörs vissa typer av ohälsa, så att människor som har den typen av ohälsa har svårare att få hjälp? Är detta på något sätt relaterat till kön, klass eller annan grupptillhörighet?

Urval och datainsamling

För att undersöka hur dags- och kvällstidningarnas hälsosidor konstruerar hälsa behöver jag göra ett urval. Vilka tidningar ska jag välja, och från vilken period? Ett rimligt kriterium är att det ska vara stora tidningar som läses av många människor. Ett annat är att tidningen i fråga ska ha uttalade hälsosidor som återkommer mer eller mindre regelbundet.

Det är svårt att få fram uppgifter om vilka tidningar i Sverige som är störst. Tjänsten TS Mediefakta, som granskar och sammanställer upplagor, är det många stora tidningar som inte är anslutna till. Tidningarna själva har en tendens att vinkla information om upplagor och räckvidd så att tidningen framstår som stor och populär. För min frågeställning är det dock inte nödvändigt att undersöka just de största tidningarna. Det viktiga är att tidningarna är bland de största, eftersom jag vill undersöka diskurser som är välspredda.

Vissa tidningar skriver återkommande om hälsa men innehåller inga uttalade hälsosidor. Ett exempel på en sådan tidning är Expressen. Expressen har inga återkommande hälsosidor i papperstidningen. Det finns en sektion som heter *Expressen Spaning* som innehåller artiklar om allt från trötthet och värk till krukväxter och älgjakt. Att göra ett urval av artiklar (t.ex. välja ut de artiklar från *Expressen Spaning* som jag bedömer är hälsorelaterade) kan göra att jag missar avgörande diskurser om hälsa. Jag vill undersöka hur hälsa konstrueras på tidningarnas hälsosidor. Därför är det självklart avgörande att det finns uttalade hälsosidor.

Vilka delar av hälsosidorna ska jag analysera? Texter, bilder, annonser? Vilka delar som tas med har stor inverkan på resultatet. Syftet med min studie är att undersöka vilka människor som tidningarnas hälsosidor lyfter fram och vilka människor som utesluts. Därför kommer jag att begränsa min analys till det innehåll som har utformats av tidningarna själva, d.v.s. inte annonser. I annonserna kan det finnas helt andra diskurser eftersom annonserna har utformats av annonsören och inte tidningsredaktionen. Det hade varit möjligt att argumentera för att annonserna är en del av hälsosidorna, precis som artiklarna, och därför bör analyseras

på samma sätt. Om jag tar med annonserna i analysen kan jag dock inte lägga samma fokus på hur den hälsosamma människan konstrueras på hälsosidorna i övrigt. Det hade kunnat göra analysen spretig.

Mitt analysmaterial ska vara relativt nytt, eftersom syftet är att analysera hur den hälsosamma människan konstrueras och lyfts fram nu, inte hur hen konstruerades och lyftes fram förr. Jag bedömer att det inte är lämpligt att analysera tidningar från en enda sammanhängande tidsperiod, t.ex. de senaste månaderna, eftersom det kan finnas en säsongsvariation i vad tidningarna tar upp på hälsosidorna. T.ex. skulle man kunna tänka sig att det är fokus på viktnedgång i januari, eftersom många människor ger nyårslöften om viktnedgång. För att komma till rätta med eventuella säsongsvariationer har jag valt ut en månad per kvartal och årstid. När jag hade gått igenom tidningar visade det sig att fyra månader gav ett lagom stort material att analysera inom ramen för denna uppsats. De månader jag tittar på är oktober 2015, januari 2016, april 2016 och juli 2016. Jag har valt dessa månader för att det ska bli en månad per kvartal och årstid under ett år, för att kompensera för eventuella säsongsvariationer.

Jag har valt ut två tidningar att analysera: Metro och Aftonbladet. De är stora tidningar som innehåller återkommande hälsosidor.

Metro

Metro är en politiskt oberoende tidning. Enligt den egna hemsidan är Metro Sveriges största tidning med 1,2 miljoner läsare dagligen. År 1995 grundades Metro som den första gratistidningen i världen. Grundidén är att ge läsarna en "lättillgänglig översikt" över nyhetshändelser, och målgruppen är "unga urbana läsare i Sveriges största städer" (Metro Business, 2016). Utöver information om nyheter innehåller Metro "karriär, utbildning, mode, hälsa, nöje och resor". Metro kommer ut på vardagar. Under sommaren gör Metro uppehåll i några veckor, och i samband med julen finns också ett kortare uppehåll.

Hälsa är en återkommande sida i tidningen. Den verkar inte återkomma regelbundet. Det senaste året (september 2015 till augusti 2016) har den funnits i genomsnitt i en tidning varannan vecka. Genom Metros hemsida går det att läsa gamla nummer av tidningen som PDF. Jag har bläddrat igenom samtliga tidningar från september 2015 till augusti 2016.

De fyra månader som ingår i mitt urval innehåller totalt 11 sidor i avdelningen *Hälsa*. Jag har kodat materialet från M1 till M8. En lista över samtliga sidor som ingår i urvalet finns i bilaga 1.

Aftonbladet

Aftonbladet är en av Sveriges största kvällstidningar och har funnits sedan 1830. Den är oberoende socialdemokratisk och kommer ut dagligen. Till skillnad från Metro är Aftonbladet ingen gratistidning. I papperstidningen finns två återkommande hälsosektioner: en som heter *Wendela Hälsa* och upptar två sammanhängande sidor varje måndag, och en som heter *Wendela Medicin* och upptar en sida varje onsdag. Det finns ett undantag: onsdagen 2016-07-13 borde, baserat på den tidigare regelbundenheten, sidan *Medicin* ha funnits med i tidningen. I stället fanns sidan *Hälsa*. Den veckan förekom *Hälsa* alltså två gånger i tidningen och *Medicin* inte alls. Det kan röra sig om ett tryckfel. Jag har valt att ta med både *Hälsa* och *Medicin* i mitt analysmaterial eftersom de verkar ha snarlikt innehåll.

Gamla nummer av Aftonbladet finns inte tillgängliga genom hemsidan. Därför har jag tittat i de fysiska papperstidningarna. Genom Universitetsbiblioteket i Lund har jag beställt samtliga nummer av Aftonbladet från september 2015 till augusti 2016. Efter att ha gått igenom alla nummer har jag beställt skanning av samtliga sidor som ingår i avdelningarna *Hälsa* och *Medicin* och har publicerats under de månader mitt urval omfattar.

Totalt 48 sidor från Aftonbladet ingår i mitt urval. Sidorna har kodats från A01 till A32. En lista över samtliga sidor som ingår i urvalet finns i bilaga 1.

Analys

I den här delen presenterar jag min diskursanalys av hälsosidorna. Analysdelen inleds med de teman som jag har hittat. Centrala begrepp för att analysera dessa teman är identitet, livsstil och makt (som tas upp i teoridelen). Efter avsnittet om teman och kategorier följer diskursiva tystnader och diskursernas effekter, som får egna avsnitt.

Teman och kategorier

Genom analys av materialet har jag hittat ett antal teman och kategorier som återkommer i artiklarna. Det finns inga vattentäta skott mellan dessa teman. Vissa av dem används tillsammans och talar så mycket med varandra att det är svårt att separera dem och ändå presentera dem på ett begripligt sätt. Jag har ändå strävat efter att presentera varje tema för sig. Diskursiva strategier, motdiskurser och relationer mellan diskurserna kommer att redovisas i det här avsnittet där det är relevant. Avsnittet med teman och kategorier är omfattande och kommer därför att avslutas med en sammanfattning.

Den ständigt närvarande ohälsan

Kroppen betraktas som ett slagfält som behöver skyddas från alla hot som finns. Hoten är många och varierande: övervikt, cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, sockerberoende, med mera. För att inte drabbas av detta måste vi vidta aktiva åtgärder för att motarbeta vår lathet, bekvämlighet, vårt sötsug, och andra egenskaper som kan leda in oss på fel väg. Vi antas nämligen besitta dessa negativa egenskaper, och genom att vi gör det utgör vi ett hot mot oss själva. Normalläget för människor är att vara ohälsosamma. Att äta nyttigt och träna framställs som något som är jobbigt, men nödvändigt. ”[V]ar restriktiv med alkohol”, får vi som råd i A22, som om alkohol vore något som vi lätt får i oss för mycket av. Vi får tips om hur vi kan göra för att ”hålla vikten” (A31), som om vi kommer att misslyckas med att hålla vikten om vi inte aktivt anstränger oss. ”Härda ut och håll dig ifrån nödlösningarna” står det i A04 om att äta hälsosammare. Ordet ”diet” används ofta på ett negativt sätt. Att följa en diet betraktas som strikt, jobbigt och tråkigt. I M5 finns recept på hälsosamma godsaker som är ”goda på riktigt”. ”Baljväxterna får dig att gå ner – utan att du håller någon diet” är underrubriken i A20. På samma sätt framställs träning som något vi egentligen vill slippa undan. I M8 får vi lära oss ”5 aktiviteter som är så roliga att du glömmer att du tränar”. ”Låt

inte löpningen frysa inne på grund av minusgrader och is” får vi läsa i A14. Där står även att man kan ”behöva gå utanför sin comfort zone”.

Sjukdomar och annan framtida ohälsa måste förebyggas. Det går en linje från förflutet till nutid till framtid, och vi måste samla på oss kunskap om hela denna tidslinje för att motarbeta de risker som det förflutna har orsakat och som kan finnas i framtiden. Vad har hänt tidigare i livet som kan leda till framtida hälsoproblem? Vad gör vi i dagsläget som ökar risken för att drabbas av ohälsa? I A26 får vi reda på att om vi var överviktiga i tonåren kan vi ligga i riskzonen för hjärtproblem i vuxen ålder. ”En tredjedel av de vanligaste cancerformerna skulle kunna förebyggas med rätt kost, vikt och fysisk aktivitet”, får vi lära oss i A22. Vi måste alla vara medvetna om risken att drabbas av en sjukdom. Du kanske drabbas i framtiden och kan inte vänta med att vidta åtgärder tills du börjar uppvisa symptom.

Vad finns överallt – ofta utan att du vet om det – och är livsfarligt? Socker, om vi ska tro några av artiklarna, t.ex. A19 och A25. I A25 finns en artikel med rubriken ”Så blir du av med sockersuget” och underrubriken ”Professorn: Det dolda sockret i maten gör oss beroende – utan att vi vet om det”. Socker framställs som en drog som leder till missbruk. Även om individen inte är medveten om att hen har ett sockerberoende kan hen vara drabbad eftersom det finns mycket dolt socker i våra livsmedel och kroppen har ett medfött sug efter socker. Du kan vara en slav under sötsuget utan att veta om det. Du kanske är i riskzonen trots att du inte känner till att riskzonen i fråga finns.

Rubriken i A21 är ”Dödssjuk – utan att veta om det”. Artikeln handlar om den genetiska sjukdomen familjär hyperkolesterolomi: ”Runt 50 000 svenskar uppskattas bära på den allvarliga genetiska sjukdomen FH. Försvinnande få känner till att den ens existerar.” Du känner inte om du har FH:

Man känner inte av en hög kolesterolhalt. Däremot finns det symptom på de sjukdomar som kommer av åderförfettning (kärlkramp, stroke, hjärtinfarkt). Symptom kan bland annat vara andfåddhet, trötthet, bröst- eller vadsmärter.

De symptom som beskrivs är väldigt allmänna och kan ha många orsaker, men enligt artikeln bör människor vara medvetna om att de kan vara tecken på en allvarlig sjukdom. Hur hälsosamt du än lever kan du aldrig slippa undan de risker som finns. Även om du skulle leva det perfekta hälsosamma livet kan du lida av en dold sjukdom. Det är omöjligt att nå ett tillstånd där du inte behöver vara uppmärksam på din kropp och oroa dig för din hälsa.

Signaturen ”H”, som har skrivit till Aftonbladets spalt ”Fråga doktorn” (A19), har hittat ett märke på sin arm. ”H” vet inte vad det är och frågar om det kan vara cancer. Här svarar läkaren att det är vanligt med frågor om hudförändringar, och att detta inte är konstigt eftersom ”vi översköljs av larmrapporter i medierna”. Han informerar ”H” att om man får en hudförändring som man inte känner igen och som sårar sig ska man alltid kolla upp det hos en läkare. I A18 listas ”[s]märter i ryggslutet eller höfterna” som ett symptom på prostatacancer. Vid varje kroppslig förnimmelse eller förändring som avviker från det normala ska individen ta reda på vad orsaken är. Beror ryggsmärtorna på prostatacancer eller en överansträngd muskel? Det är mycket viktigt att ta reda på orsaken och få en korrekt diagnos.

Enligt Foucault är makten, som vi tidigare har sett, kunskapsproducerande. Läkarvetenskapen är ett exempel på en institution där makt är koncentrerad. Genom läkarvetenskapen och andra institutioner framställs kunskaper om hur vi ska äta, träna, m.m. En individ som har internaliserat den hälsosamma livsstilen och ser till att äta och träna rätt är disciplinerad. Hen följer de normer som makten föreskriver. De råd och tips som ges på hälsosidorna är exempel på den självövervakning som Foucault illustrerar med panoptikonmodellen. I det här temat ser vi också exempel på begreppet medikalisering från Wheatley (2005) och İnceoğlu m.fl. (2014). Naturliga skeenden, till exempel sockersug, framställs som ett medicinskt problem som behöver åtgärdas.

Det finns en enorm variation inom det här temat. Vissa artiklar framkallar rädsla. En artikel med råd om hur du sover bättre (M2) skiljer sig mycket från en artikel om att du kan ha en dold livsfarlig sjukdom som du aldrig hört talas om (A21). Det de har gemensamt är att de utgår från att det finns ett ständigt hot om ohälsa som aktivt måste hanteras.

Individens ansvar och frihet

Ansvar för att vara hälsosam ligger hos individen. Det är individen som väljer vad hen ska äta, göra på fritiden, o.s.v. Som vi såg i föregående tema har vi destruktiva drifter (t.ex. lathet) som står i vägen för oss på vår väg mot att bli hälsosamma människor. Vägen är tuff, och det är lätt att ge upp på vägen, men vi måste kämpa.

Det viktiga är att sätta upp ett mål och ha disciplin nog att nå målet. Det är även viktigt att planera och samla på sig kunskap så att man kan arbeta mot målet på ett korrekt sätt. För att kunna ha en hälsosam livsstil krävs att vi är pålästa och medvetna. ”Vetenskapen i sig gör att man kan förändra sitt beteende”, berättar Aengeln Engström om hur han lyckades gå ner i vikt (A13). Hälsobloggaren Anja Forsnor får i en intervju (M3) frågan vad hon tycker om ”dagens

hälsotrend”. ”Det är positivt att vi blir medvetna”, svarar hon. Men det handlar inte bara om att ha korrekt information, utan också om att lyssna på sin kropp. ”Unna dig tid för reflektion och utvärdering regelbundet för att se hur, och om, det du gör faktiskt fungerar” tipsar den personliga tränaren Sofia Sjöström i M5. ”Lär känna din egen kropp, alla är olika och tål olika mängd träning” får vi lära oss i A30. Att uppnå målen är inte enkelt. Ur A28:

Det är svårt att stå emot sina gamla vanor, speciellt om man är hungrig. Och om du är stressad, deprimerad eller om du råkar ut för en infektion är det väldigt lätt att halka in i ett dåligt matmönster igen. Det bästa är att genomföra förändringar när man verkligen har tid att ägna sig åt dem. Det krävs fokus och ett verkligt engagemang för att det ska hålla hela vägen.

Cecilia Wallin (A23) la ner mycket jobb på att gå ner i vikt. Hon berättar i intervjun att ”jag visste att det var det jag behövde, så jag bestämde mig helt enkelt”. När individen bestämmer sig och är beredd att kämpa kan hen uppnå nästan vad som helst. I A11 citeras skådespelaren Sylvester Stallone: ”Jag är inte en genetiskt överlägsen person. Jag har byggt min kropp.” Att individen kan uppnå de resultat hen vill ha om hen bara beslutar sig och är tillräckligt disciplinerad är ett budskap som återkommer i flera av artiklarna. Du har ingen ursäkt till att inte ha Stallones kropp, annat än att du inte är tillräckligt motiverad att skaffa den. I A21 finns en notis med rubriken ”Presidenten vann mot kolesterolet”:

Under sin tid som president har Barack Obama kämpat med sin hälsa.

Efter en hälsoundersökning 2010 oroade han läkarna efter av ökning av sitt kolesterolvärde som totalt sett översteg den normala gränsen 5,0. Stress, skräpmat och cigaretter pekades ut som orsaker.

Årets hälsokontroll visade att den numera nikotiktuggande presidenten fått kontroll på kolesterolen.

Uttrycken ”vann mot”, ”kämpat med” och ”fått kontroll på” är intressanta i sammanhanget. Tidigare tog jag upp att hälsosidorna framställer kroppen som ständigt hotad av olika risker. För att avvärja dessa risker måste individen kämpa. Det har Obama gjort, och på grund av sin kamp har han fått ett kolesterolvärde som inte överstiger normalvärdet.

Individen förutsätts besitta en enorm frihet att förändra och påverka sin situation. Vi ska titta närmare på det tydliga exemplet M4. ”Så håller du i januaris hälsopepp hela året” lyder rubriken. Artikeln handlar om hur du kan göra en ”hållbar hälsosatsning med mer välmående”. I stället för att ”falla tillbaka i gamla dieter eller att börja hetsäta utan att reflektera över om det faktiskt ger något” bör vi sätta upp realistiska mål och skapa träningsrutiner ”som gör att du känner ett sug efter mer snarare än att du kör slut på dig själv”.

Det är alltså individens ansvar att skapa det där suget efter mer. Artikeln tar upp att psykisk ohälsa blir allt vanligare och att det därför är viktigt att göra ”en satsning för att minimera stress i ditt liv och öva på att säga det magiska ordet ’nej’”. ”Genom att prioritera dig själv kommer du skapa bra förutsättningar för att göra 2016 till ditt superår!”, avslutas brödtexten. Vi får tre råd för ett hälsosammare år. ”Känn tacksamhet” är ett av dem, eftersom människor som är tacksamma har ”mindre värk och smärta och säger sig överlag må bättre än andra”. Det finns även en ruta som heter ”Superåret i korthet”:

- *Prioritera sömnen.* Lagg dig tidigare och varva ner sista timmarna innan läggdags.
- *Unna dig frisk luft varje dag.* Promenader, snölek eller pulkaåkning ger energi!
- *Rensa bland dina sociala medier.* Tryck på avfölj oftare.
- *Strukturera vardagen.* Planera även in egentid!
- *Tänk på dig själv.* Unna dig personlig utveckling.

Här görs en mängd förutsättningar om vilken frihet individen faktiskt har. Individen kan minimera sin stress genom ”en satsning” och att öva på att säga ”nej”. Hen kan vara tacksam oavsett hur livssituationen ser ut, lägga sig tidigare, varva ner några timmar, prioritera sig själv, unna sig personlig utveckling och planera in egentid. Det lämnas inte utrymme för att individen kan befinna sig i en livssituation som hen inte kan påverka genom dessa åtgärder.

Individen kan även påverka sitt åldrande genom att leva på ett hälsosamt sätt. Ålder är inte så mycket en fråga om antal år som om hur individen ser ut och känner sig. Att åldras är inte ett oundvikligt faktum utan något du faktiskt kan styra. Genom tandblekning ”är det faktiskt möjligt att vrida tillbaka klockan” (A15). I A27 finns en artikel som heter ”Powerträna dig frisk och stark vid 50+”. Träning vid denna ålder kan ”bromsa ditt åldrande”. Michael Tonkonogi, professor i idrottsfysiologi, intervjuas:

- Det är på många sätt fascinerande vad man kan uppnå. Det finns studier som visar att gener reverserats till unga nivåer, att vi i princip kan påverka själva processen bakom åldrande, säger han.

Dagens hälsosamma människa kan inte finna sig i att det finns sådant som står bortom hens kontroll. I A03, som handlar om hudsjukdomen rosacea, finns en lista: ”Vad som försämrar rosacean är individuellt, men solen är den enskilt viktigaste faktorn att vara försiktig med. Se upp med det här:”. I listan finns vitt skilda saker som ”starka kortisonkrämer”, ”kryddstark mat”, ”stress och ångest” och ”klimakteriet, kronisk hosta, högt blodtryck”. Allt detta listas

alltså som sådant som individen bör ”se upp med”. Det står inget om hur individen ska se upp med detta, så det är oklart vad artikeln menar att individen ska göra åt t.ex. klimakteriet.

Att hitta sig själv: en religiös upplevelse

Att leva hälsosamt framställs alltså som jobbigt, men nödvändigt på grund av av alla de hot som omger oss. Samtidigt innehåller flera artiklar formuleringar som ”när löplusten pockar på” (A08). Att löplusten ska pocka på är att betrakta som ett mål. ”Känslan efter ett pass i snöstorm eller regnrusk är oslagbar – aldrig känner jag mig så nöjd som då” berättar hälsobloggaren Sara Rönne i M3. Att känna på det sättet är en dröm för den hälsosamma människan. Individen vill bli en människa som är så hälsosam att hen vill – och inte bara känner sig tvungen att – göra hälsosamma val. Att bli kvitt de negativa egenskaper som gör att vi ständigt ägnar oss åt ohälsosamma beteenden (lathet, bekvämlighet, sötsug, och så vidare) skulle innebära att vi kan leva ett hälsosamt liv utan att anstänga oss – ett liv där vi väljer en sallad i stället för en hamburgertallrik för att vi vill, och inte för att vi bör. Genom rätt beteenden kan vi bli kvitt våra ohälsosamma drifter och bli bättre människor.

Berättelser om att gå från en ohälsosam till en hälsosam livsstil är vanligt förekommande på hälsosidorna i Aftonbladet. Huvudartikeln är ofta en intervju med en person som har lyckats gå ner i vikt (A01, A05, A11, A13, A16, A23, A26), bli av med sitt sockersug (A09), eller göra någon annan hälsosam livsstilsförändring. Efter att de har lyckats uppnå sitt hälsomål är livet helt annorlunda. De känner sig som nya människor och är glada att de kämpade på, trots att det var jobbigt. Vi ska titta närmare på berättelsen om Peter (A05). I ingressen får vi läsa:

Peter Ejedal gick upp 35 kilo när han bytte jobb. Han skämdes för hur han såg ut och undvek speglar. Vändningen kom när Marie Johansson tog med honom till gymmet. Han rasade i vikt och Marie blev mer än en träningskompis.

Peter gick upp i vikt när han bytte från ett fysiskt krävande jobb till ett mer stillasittande, men fortsatte äta som tidigare. Jämfört med andra åt han dubbla portioner. Han började med ett fysiskt ansträngande jobb igen men övervikten bestod. Peter berättar:

Jag åt bara en gång per dygn. Kroppen lagrade allt jag åt för den visste inte när den skulle få mat nästa gång. Jag var alltid trött och det var inte så konstigt. Jag levde på skräpmat. Det grönaste jag åt var lök.

Sedan träffade Peter Marie. Hon började ta med honom till gymmet. Peter hade ingen kondition men var ”tjurskallig och tävlingsinriktad”. Hans intresse för ”träning och hälsosam livsstil” växte och han tog hjälp av en kostrådgivare och en personlig tränare. Nio månader senare sprang han Göteborgsvarvet och sedan Stockholm Marathon och fick bra tider.

Peter och Marie förlovade sig och har sprungit New York Marathon tillsammans. Peter lever ett hälsosamt liv och det vill han fortsätta med:

Folk kan fråga om jag aldrig blir trött på ägg, kvarg och morötter men då brukar jag fråga om de inte blir trötta på att äta smörgås. Det händer att jag unnar mig vin, whisky, godis och pizza.

Peter har genomgått en fundamental förändring och mår bra. Det står inget i artikeln om huruvida Peter har några problem idag. Det hela är en historia i stil med ”... och han levde lycklig i alla sina dagar”.

Sandra Wikström (A26), som var första svenska kvinna att vinna tävlingen ”Biggest Loser”, ”har tappat 47 kilo, hittat hälsan och blivit historisk”:

Hon gick in i en djup depression när hon var runt 20. Ville inte göra något och knappt gå ut bland folk. Att äta onyttigt; fett, socker och salt, var det som fick henne att må bra när hon mådde som sämst. På tre år hade hon gått upp 50 kilo. När hon blev frisk ville hon uppfylla sina drömmar och fokusera på hälsan.

Det här är också en berättelse om en fundamental förändring till det bättre. Men i artikeln om Sandra får vi, till skillnad från i artikeln om Peter, veta att allt inte var en dans på rosor för Sandra efter att hon hade uppnått målet. Hon kom in i en svacka och gick upp 10 kilo. ”Det är inte lätt, jag kommer troligen få kämpa med det här hela livet”, säger hon, och lägger till: ”Det viktiga är att resa sig när man fallit. Acceptera att det hände och försök igen.” Det är det som är det viktiga: att inte ge upp. Individerna kan lyckas med allt om de bara är tillräckligt motiverade. Genom att hitta sin motivation, vara ”tjurskallig och tävlingsinriktad” (Peter i A05), ”uppfylla sina drömmar” och ”resa sig när man fallit” (Sandra i A26) kan man lyckas.

De här berättelserna är samma typ av narrativ som berättelser om att finna gud, men i stället för att hitta gud har Peter och Sandra hittat sig själva. Människorna i Aftonbladets berättelser levde tidigare i synd (ohälsosamt) men upptäckte att det finns ett annat, bättre sätt att leva. I Peters fall är det speciellt tydligt: han träffade Marie. Hon fyllde rollen av en profet som ledde in honom på rätt spår. Nu när Peter vet vad den hälsosamma livsstilen har att erbjuda saknar han inte sitt tidigare liv. Han har uppnått målet: han har blivit kvitt sina

ohälsosamma drifter. Dessa narrativ om att hitta den hälsosamma livsstilen hyllar individen och individens förmågor att uppnå det hen vill ha. Före- och efterbilderna illustrerar detta. Många av berättelserna illustreras med en bild på hur personen såg ut innan hen började leva hälsosamt och en bild på hur hen ser ut efter. Det är stor skillnad mellan bilderna, även vad gäller sådant som inte rör personens utseende, t.ex. ljussättning. Bilderna visar att personen har gjort en anmärkningsvärd resa och är en ny människa.

Peter (A05) ser fortfarande ”den där stora människan” ibland när han tittar i i spegeln. Det är ”hjärnspöken som hälsar på”. Peters överviktiga, ohälsosamma jag var aldrig riktigt Peter. Han har hittat sig själv genom att bli kvitt sina ohälsosamma drifter. Individen förutsätts besitta en längtan efter att leva hälsosamt. Det är det hälsosamma självet, som är inlåst bakom de ohälsosamma lasterna, som ska hittas och befrias.

Hur kan vi förstå de här berättelserna i skenet av diskursen om den ständigt närvarande ohälsan? Hur påverkar Peters tidigare övervikt hans risk för att i framtiden drabbas av sjukdomar? Lider Peter av en dold sjukdom? Dessa skrämmande frågor som är närvarande i många av artiklarna saknas helt i berättelsen om Peter. Det här är en lycklig historia. Kanske har Peter inte uppnått ett tillstånd där han aldrig mer behöver fundera på sin hälsa – för detta tillstånd är omöjligt att uppnå – men han är kanske ändå förtjänt av en paus?

Den här typen av berättelser om hur människor har uppnått sitt mål är intressanta med tanke på att vi lever i en tid där vi saknar mål (Bauman, 2001). Det går alltid att bli mer fit, så den människa som strävar efter fitness kommer aldrig att bli färdig. Enligt Bauman leder detta till oro, men denna oro är frånvarande i artiklarna om Peter, Sandra och andra liknande artiklar. I artiklarna framställs det som om de är färdiga och i mål. I Sandras fall får vi veta att hon visst har problem efter att ha nått sitt mål, men i artikeln framstår hon ändå som lugn och övertygad om att hon kommer att lyckas eftersom hon är motiverad och envis. När individen har lyckats bli fri från sina ohälsosamma drifter kommer strävan efter fitness att ske automatiskt, utan att individen behöver lägga ner något faktiskt jobb på det. Det är ju inte jobbigt att leva hälsosamt för den som verkligen vill löpträna dagligen och äta nyttigt.

Med Simmels (1990) termer skulle detta kunna ses som en längtan efter en rytmisk-symmetrisk livsstil. Individen kan omöjligt hålla jämna steg med den objektiva kulturen och ständigt jämföra alla alternativ. Vad individen än gör kommer hen aldrig att kunna ta till sig all information som finns och slutgiltigt hitta sig själv. Denna känsla av otillräcklighet leder till en längtan efter den regelbundenhet och förutsägbarhet som den rytmisk-symmetriska livsstilen erbjuder. De berättelser vi tar del av på Aftonbladets hälsosidor är exempel på en

rytmisk-symmetrisk livsstil. Peter och de andra har hittat rätt och planerar att fortsätta leva enligt de hälsosamma bud som de har lärt sig.

Dubbelheten inför den medicinska vetenskapen

Läkarvetenskapen står i centrum på hälsosidorna. Läsare kan skriva in till Aftonbladets spalt ”Fråga doktorn”. Vid spalten finns en bild på läkaren som svarar på frågorna. Han är klädd i vit rock och har ett stetoskop på sig. Läkare intervjuas ofta i rollen av experter och får berätta hur vi ska göra för att leva hälsosamt. Det refereras ofta till medicinska studier som visar samband mellan livsstil och olika former av ohälsa (t.ex. A01, A05 och A09). I A15 kommenterar en tandläkare vilka metoder för tandblekning som är bäst. Att tandläkaren rekommenderar en metod framställs som en kvalitetsmärkning.

Trots läkarvetenskapens dominerande position på hälsosidorna finns ett ifrågasättande. Vi kan inte lita på allt läkare säger fullt ut. Det är upp till var och en att söka reda på information och fatta beslut om sin livsstil. Även om vi söker oss till en läkare ska vi själva bedöma om vi bör ta den medicin som läkaren skrivit ut, genomgå den behandling läkaren föreslagit, eller kontakta någon annan (t.ex. en annan läkare) för en andra åsikt. Att ta sin läkares ord som lag och inte ifrågasätta är inget som lämpar sig för dagens hälsomedvetna människa.

Den här relationen till läkarvetenskapen kan förstås utifrån Faircloughs (1998) begrepp *marketization of discourse*. Relationen patient-läkare betraktas som ett kommersiellt förhållande där patienten snarare är en kund. Precis som kunder på en fri marknad ska välja allt från kläder till telefonabonnemang ska vi välja en läkare. Om vi inte är nöjda med läkaren kan vi när som helst välja en ny. Som kunder kan vi klaga på läkaren och ifrågasätta läkaren på samma sätt som vi kan klaga på en annan utförd tjänst som vi betalar för.

Flera av dem som skickar in frågor till Aftonbladets ”Fråga doktorn” skriver att de har varit hos en läkare, men att de vill dubbelkolla. Läkaren Arash Sanari, som svarar på frågorna, säger själv i en intervju att han vill att Aftonbladets läsare ska ”få en chans att fråga om saker de kanske tycker är pinsamt att ställa till en läkare eller sådant som de är osäkra på och vill dubbelkolla” (A01). ”Fråga mig i stället för att googla”, säger han vidare. Signaturen ”Anonym” (A05) vill ha en annan medicin än hon fått utskrivet och frågar hur hon kan hitta en läkare som ”skriver ut det som patienten behöver”. Anonym har gjort sin egen research om vad hen behöver och tar inte sin läkares ord som lag. Signaturen ”Lotta” i A21 har fått beskedet av både läkare och gynekolog att det inte går att äta sig till ett bättre järnvärde. Hon skriver ändå till läkaren och frågar om det stämmer.

Här finns en dubbelhet. Dels finns det på hälsosidorna en enorm respekt för läkarvetenskapen. Läkarvetenskapens perspektiv och begreppsapparat används flitigt. Samtidigt som hälsosidorna ger legitimitet åt läkarvetenskapen förväntas av individen att hen ska ifrågasätta den. Läkare framställs som experter som vet precis vad vi behöver för att leva ett hälsosamt liv, men trots det ska enskilda individer kritiskt bedöma sin läkares utlåtanden. I flera artiklar finns budskap om att det är viktigt att känna efter och lära känna dig själv för att få reda på vad som är bäst för dig. Hälsobloggaren Hanna Göransson (M3) berättar att hon för att hitta ny inspiration ”lyssnar inåt” och ställer sig själv frågan ”Vad behöver jag nu för att må bra?”. Individen har inom sig svaret på vad hen behöver, och genom att känna efter och hitta det svaret vet hen vad hen behöver för att må bra. Dessa individfokuserade budskap om att ”känna efter” går stick i stäv med den respekt för läkarvetenskapen som också finns på hälsosidorna, och med temat om den ständigt närvarande ohälsan där det hävdas att individen kan vara i en riskzon eller lida av en dold sjukdom utan att veta om det. Budskapen ”känn efter så hittar du svaren” och ”även om allt känns rätt kan du vara drabbad” utgör två motdiskurser som dock blandas friskt. Individen inte lägga ansvaret för att lösa detta dilemma på en läkare. Det krävs en egen ansträngning.

Familjen Glans, som det berättas om i A06, är övertygade om att dottern Thilda är allergisk mot citronsyra. Hon får ingen hjälp av vården eftersom det inte finns några vetenskapliga belegg för allergi mot citronsyra. Föräldrarna insåg att Thilda är allergisk mot citronsyra när de fick tips om en grupp på Facebook. Här ser vi än en gång hur individens ansvar blir tydligt. Även om läkare säger att citronsyreallergi inte finns är det viktigt att som individ själv bedöma vad som verkar rätt och rimligt. Läkarvetenskapen är helt enkelt inte tillräcklig. Det finns svar som inte går att finna inom läkarvetenskapen. Dessa svar måste sökas någon annanstans, t.ex. inom alternativmedicinen.

Det förekommer även kritik mot vården. Mats (A07) skadade sitt knä och operationen misslyckades. Hans år är förstört för att han inte kan arbeta eller utöva sina fritidsintressen. Christian (också A07) blev sjukpensionär vid 42 års ålder på grund av en dåligt utförd låroperation. I artikeln om Mats och Christian är det inte läkarvetenskapen i sig som kritiseras, utan beteendet och bedömningarna hos enskilda sjukhus och läkare. Det finns brister i hur läkarvetenskapen verkar. Något liknande verkar ligga bakom flera av de frågor som skickas in till läkarens spalt i Aftonbladet. Den som skriver brevet litar på läkarvetenskapen men vet inte om hen kan lita på just den läkare som hen har träffat. Det finns bra och dåliga läkare. Därför måste individen ständigt ifrågasätta och dubbelkolla.

För det mesta står alltså läkarvetenskapen oemotsagd. Enskilda läkares råd ifrågasätts, men ifrågasättandet tenderar att ske inom den medicinska vetenskapens diskurs. Det är sällan en helt annan diskurs används. Ibland riktas dock kritik mot läkarvetenskapen i grunden, och andra perspektiv förespråkas. I A24 berättar Therese Lögdahl om hur hon genom meditation blev bättre från sin reumatiska värk och fick tillbaka sin livskvalitet. Hon hade tidigare ont, orkade bara vara vaken några timmar om dagen och satt i rullstol. Hon fick ”ett batteri av mediciner, men de hjälpte bara till en viss del”. Som tolvåring fick Thereses mamma henne intresserad av avslappning och meditation. På samma sida finns en notis om ”mindfulnessbaserad kognitiv beteendeterapi” som enligt en studie ”tycks förebygga återfall i depression lika effektivt som psykofarmaka”. En av bilderna på sidan föreställer tabletter med ett rött kryss över. Även om den medicinska vetenskapens diskurs dominerar stort på hälsosidorna finns det alltså andra diskurser som ibland får ta plats.

Synliga resultat

Många resultat som ska uppnås handlar om att synas och framstå på ett visst sätt, till exempel att få mer definierade muskler (A11), vitare tänder (A15) eller bli smalare (A26 m.fl). På det sättet är individens kropp ett anslag där andra kan utläsa hur bra hen är på att följa en hälsosam livsstil. Vad som anses hälsosamt är extremt normativt. Att vara överviktig är t.ex. inte acceptabelt. Det förutsätts att överviktiga människor är ohälsosamma och därför svävar i fara för de risker som associeras med ohälsa. I A01 beskrivs en grupp män som deltagit i en studie om diabetes som ”lätt överviktiga men annars fullt friska”.

Här finns ännu en dubbelhet. Dels ska individen (som vi tidigare har sett) känna efter vad som är rätt. Vad som är rätt för en person kan vara fel för en annan, och det är viktigt att känna efter vad man behöver (A30). Samtidigt är det tydligt att det finns normer som ska internaliseras. Många av dem är utseenderelaterade och har ingen uppenbar koppling till hälsa. Men utseendefrågor konstrueras som hälsofrågor genom en diskursiv strategi.

I A03 finns en artikel om rosacea, en hudsjukdom som leder till ”[f]innar, knottor, rodnad, synliga blodkär”. ”Psyiskt lidande i form av skamkänslor, ångest och dålig självkänsla är mycket vanligt” står det i artikeln. ”Rosaceadrabbade har sämre chanser att få jobb, särskilt i högre befattningar, och de är mindre benägna att ha en partner” citeras hudläkaren Christoph Martschin i artikeln. Skönhetsfrågor konstrueras som hälsofrågor eftersom missnöje med utseendet och/eller ett utseende som avviker från normen kan leda till flera negativa effekter, till exempel dålig självkänsla. Vi ser samma strategi i flera andra

artiklar. Linda Eriksson blir i A15 intervjuad om sin tandblekning. ”Det kändes trist när jag bara var 29 år att ha gula och fläckiga tänder som en gammal människa” berättar hon. Det framgår att Linda inte betraktar sig som en gammal människa. För den nutida människan är det viktigt att kroppen passar ihop med känslan av vem hen är, så att hen har en sammanhängande identitet. Ingen skulle förmodligen tro att Linda är en gammal människa enbart på grund av hennes tänder, men för henne är det viktigt att ha ett ”yngre leende”. I A10 får vi läsa om Fredrik som har gjort en hårtransplantation:

Fredrik Frank, 25, märkte att håret började glesna redan vid 24 års ålder. Tanken på framtiden fick honom att besluta sig för att göra något åt saken.

- Jag såg bilder av min pappa när han var i min ålder och han var nästan helt flintis.

Man ser betydligt äldre ut än man är om man är 24 och nästan skallig, det är inte kul, säger han.

Två aspekter är särskilt intressanta i detta utdrag. Den första är orden ”redan” och ”ser betydligt äldre ut”. De refererar till en norm om vid vilken ålder det är normalt att tappa håret. Denna norm nämns inte, men det är tydligt att Fredrik (och även Linda) jämför sig med normen. Den andra intressanta aspekten är att Fredrik beslutade sig för att göra något åt saken. Att acceptera sakernas tillstånd är inget för dagens hälsosamma människa. Fredrik undersökte olika alternativ och ”kom fram till att en hårtransplantation i kombination med PRP-behandling – injektioner med blodplättar – skulle passa honom bäst”. Fredrik har gjort sin research och själv beslutat vad han behöver för att lösa problemet med håravfall. Han är inte ensam om att söka behandling för håravfall. Mats Stolt, verksamhetschef på en hårklinik, upplever att allt fler yngre personer vill stoppa håravfall i ett tidigt skede:

- Det sociala trycket på att ha håret intakt har absolut ökat. Och har man inte hår på huvudet kan man uppleva att man inte räcker till, att man inte är så manlig som man skulle vilja vara.

Här syns den diskursiva strategin. Individens mår dåligt när hen inte lyckas vara den som hen vill vara. Vad människor vill vara är tätt sammanbundet med normer, i det här fallet vad det innebär att vara manlig. På det sättet kan ett misslyckande att uppfylla normer konstrueras som en fråga om hälsa. Här har vi Foucaults begrepp disciplin igen. Individens internaliserar normer och mår psykiskt dåligt när hen inte uppfyller dem. Att må psykiskt dåligt betraktas som en hälsofråga, och därför kan hälsosidorna driva människor i en normativ riktning, inte bara vad gäller att t.ex. ha ett kolesterolvärde som är normalt, utan även vad gäller rena utseendefrågor utan koppling till sjukdomar.

I det här temat ser vi paralleller till Fullagar (2002). I den första av de två kampanjer hon analyserade låg fokus på att en aktiv fritid är rolig och glädjande. I den senare kampanjen handlade det i stället om att vara disciplinerad, uppnå resultat och se ut på ett visst sätt. Det här temat stämmer överens med analysen av den senare kampanjen. Lyckas du se ut på det sätt du vill? Det betraktas som en hälsofråga. Här ser vi dessutom ännu ett exempel på den medikalisering som İnceoğlu m.fl. (2014) tar upp: naturliga skeenden som att tappa håret och att se äldre ut framställs som medicinska problem.

Problem bortom individens kontroll

Även om hälsosidorna är extremt individfokuserade handlar vissa artiklar om yttre faktorer som påverkar människor, t.ex. gener och kultur. Diskurserna om den ständigt närvarande ohälsan och individens ansvar och frihet samverkar ofta med diskursen om problem bortom individens kontroll. I stället för att den sistnämnda fungerar som en motdiskurs lägger den ytterligare ansvar på individen. Att det finns faktorer bortom individens kontroll är ingen ursäkt till att leva ohälsosamt. Det betyder bara att individen behöver samla på sig ännu mer kunskap och arbeta ännu hårdare för att överkomma hindren.

Ett återkommande tema är att vi har olika gener och fysiologiska förutsättningar och därför inte samma utgångspunkt. A28 handlar om varför det kan vara så svårt att gå ner i vikt trots ansträngningar. Ylva Trolle-Lagerros, docent och läkare, förklarar att kroppen har "ett slags viktminne som den vill tillbaka till", vilket gör att den som har gått ner i vikt kommer att ha svårare att hålla den nya vikten. Något annat som gör det svårare är att "den som länge varit överviktig" har fler fettceller än den som aldrig varit överviktig. Dessa minskar inte till antalet vid viktnedgång. Viktproblem kan också bero på "obalans i mättnads- och hungershormonerna" och att "energiförbrukningen tycks sänkas permanent hos många av de som en gång bantat". Men det går att hålla den nya, lägre vikten genom att göra på rätt sätt. För ett hållbart resultat är "långsam viktnedgång bästa vägen". "Det gäller att ligga kvar på den nya vikten länge så att kroppen uppfattar att den är din nya normalvikt", säger Ylva. Artikelns fokus är hur individen kan lyckas med sin viktnedgång trots dessa problem.

I artikeln "Boosta dig ner i vikt – med bakterier" (A29) står om skillnader i tarmflora:

Du har hört det många gånger. Om du vill tappa fett är det enda som spelar roll att du gör av med mer kalorier än du stoppar i dig. Men det är inte längre hela sanningen. Forskare har nu hittat ytterligare en viktig spelare, nämligen din tarmflora.

Det finns ”goda bakterier som kan hjälpa dig att bränna fett”, och ”vissa arter av skadliga bakterier är bättre på att utvinna kolhydrater och fett ur det vi äter”, så att de ”bidrar med fler kalorier”. Men vad är det som kan göra att vår tarmflora blir obalanserad?

Många skyller på den typiska västerländska dieten med högt intag av onyttiga fetter, raffinerade kolhydrater och lite fibrer.

En annan del av svaret kan vara att vi inte heller utsätts för lika mycket bakterier som tidigare under evolutionen. Vi saknar bakterierna som har tränat och stöttat vårt immunförsvar.

Vi lever i en kultur med en diet som inte är bra för våra tarmbakterier. Victoria Carinci, holistisk hälso- och näringscoach, menar att ”vi i väst” har ungefär 40% färre tarmbakterier jämfört med ”urbefolkningar runt om i världen”. Ett annat problem är att vi använder för mycket antibiotika. En antibiotikakur ”tar inte bara död på inkräktarna, utan också på våra bakteriekompisar i magen”. Vi bör ta hand om dessa bakteriekompisar:

Se det som en investering. Varje gång du äter något som är bra för de goda bakterierna kommer de sedan att jobba för dig dygnet runt och göra det lättare att hålla vikten.

- Vi behöver förstå att vi inte bara ger näring till oss själva, utan även våra tarmbakterier. Ett tips som jag ger till mina klienter är att börja tänka ”Vad skulle tarmfloran tycka om det här?” säger Victoria Carinci.

Här läggs ytterligare ansvar på individen. Att vår tarmflora motarbetar oss beror i grunden på vår kultur, men vi kan påverka vår tarmflora genom att äta rätt. Orsaker som ligger bortom vår kontroll är ingen ursäkt. I stället används dessa orsaker för att ge oss specifika kunskaper som vi behöver för att ta kontrollen. Vi behöver mer information, fakta, kunskap, och vi behöver vara ännu mer målmedvetna och fokuserade.

Vi får i A19 ta del av recept som ”hjälp dig i vårform”. Många människor känner sig trötta och hängiga i början av våren, menar kostrådgivaren Ulrika Hoffer. Det beror på att kroppen producerar mindre av sömnhormonet melatonin. Det är lätt att kompensera för tröttheten genom att äta mer socker – men här bör vi vara disciplinerade och låta bli. Årstidsförändringar är alltså en riskfaktor som vi behöver hantera. I en annan artikel (A23) är det vintern, och inte våren, som är en riskfaktor:

Om vintern är det lätt att göra som björnen och gå i ide. Mörker, kyla, regn och rusk kan få många att hålla sig innanför hemmets fyra väggar, och kanske tillhör du dem som sjunkit för djupt ner i tv-soffan? Dåliga matvanor på det – och kilona springer iväg.

Vi kan inte påverka sådant som hur många fettceller vi har eller vilken årstid det är, men vi kan se till att vi är tillräckligt förberedda. Hälsosidorna ger oss kunskap om riskerna, och när vi väl känner till dem kan vi hantera dem och upprätthålla en hälsosam livsstil trots alla faktorer som motarbetar oss. Det här temat är en samverkan mellan diskursen om den ständigt närvarande ohälsan och diskursen om individens frihet och ansvar. Jag har valt att lyfta fram detta som ett eget tema, i stället för som en del av ett av de tidigare, eftersom här finns en specifik diskursiv strategi som konstruerar problem bortom individens kontroll som individens problem att lösa.

Det finns en artikel som faktiskt utgör en motdiskurs till diskursen om individens frihet och ansvar. A17 handlar om Okinawa i Japan. Där bor världens äldsta folk. Många som lever där är över 100 år gamla. I artikeln är det fokus på vad invånarna äter och hur de lever sina liv. De äldre invånare som intervjuas följer ingen specifik diet utan äter vad de känner för. Ändå äter de betydligt färre kalorier dagligen än genomsnittsmänniskan i Sverige. Många har en trädgård där de pysslar och odlar råvaror. Det finns en god sammanhållning och gemenskap mellan grannarna, vilket minskar människors stress. I artikeln målas en idyllisk bild av byarna i Okinawa upp, trots att det, enligt artikeln, historiskt varit en fattig provins:

Livsstilen är också viktig och innehåller nästan ingen stress. Detta beror delvis på devisen ”yuimaruu”, vilket betyder att man i ett grannskap eller en by ställer upp och hjälper varandra med pengar eller arbetsinsatser då det behövs. Denna slags inofficiella välfärd gör det även lättare att ha en positiv attityd och hålla humöret uppe. Det sociala umgänget är viktigt, och många invånare ägnar sig åt sång eller lättare idrotter tillsammans. Ingen sitter ensam hemma.

Detta är på flera sätt motsatsen till vårt samhälle med mycket stress, olika bud om vad vi ska äta och inte äta, och den ensamhet många känner. Forskare har hittat en ”anti-åldringengen”, står det i artikeln, men den förklarar bara delvis varför människorna på Okinawa blir så gamla och har minskad risk för demens, cancer och hjärt-och kärlsjukdomar (vilket är tre sjukdomar som ofta tas upp på hälsosidorna och som många människor verkar vara rädda att drabbas av). Huvudsakligen handlar det om deras livsstil. Många faktorer som artikeln tar upp är sådant som individer i vår kultur inte kan välja att införa i sina liv, t.ex. den starka samhörigheten mellan grannarna. Vissa vanor kan läsaren av artikeln välja att ta efter, t.ex. att äta mindre socker och mindre kött, men artikeln är inte utformad som råd om hur individer kan leva mer som människorna på Okinawa. Artikeln saknar det individfokus som finns i de flesta andra artiklar på hälsosidorna. Den kan ses som kritik mot vår kultur, även om denna kritik är

outtalad. Ingen annan artikel i mitt material tar upp att det sociala sammanhanget påverkar människors livsstil. Artikeln om Okinawa är därmed en motdiskurs till diskursen om individens ansvar och frihet.

Konsumtion

Hälsa är ofta helt orelaterat till sjukdom på hälsosidorna. Friska individer får lära sig hur de kan må ännu bättre. Det går alltid att bli mer hälsosam. Enligt Bauman (2001) är fitness något som vi aldrig kan uppnå. Vi kan aldrig vila i att ha nått målet, att vara fit. Det går nämligen alltid att bli mer fit. Enligt Cockerham (2005) är en hälsosam livsstil en form av konsumtion i sig, eftersom individen skaffar den för att använda den till något, t.ex. att bli snyggare eller leva längre. Även om vi skulle välja att bortse från Cockerham, och inte betrakta den hälsosamma livsstilen som konsumtion i sig, är det uppenbart att den hälsosamma livsstilen – att bli fit, för att använda Baumans begrepp – är tätt sammanvävd med konsumtion.

Först och främst framställs hälsosidorna och dylik information i sig som något som behöver konsumeras för att vi ska kunna uppnå en hälsosam livsstil. Som vi har sett tidigare i analysen framställs det som livsviktigt att individen tar del av information om vad hen ska äta, hur hen ska träna, sova bättre, stressa mindre, få vitare tänder, och så vidare. Att uppsöka en läkare i sig har mycket gemensamt med hur kunden på en fri marknad väljer andra tjänster. Utöver hälsosidor och sjukvård är det mycket annat som ska konsumeras: livsmedel (t.ex. grönsaker, birchermüsli och nötter) tjänster (t.ex. gymmedlemskap och personlig tränare), teknik (t.ex. en digital våg), kläder och skor (t.ex. löparskor), m.m.

En artikel i A09 handlar om Josefin som juicefastade för att bli av med sitt sockersug. Josefin ville ”göra en hälsosatsning” och ”bli av med begäret”. Hon kände efter juicefastan att hon mådde bättre. ”Det var skönt att få bort den här uppsvällda känslan i magen och kroppen som jag hade innan”, berättar hon för Aftonbladet. Hon påbörjade inte sin juicefasta för att hon var sjuk eller hade någon annan typ av hälsoproblem. Utifrån artikeln verkar det inte som om Josefin mådde dåligt innan hon påbörjade juicefastan. Men – och det är här Baumans begrepp fitness kommer in – vi kan alltid må bättre. Även om vi mår bra går det att göra mer.

För Josefins juicefasta krävs en råsaftcentrifug. Dessutom behöver man köpa ”mycket mer frukt och grönsaker än man tror eftersom det inte blir så mycket juice kvar när man pressar”, säger Josefin. Hon använder även ”acai- nässel- eller vetegräspulver”.

A16 har underrubriken ”Kitty, 25, lade om sin livsstil och fick livslusten tillbaka”. Kitty lade inte om sin livsstil för att hon var sjuk. Hon gjorde det för att må bättre. Hennes övervikt gjorde det svårt för henne att göra de saker hon ville göra.

- Allt var så jobbigt, både fysiskt och psykiskt. Jag tyckte att det mesta var tungt och tråkigt, ville inte ens träffa kompisar, shoppa eller fika, säger Kitty.

Kitty har alltid varit en aktiv tjej som älskat sport. Droppen var när hon inte längre kunde hålla på med det hon älskade mest – fotbollen.

Kitty började gå på gym och lyckades nå sitt viktmål. I artikeln om Josefin tas det upp att en råsftcentrifug behövs och att det krävs mer frukter och grönsaker än vad man kan tro. Konsumtionen nämns alltså i artikeln. I artikeln om Kitty tas det inte upp att gymmedlemskap faktiskt kostar. Detsamma gäller de flesta andra artiklar om människor som tränar på gym. Att det rör sig om konsumtion av en tjänst som kostar är underförstått. Vi ser samma tystnad om kostnader i artiklar om andra saker än gym. Metros skönhetsredaktör Pamela Bellafasta testar en ny typ av massage på spaet Yasuragi (M5). I M7 tipsas det om snygga yogamattor och kokböcker med fokus på hälsa. ”Hyr cyklar på semesterresan” får vi som tips i M8.

Fredrik i A10 har gjort en hårtransplantation. Det nämns i artikeln att ekonomi är en faktor som spelar in vid fråga om hårtransplantation. ”Det kostade visserligen några tusenlappar på den tiden, men jag tyckte ändå att det verkade värt det” berättar Linda i A15 om sin tandblekning. Det som tas upp är frågan om huruvida det är *värt det*, vilket utgår från förutsättningen att läsaren har råd om hen vill. Vi ser samma sak i A14: ”Ett par löparskor anpassade för vinterunderlag kostar lite mer men är ofta vattenavvisande och kan vara en bra investering om du springer mycket”. Rubriken är ”Snöa inte in på gymmet i vinter”. Rubriken är intressant eftersom den framställer gymträning som norm. Om du inte löptränar på vintern blir resultatet att du snöar in på gymmet.

I A23 står att löpning är billigt: ”Du behöver bara ett par bra skor”. Cecilia, som artikeln handlar om, tog hjälp av en personlig tränare för att gå ner i vikt med hjälp av löpning, så i hennes fall var viktnedgången förmodligen dyrare än ett par skor. Att skaffa en personlig tränare är något som det talas positivt om i många artiklar ”Ta hjälp av en PT som är utbildad i gravidträning både under och efter graviditeten”, står det i M1. Utgångspunkten där är inte bara att läsaren har råd, utan också att läsaren lever på en plats där det finns ett så stort utbud av personliga tränare att hen kan välja en med en speciell inriktning.

I ingressen i A13 får vi läsa om viktnedgång med hjälp av teknik:

En app för att mäta träningen, en annan för att registrera kosten och en smartklocka som loggar alla dagens aktiviteter. Med teknikens hjälp har Aengeln Englund gått från 100 kilo till 81.

- Jag kan inte minnas att jag har mått så här bra i hela mitt liv.

Först längre fram i brödtexten får vi läsa att Aengeln tränar flera dagar i veckan och har lagt om sin diet. Fokus ligger på att han har gått ner ”med teknikens hjälp”, i det här fallet genom att konsumera appar, smartklocka m.m. Det arbete som Aengeln lagt ner nämns bara. Tyngdpunkten läggs på det som Aengeln har konsumerat på vägen mot målet.

Många av de människor som intervjuas efter att de har lyckats nå sina hälsomål har lyckats genom att gå på gym, men alla övningar och tips som ges i artiklarna kräver inte konsumtion. Ofta ges tips på övningar som går att göra hemma, utan redskap. I A27 skrivs om gym, men även om övningar som jägarvila. ”5 effektiva övningar som tränar hela kroppen” i M5 visar övningar som inte kräver redskap och som kan utföras på valfri plats. Att artiklarna inte handlar om konsumtion är dock undantag och inte regel.

Sammanfattning

- *Den ständigt närvarande ohälsan.* Vi är ständigt utsatta för hot mot vår hälsa, t.ex. sockerberoende och dolda sjukdomar. För att avvärja dessa hot måste vi vidta aktiva åtgärder. Även om vi lever ett hälsosamt liv kan vi vara drabbade av en dold sjukdom eller befinna oss i en riskzon vi inte känner till. Det är omöjligt att nå ett läge där vi inte längre behöver vara uppmärksamma på och oroliga för vår hälsa.
- *Individens ansvar och frihet.* Det är individens ansvar att bli den hälsosamma människa som hen behöver bli för att inte drabbas av ohälsa. Det här temat är en direkt följd av den ständigt närvarande ohälsan. Diskursen om individens ansvar och frihet är – tillsammans med diskursen om den ständigt närvarande ohälsan – den stora, dominerande diskursen på hälsosidorna och förekommer i nästan alla artiklarna.
- *Att hitta sig själv: en religiös upplevelse.* En typ av narrativ som handlar om att sluta leva i synd (ohälsosamt), bli omvänd och hitta gud (sitt rätta, hälsosamma jag). Det här är individcentrerade berättelser som går hand i hand med diskursen om individens ansvar och frihet. I det här temat lyfts det fram vad resultatet blir om individen är så målmedveten, fokuserad, etc. som artiklarna förespråkar.
- *Dubbelheten inför den medicinska vetenskapen.* På hälsosidorna är den medicinska diskursen klart dominerande, och läkare tillfrågas ofta som experter. Trots denna respekt

för läkarvetenskapen ska individen ifrågasätta och söka efter det svar som hen tycker passar bäst. Förhållandet till läkare framställs som ett kundförhållande. Att den medicinska diskursen i sig ifrågasätts är dock ovanligt.

- *Synliga resultat.* Många av de hälsoaspekter som tas upp på hälsosidorna är sådana som syns på individen. Det framställs som viktigt att vårt yttre speglar vår identitet. Om du betraktar dig som en ung människa kan du t.ex. inte vara nöjd med att ha gula tänder. Att utseendet inte matchar identiteten eller samhällets normer leder till att individen mår psykiskt dåligt. Genom den diskursiv strategin konstrueras utseendefrågor och avvikande från normer som hälsofrågor.
- *Problem bortom individens kontroll.* Vissa faktorer som påverkar hälsan, till exempel gener och kultur, står utanför individens kontroll. Ändå betraktas de som något som individen kan hantera genom att samla på sig ännu mer kunskap och kämpa ännu hårdare. En artikel (A17) innehåller en motdiskurs om att det finns inslag i vår kultur som individen inte kan välja bort och som påverkar hälsan negativt.
- *Konsumtion.* Att ha en hälsosam livsstil förutsätter i de flesta av artiklarna konsumtion. Speciella livsmedel, gymmedlemskap, löparskor, smartklockor och personliga tränare är några exempel på föremål och tjänster som hälsosamma människor i artiklarna konsumerar. Det finns alltid något vi kan konsumera för att bli ännu mer hälsosamma. Det här temat är otroligt vanligt och förekommer mer eller mindre i de flesta artiklarna.

Diskursiva tystnader

I flera artiklar görs antaganden om läsarens vardag. Jag kommer att titta närmare på dessa antaganden för att synliggöra vilka normer de bygger på och vilka människor som utesluts.

Det finns flera exempel på att läsaren antas vakna på morgonen, jobba på dagarna och ha en lunch då hen är ledig. ”Väck kroppen med en promenad och rörlighetsövningar när kaffet kokar. En bra morgon ger en skönare dag” får vi som råd i M3. Läsaren antas ha en morgon som är så fri från stress att hen kan göra rörlighetsövningar medan hen väntar på kaffet. ”Promenad till jobbet eller på lunchen” är ett råd för viktminskning som ges i A01. I A04 får vi läsa att ”[d]et är frukosten din hjärna ska använda som bränsle fram till lunch.” I M2 rekommenderas läsaren att ta en ”rask promenad på lunchen”. I A09 antas att läsaren är ledig på helgerna: ”Josefin upplevde att den tredje dagen var jobbigast, därför kan det vara värt att lägga första fastedagen på en fredag så att den tuffaste tiden kommer under helgen.” I M2 får vi råd för att sova bättre: ”Redan efter klockan 22 kan det vara bra att stänga av TV och

skärmar och börja släcka ned”. ”Du cyklar till jobbet, tar alltid trapporna, tränar flera gånger i veckan – och äter nyttigt” är den inledande meningen i A28. Det här med att träna flera dagar i veckan tas upp i flera artiklar. I A11 ger den personliga tränaren D-Flex tips:

Efter två veckor kan du öka till tre dagar på gymmet. Efter tre veckor kan du öka till fyra dagar. Övriga dagar i veckan kan du göra andra aktiviteter, som långpromenader, simning eller kampsport.

Genomgående i artiklarna är att det antas att när människor inte jobbar kan de ägna sig åt vad de vill och själva strukturera sin tid. De har en fritid som de själva förfogar över. Men har alla människor möjlighet att ta det lugnt på helger och kvällar, träna flera dagar i veckan eller göra rörlighetsövningar medan morgonkaffet kokar? Detta kan vara problematiskt för t.ex. människor med barn, människor som arbetar oregelbundna tider och kan bli inkallade som vikarier med kort varsel, och människor som har svårt att lämna hemmet på grund av t.ex. en sjukdom eller funktionsnedsättning. Många människor arbetar inte vanliga kontorstider men tipsen som ges på hälsosidorna utgår från att läsaren gör det. För människor som arbetar natt, är föräldralediga eller arbetslösa kan tipsen därför vara irrelevanta.

I flera av artiklarna nämns barn. I M2 ges rådet att du under dagen ska ägna dig åt ”aktiviteter som att jobba i trädgården, leka med barnen, träning, eller vardagliga rörelser som ökar kroppstemperaturen”. Även i M8 utgår det från att det finns barn: ”Lägg bort telefonen och var med barnen när de klättrar, spelar fotboll, gungar och leker”. M1 har rubriken ”Enkla tipsen: Så håller du i gång under graviditeten”. Barn finns även närvarande i intervjun med hälsobloggaren Anja Forsnor i M7. Hon berättar om hur det är att vara nybliven mamma och kombinera föräldraskapet med jobbet. När barn nämns i artiklarna verkar det vara små barn. Det står ingenting om t.ex. träning i vardagen när du har tonårsbarn. Det tyder på att läsaren antas vara ganska ung, antingen utan barn eller med små barn.

Vi har tidigare sett flera exempel på hur ungdom prisas och hur det ses som negativt att åldras. Ålder nämns sällan på hälsosidorna. De människor som artiklarna handlar om (och vars åldrar står utskrivna) har följande åldrar: 27 (A01), 33 (A02), 51 (A05), 42 (A07), 29 (A09), 25 (A10), 29 (A11), 40 (A13), 39 (A15), 25 (A16), 47 (A21), 33 (A23), 30 (A24), 26 (A26), 69 (A27), 29 (M1 och M7). Vi har alltså ett spann från 25 till 51, med 69 som skiljer sig mycket från de andra. A27, som innehåller en intervju med 69-åriga Louise Hamilton, handlar om träning för människor som är 50+. I artikeln klumpas alla människor som är 50+ ihop, oavsett hur mycket äldre än 50 de är. Det står mycket om åldrande i artikeln, och vi får lära oss att balansträning ”kan kännas svårt, särskilt om man vant sig vid käpp eller rullator”.

Artikeln framställer människor som är 50+ som gamla. Detta passar ihop med åldrarna på människorna i artiklarna. Utöver Louise som är 69 år gammal finns det en som är 51 (A05). Äldre människor är för det mesta osynliga på hälsosidorna.

I A01 finns råden att ”promenera till bussen eller ta trapporna i stället för hissen” och att ”skippa hissar och rulltrappor”. Här förutsätts att läsaren bor där det finns kollektivtrafik (bussen) och rulltrappor, alltså inte i glesbygden. Det är också tveksamt hur relevanta dessa råd är för människor som har fysiskt krävande jobb. Läsaren förutsätts ofta ha tillgång till gym, personliga tränare, spa och andra tjänster som kan vara svåra att hitta i glesbygden. Många av artiklarna lyfter fram personliga tränare som en bra lösning på t.ex. övervikt. Vad finns det för alternativ till att skaffa en personlig tränare? Hur kan man styrketräna utan att ha tillgång till gymmaskiner? Den typen av svar saknas för det mesta (men som vi har sett tidigare i analysen förekommer det tips om hur man kan träna på egen hand utan redskap).

Ibland öppnas det upp för att alla människors vardag inte är likadan. Den personliga tränaren Sofia Sjöström menar att alla som vill få in en fungerande träningsrutin bör ställa sig frågan ”[v]ad fungerar i vardagen?” (M5). I samma artikel finns en övning som ”[r]ekommenderas till alla med stillasittande jobb”. Själva formuleringen synliggör att alla inte har stillasittande jobb. Ändå är många av de råd som ges anpassade till just människor som har det. Det finns inga råd om hur människor som t.ex. arbetar i en kassa kan undvika förslitningsskador, eller hur människor vars arbeten involverar tunga lyft kan ta hand om sina ryggar. Rådet ”ta trapporna i stället för hissen” är inte relevant för människor som ägnar en stor del av sin arbetsdag åt att gå, t.ex. på ett sjukhus eller en byggarbetsplats.

Något som är anmärkningsvärt frånvarande på hälsosidorna är sjuka människor. Målgruppen för hälsosidorna verkar vara friska människor som är självgående och inte behöver hjälp i sin vardag (t.ex. assistans). Dessa människor kan ha sjukdomar och skador som de själva kan hantera, eller som på annat sätt kan behandlas eller avhjälpas, men de är inte sjuka på ett sådant sätt att det går ut över deras vardag. Många människor som är sjuka har inte den kontroll över sin vardag att de kan t.ex. bestämma sig för att träna många dagar i veckan. Du måste redan ha en viss nivå av hälsa för att ingå i hälsosidornas målgrupp. Det finns råd om hur du övervinner ditt sockersug, men inte hur du övervinner t.ex. din alkoholism. Människor som har den nivån av ohälsa verkar inte ingå i målgruppen.

I en artikel nämns funktionsnedsättningar. Huvudartikeln i M6 handlar om ridning som träningsform. Artikeln sticker ut genom att ta upp grupper som vanligtvis exkluderas från hälsosidorna. ”En av de största sporterna för personer med funktionsnedsättning”, står det om

ridning, och vi får veta att det hos många ridskolor finns ”handikappridning, lektioner för rehabilitering och lektioner för bara seniorer”.

Stress som hälsoproblem nämns i ett fåtal artiklar (A17, M4), men förutom dessa få undantag är det tyst om psykisk ohälsa. I A13 finns en notis om att psykisk ohälsa ökar bland yngre. Som förklaringar ges ”arbetslöshet och det kraftigt ökande datorspelet”. I vissa brev till ”Fråga doktorn” tas ämnet upp. Signaturen ”Maggi” (A03) har skrivit för att hon är orolig för att hjärtat slår dubbelslag. Läkaren svarar att problemen troligtvis beror på ångest och långvarig oro. På ett brev i A07 svarar läkaren att signaturens ”Pigg men åldrande man” problem att få utlösning i samband med sex förmodligen beror på något psykologiskt. Även i A09, A17 och A29 svarar läkaren att problem som beskrivs i brev förmodligen har en psykologisk förklaring. Trots den plats psykologiska förklaringar tar i ”Fråga doktorn” är de frånvarande i artiklarna. I hälsosidornas artiklar är hälsa väldigt kopplat till kroppen och hur den ser ut. Det betyder att människor som lider av stress, depression, ångest eller andra psykiska problem har svårt att hitta råd på hälsosidorna som är relevanta för deras hälsa.

Läsaren av hälsosidorna förutsätts ha vissa förkunskaper. Det är svårt för den som aldrig förr har läst om hälsa och livsstil att börja läsa en hälsosida och förstå den, om hen inte på annat sätt har skaffat sig förkunskaperna. I M5 testas en ny typ av massage på spaet Yasuragi. Det förklaras inte vad Yasuragi är, utan läsaren förutsätts veta det. Fler exempel på ord som inte förklaras är birchermüsli (A04), foamroller (A08), holistisk hälsocoach (A25) och BMI (A31). Det framgår att den hälsosamma livsstilen betraktas som ett intresse och en livsstil. Den som är intresserad av en hälsosam livsstil förutsätts känna till sådant som vilka livsmedel som brukar räknas som hälsosamma och hur olika träningsformer går till. I Metro används ofta ordet ”trendig”, t.ex. ”den trendiga grönkålen” (M3) och ”de senaste årens explosioner av trender när det kommer till nyttigare fika” (M5), och det refereras till hälsa och livsstil i sociala medier, t.ex. ”yogisar på Instagram” (M8). Metros läsare med intresse för hälsa är trendmedveten och intresserad av hur andra äter och tränar. Människor som t.ex. vill ha en god kondition men inte bryr sig om trender, och som varken vill visa upp sig själva i sociala medier eller följa andras hälsosamma liv, är osynliggjorda i artiklarna.

Diskursernas effekter

Ett problem med den hälsosamma livsstilen är att det inte är okomplicerat att välja bort den. Det går inte att jämföra ett intresse för hälsa och livsstil med ett intresse för t.ex. fågelskådning. En individ kan inte välja att helt enkelt leva ohälsosamt och räkna med att det

valet ska respekteras av omgivningen. Det finns en norm om att vi ska ta hand om våra kroppar och leva hälsosamt, och en individ som t.ex. är nöjd med sin fetma, eller som hävdar att det är oproblemiskt att leva på snabbmat, kommer att betraktas som en människa som gör felaktiga, ohälsosamma val. Att inte kunna identifiera sig med den hälsosamma människan i media betyder i förlängningen att man har svårt att ta till sig den hälsosamma livsstilen, som är en positivt laddad livsstil. Den hälsosamma livsstilen är inte lika tillgänglig för alla, för den riktar sig inte till alla, men detta är inget som är uttalat. Livsstilen framställs som lättillgänglig. De människor som inte kan identifiera sig med den får ändå själva bära ansvaret för att de inte gör hälsosamma val i enlighet med livsstilen.

Det underliggande budskapet i de flesta av artiklarna är att individen har en enorm frihet och kontroll över sitt liv. Ansvaret för hälsan läggs fullständigt på individen, som ska lyckas med allt från att äta rätt frukost till att varva ner på kvällen för att minimera stress. Inom diskursen om individens ansvar blir det relevant att fråga en sjuk individ varför hen inte såg till att förebygga sjukdomen innan den bröt ut. Varför tog hen inte till sig de kunskaper som finns om hälsa och livsstil? Varför åt hen livsmedel med raffinerat socker? Varför tog hen inte hjälp av en personlig tränare för att gå ner i vikt? Att människor har olika förutsättningar att göra dessa val framgår över huvud taget inte på hälsosidorna. Denna individualistiska diskurs kan sprida sig till t.ex. politiken och få effekter som att sjuka människor skuldbeläggs och inte får rätt till en sjukersättning som de kan leva på.

Ett exempel som man skulle kunna tänka sig i det här sammanhanget är lungcancer. Lungcancer hänger ofta ihop med att den sjuka har haft en ohälsosam livsstil (rökning). Passar den människa som röker och har drabbats av lungcancer in på hälsosidorna? Eller är hälsosidorna reserverade för människor som anammar den hälsosamma livsstilen? Får den som drabbas av lungcancer i själva verket skylla sig själv för att hen har valt en ohälsosam livsstil? Ett annat exempel skulle kunna vara diabetes. Får den som drabbas av diabetes skylla sig själv eftersom hen inte gjort tillräckligt för att förebygga sjukdomen?

Vilka hälsoproblem som uppmärksammas på hälsosidorna kan få konsekvenser för vilken typ av ohälsa som betraktas som mest akut att lösa. Vilka sjukdomar ska samhället lägga mest resurser på att bota? Vems sjukdomar är det som prioriteras? Människor med ekonomiska problem är till stor del osynliggjorda på hälsosidorna eftersom konsumtion är så centralt, och många av de råd som ges är svåra att följa för den som lever en tillvaro med ständig stress över att få pengarna att räcka till. Att människor med ekonomiska problem är osynliggjorda på hälsosidorna leder till att ohälsa som är överrepresenterad bland ekonomiskt utsatta människor underrepresenteras på hälsosidorna. Det kan leda till att den typen av ohälsa får

mindre uppmärksamhet, och att det ställs färre krav i samhället på att det ska läggas resurser på att bota den ohälsan.

Här vill jag återvända till Korps (2010) exempel om att kvinnor som har barn och bor i låginkomstområden mår bättre av att röka, eftersom rökningen hjälper dem att hantera vardagen. Om de rökande kvinnorna drabbas av lungcancer – får de då skylla sig själva? Om de aldrig hade rökt, och drabbats av en annan typ av ohälsa till följd av stress i vardagen (som de till stor del hanterar genom att röka) – hade de då fått skylla sig själva? Kan kvinnorna i Korps exempel över huvud taget göra rätt, eller är det ”damned if you do, damned if you don’t”? Frågan om handlingsutrymme är viktig att lyfta i samband med talet om en hälsosam livsstil. Vilket handlingsutrymme har individen att faktiskt förändra sitt liv? Är de valmöjligheten som individen har bra valmöjligheter, eller handlar de om att individen väljer mellan något som är dåligt och något som är ännu sämre?

I avsnittet om diskursiva tystnader tog jag upp att det är tyst om psykisk ohälsa. Stress tas upp ibland. Något som över huvud taget inte tas upp är den stress som kan drabba människor som läser hälsosidorna. Hur påverkar det människor att läsa artiklar som skrämmer dem, lär dem att de aldrig är säkra från hot mot kroppen, aldrig kan sluta vara uppmärksamma på sin kropps signaler, aldrig kan komma i mål, aldrig är tillräckliga? Det finns så många motsägelser på hälsosidorna att det är omöjligt att följa alla de råd som ges. Jag återkommer till dem i diskussionsdelen. Det jag vill lyfta här är att hälsosidorna kan orsaka enorm stress hos människor, och att denna stress ironiskt nog kan vara ett minst lika stort hot mot hälsan som mycket av det som människor enligt hälsosidorna ska undvika, för sin hälsas skull.

I det här avsnittet om diskursernas effekter har jag tagit upp många frågor som jag inte har svar på. Det faktum att hälsosidorna lyfter fram den hälsosamma livsstilen som något som individen enkelt kan välja är ett problem som kan få stora konsekvenser. När vi talar om sådant som hälsa och livsstil måste vi samtidigt tala om strukturer. Alla människor har inte samma förutsättningar att ha en hälsosam livsstil. Jakten på den hälsosamma livsstilen är ett spel som är riggat till vissa människors fördel.

Diskussion

I den här delen knyter jag ihop uppsatsens olika delar. Jag tittar på analysen i relation till hypoteserna, jämför mina resultat med tidigare forskning, och kommer med reflektioner som analysen har gett upphov till.

De fyra hypoteserna

Nu är det dags att återkomma till hypoteserna som jag ställde upp i inledningen. Vilka hypoteser har visat sig stämma?

- *Den hälsosamma människan är en kvinna.* Många av artiklarna på Aftonbladets hälsosidor är en intervju med en person som berättar om sin hälsosamma livsstil. Ungefär två tredjedelar av de intervjuade i mitt urval är kvinnor. Artiklarna är uppbyggda på samma sätt oavsett vilket kön den intervjuade har. De artiklar som handlar om t.ex. en kvinna som har gått ner i vikt är uppbyggda på samma sätt som artiklar om en man som har gått ner i vikt. Skönhetsfrågor gällande både kvinnor och män tas upp, t.ex. tandblekning (en kvinna) och hårtransplantation (en man). På hälsosidorna i Metro är män frånvarande. Jag kan inte se en enda man på någon av bilderna i artiklarna i mitt urval. Samtliga människor som intervjuas, ger råd m.m. är kvinnor.
- *Den hälsosamma människan har pengar att röra sig med.* Konsumtion upptar stor plats i artiklarna. Jag har redogjort för konsumtion som ett eget tema i analysdelen. Konsumtion är ständigt återkommande på hälsosidorna och problematiseras inte. Om det tas upp att något är dyrt (vilket händer ibland) argumenteras det för att det ändå är värt det. Att läsaren kanske inte har råd tas inte upp. Något som den hälsosamma människan förutsätts ha i större utsträckning än pengar är tid. Att vara hälsosam kräver att individen är engagerad, påläst, målmedveten och disciplinerad. Det kan vara svårt att frambringa dessa egenskaper i ett redan pressat schema med mycket stress.
- *Den hälsosamma människan bor i, eller nära, en stor eller medelstor stad.* Allt som tas upp på hälsosidorna kräver inte närhet till en stad, men det förutsätts ofta att läsaren har tillgång till sådant som kollektivtrafik, rulltrappor och personliga tränare. Jag har redogjort mer ingående för detta i avsnittet om diskursiva tystnader.

- *Den hälsosamma människan har ingen funktionsvariation.* I en artikel (M6) tas ridning för människor med funktionsnedsättningar upp. Det är den enda artikel där detta nämns. Utgångspunkten är annars att individen saknar fysisk funktionsvariation och själv bestämmer över sin tid. Att människor som sitter i rullstol kan ha problem med tillgänglighet till vissa samhällsfunktioner och lokaler är t.ex. inget som framgår på hälsosidorna. Det antas också att individen inte har ett hälsotillstånd där dagsformen kan avgöra vad hen klarar av att göra. Ett anmärkningsvärt resultat av min analys är att sjuka människor är frånvarande på hälsosidorna. Läsaren förutsätts vara en (relativt) frisk person som vill bli ännu friskare.

Sammanfattningsvis har alla de fyra hypoteser som jag ställde upp i början visat sig ha stöd i materialet, förutom den första som bara stämmer delvis.

Media som diskursiv praktik

Resultaten måste tolkas i relation till att materialet kommer från dags- och kvällstidningar. Artiklar i media har helt andra förutsättningar och följer helt andra spelregler än t.ex. myndighetsrapporter. Här anser jag att det är värdefullt att använda Faircloughs begrepp *diskursiv praktik* (1998 & 2001), som jag tog upp i metoddelen.

Såväl Aftonbladet som Metro vill ha så många läsare som möjligt. Därför vill de ha artiklar som lockar läsare. Slagkraftiga rubriker som talar till vår rädsla och vårt hopp är en metod för att göra människor nyfikna. En förenklad bild av verkligheten är också något som vi kan räkna med att hitta i media. Läsaren vill bli omedelbart förförd. En artikel som redogör för gråzoner och är noga med nyanser blir inte lika slagkraftig. Dessutom blir en sådan artikel längre, och då är risken att läsaren tappar intresset. Metro har som en av sina uttalade idéer att det ska gå fort att läsa tidningen.

Det finns ett antal dubbelheter på hälsosidorna. Jag har redogjort för dem i analysdelen men tycker att de förtjänar en sammanställning:

- Individen ska lyssna på sin kropp, samtidigt som det finns hot och risker som inte går att känna av och bara kan upptäckas genom t.ex. kunskapsinsamlade eller läkarbesök.
- Individen ska kämpa och våga ”gå utanför sin komfort zone”, men samtidigt lyssna på sin kropp och inte pressa sig för hårt.

- Individens ska göra det som känns rätt, samtidigt som det finns starka normer som reglerar vilka beteenden som är rätt.
- Individens ska lita på läkarvetenskapen, samtidigt som hen själv ska välja om hen ska följa läkarens anvisningar eller skaffa sig en andra åsikt.
- Individens ansvarar för sin hälsa, samtidigt som hälsan till stor del påverkas av saker utanför individens kontroll (t.ex. gener och kultur).
- Individens ska kämpa för en god hälsa men kommer aldrig att komma i mål.

Jag tar upp dubbelheterna här för att jag anser att det är viktigt att tolka dem utifrån var materialet kommer från: media. Hälsosidorna vill självklart inte göra sig själva överflödiga. Så länge människor är intresserade av att läsa hälsosidorna vill tidningarna fortsätta publicera dem. Målet från medias sida är alltså inte att människor ska ”komma i mål” och aldrig mer behöva tänka på sin hälsa. Individens ska aldrig uppleva att hen har så mycket information om sin hälsa att det räcker, och att hen utan oro kan sluta läsa på om eller ifrågasätta sin hälsa. Om vi känner en oro när vi inte läser hälsosidorna, eftersom vi då kan missa viktig kunskap om risker i våra liv, har hälsosidorna lyckats göra sig själva oundgängliga.

Sociala medier

İnceoğlu m.fl (2014:) har hittat sex olika teman i sin diskursanalys av sociala medier. Deras resultat har mycket gemensamt med mina, men det finns även skillnader.

1. *Defining and promoting diseases and fear*: det här är samma tema som jag i min analys kallar för *den ständigt närvarande ohälsan*.
2. *Defining and promoting lifestyles and habits*: här lyfts specifika beteenden fram som nyckeln till ett gott liv, t.ex. träning och matvanor. Detta stämmer överens med mitt tema om *individens ansvar och frihet*. Individens kan och bör se till att ha en god hälsa genom att välja en hälsosam livsstil.
3. *Defining and promoting beauty*: i temat *synliga resultat* tar jag upp den diskursiva strategin som konstruerar skönhet som en hälsofråga. İnceoğlu m.fl tar upp samma fenomen.
4. *Defining and promoting longevity*: att åldrande betraktas som något negativt som individens ska undvika är tydligt även i mina resultat. Åldrande framställs som något som individens kan påverka, och äldre människor är frånvarande på hälsosidorna.

5. *Defining and promoting performance and personal development*: enligt Inceoğlu m.fl (2014) är den ökade produktivitet som ska uppnås främst relaterad till arbetslivet. Jag har inte hittat något liknande i min studie. Den personliga utveckling som tas upp i mitt material handlar främst om att individen ska bli fri från sina destruktiva laster och hitta sitt inre, hälsosamma jag.
6. *Defining and promoting naturalness*: förespråkande av naturlighet, i kontrast till den medicinska vetenskapens ”konstgjordhet”, förekommer i stort sett inte i mitt material. En artikel tar upp meditation som metod för att lindra reumatism och innehåller en bild på överkryssade tabletter.

Den huvudsakliga skillnaden mellan mina resultat och Inceoğlu m.fl (2014) är deras sjätte och sista tema. Naturlighet som en motdiskurs till den medicinska diskursen är nästan helt frånvarande i det material som jag har analyserat. Förmodligen beror skillnaderna i resultaten på att Inceoğlu m.fl har analyserat sociala medier. Den medicinska diskursen är extremt dominerande på hälsosidorna. När läkare ifrågasätts tenderar ifrågasättandet ändå att ske inom den medicinska diskursen. Även det femte temat som Inceoğlu m.fl tar upp skiljer sig något från mina resultat. Att öka produktiviteten i arbetslivet är inget som jag har sett hälsosidorna förespråka. Det kan självklart bero på att det temat saknas på Aftonbladets och Metros hälsosidor, men det skulle också kunna bero på att det finns någon annanstans i tidningen.

Det är troligt att jag hade hittat en större mångfald av diskurser, och en tydligare kamp mellan diskurserna, om jag hade analyserat sociala medier. Då hade jag kunnat titta på *health opinion leaders* som har väldigt olika perspektiv. Perspektiven hos Aftonbladets och Metros hälsosidor är väldigt snarlika. Jag har inte sett mycket kamp mellan diskurser över huvud taget. Diskurserna om den ständigt närvarande ohälsan, om individens ansvar och frihet, och om konsumtion, förekommer nästan överallt i materialet, och dessa diskurser talar ständigt med varandra och förstärker varandra.

Att kontrollera det okontrollerbara

Samma individualistiska fokus som har hittats av Cockerham (2005), Fullagar (2002), Inceoğlu m.fl (2014) och Wheatley (2005) är tydligt i mitt resultat. Det råder en tystnad om sociala sammanhang i talet om hälsosamma livsstilar. Fokus ligger på individen och hens val på en fri marknad, av allt från yoghurt till läkare. Jag skulle dock hävda att ingen enligt hälsosidornas logik kan göra de rätta valen och fullständigt skydda sig mot sjukdomar. Att

aldrig behöva vara bekymrad för sjukdomar är en dröm, och hälsosidorna matar oss med den, men den kommer aldrig att bli något mer än en dröm.

Även om en individ lever hälsosamt enligt konstens alla regler kan hen drabbas av en sjukdom, kanske för att hen har följt fel diet och tränat på fel sätt. Det finns många bud om vilket som är det rätt. Människor kan bli sjuka av för oss helt okända orsaker. Vi känner inte till exakt vilka faktorer som ligger bakom sjukdomar. Tyvärr räcker inte detta faktum för att hindra att individer skuldbeläggs. Om en överviktig individ drabbas av en hjärtattack kommer övervikten att ses som orsaken. Det är dock en väldigt förenklad bild (Wheatley, 2005).

Tilltron till individen i den individualistiska diskursen liknar en religion. Individens förmågor är snudd på magiska, för det finns ingenting som inte kan uppnås av en individ som är disciplinerad och målmedveten. Jag skulle vilja hävda att detta fokus på individens förmågor är ett sätt att ta kontroll över det okontrollerbara. Sjukdomar och död har alltid varit svåra ämnen för människor att hantera. I en tid där religionen tog en större plats i människors liv kunde människor försöka hantera sjukdomar och död genom att t.ex. be en bön. I vårt sekulariserade samhälle fyller religion inte längre den funktionen. En tro på individens förmågor får fylla det tomrummet. Rädsla för döden kan övervinnas genom att vi intalar oss att det inte finns något som en motiverad och målmedveten individ inte kan klara av. Vi anstränger oss för att leva hälsosamt och skjuta upp ålderdomen.

Tanken att en målmedveten individ kan åstadkomma vad som helst är emellertid bara en tröst för de människor som har stor frihet att påverka sin livssituation. För en människa som inte kan välja att ”minimera stress”, juicefasta eller träna flera dagar i veckan blir det enorma fokuset på individens förmågor snarare ett hå.

Avslutande synpunkter

Jag vill avsluta med att återgå till min frågeställning. Jag undrade vem den hälsosamma människan är med avseende på tre faktorer: kön, ålder och klass. Den av dessa faktorer som har varit mest framträdande i min analys är klass. Diskurserna om individens frihet och ansvar och om konsumtion exkluderar människor i ekonomiskt utsatta situationer. Eftersom dessa två diskurser är i stort sett ständigt närvarande på hälsosidorna pågår ett nästan konstant osynliggörande av ekonomiskt utsatta människor. Hur synliga är dessa människor i media utanför hälsosidorna? I vilka sammanhang talas det om hälsa på ett sätt som inkluderar dem? I framtiden ser jag fram emot mer forskning om hälsosam livsstil ur ett klassperspektiv.

Referenser

- Bauman, Z. (2001). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Carabine, J. (2001). "Unmarried Motherhood 1830-1990: A Genealogical Analysis". I Margaret Wetherell, Stephanie Taylor & Simeon J. Yates (red.) *Discourse as Data. A Guide for Analysis*, s. 267-310. London: Sage Publications.
- Cockerham, W. (2005). "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure", *Journal of Health and Social Behavior*, 46, s. 51-67.
- Fairclough, N. (1998). "Political Discourse in Media: An Analytical Framework". I Allan Bell & Peter Garrett (red.) *Approaches to Media Discourse*, s. 142-162. Oxford: Blackwell.
- Fairclough, N. (2001). "The Discourse of New Labour: Critical Discourse Analysis". I Margaret Wetherell, Stephanie Taylor & Simeon J. Yates (red.) *Discourse as Data. A Guide for Analysis*. London: Sage Publications.
- Foucault, M. (1993). *Diskursens ordning*. Stockholm: Symposion.
- Foucault, M. (2003). *Övervakning och straff. Fängelsets födelse*. Lund: Arkiv.
- Fullagar, S. (2002). "Governing the healthy body: discourses of leisure and lifestyle within Australian health policy", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Study of Health, Illness and Medicine*, 6 (1), s. 69-84.
- Giddens, A. (1991). *Modernitet och självidentitet – självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.
- İnceoğlu, Y., Özçetin, B., Gökmen Tol, M. & Alkurt, S. (2014). "Health and Its Discontents: Health Opinion Leaders' Social Media Discourses and Medicalization of Health", *Ileti-sim*, 21, s. 103-127.
- Korp, P. (2010). "Problems of the Healthy Lifestyle Discourse", *Sociology Compass*, 4 (9), s. 800-810.
- Metro Business (2016). *Tidningen*. Tillgänglig: <http://metrobusiness.se/om-metro/tidningen/> [2016-11-02]
- Sima, J. (2016). Prins Daniel gör rätt klassanalys. *Aftonbladet*, 12 september. Tillgänglig: <http://www.aftonbladet.se/ledare/ledarkronika/jonnasima/article23504370.ab> [2016-10-25]
- Simmel, G. (1990). *The Philosophy of Money*. London & New York: Routledge.
- Socialstyrelsen (2016). *Socialstyrelsens termbank: hälsa*. Tillgänglig: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=64> [2016-10-25]

- Wheatley, E. (2005). "Disciplining Bodies at Risk. Cardiac Rehabilitation and the Medicalization of Fitness", *Journal of Sport & Social Issues*, 29 (2), s. 198-221.
- Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: analysmaterial

Metro

Beteckning	Datum	Sidnummer
M1	2015-10-12	s. 16
M2	2015-10-26	s. 22
M3	2015-10-30	s. 14
M4	2016-01-18	s. 18
M5	2016-10-25	s. 14-16, 18
M6	2016-04-11	s. 16
M7	2016-04-25	s. 22
M8	2016-07-22	s. 14

Aftonbladet

Beteckning	Datum	Sidnummer
A01	2015-10-05	s. 16-17
A02	2015-10-07	s. 22
A03	2015-10-12	s. 24-25
A04	2015-10-14	s. 24
A05	2015-10-19	s. 20-21
A06	2015-10-21	s. 24
A07	2015-10-26	s. 20-21
A08	2015-10-28	s. 22
A09	2016-01-04	s. 22-23
A10	2016-01-06	s. 22
A11	2016-01-11	s. 18-19
A12	2016-01-13	s. 18
A13	2016-01-18	s. 22-23
A14	2016-01-20	s. 20
A15	2016-01-25	s. 16-17
A16	2016-01-27	s. 26
A17	2016-04-04	s. 20-21
A18	2016-04-06	s. 26
A19	2016-04-11	s. 24-25
A20	2016-04-13	s. 22
A21	2016-04-18	s. 18-19
A22	2016-04-20	s. 24
A23	2016-04-25	s. 24-25
A24	2016-04-27	s. 20
A25	2016-07-04	s. 20-21
A26	2016-07-06	s. 22
A27	2016-07-11	s. 20-21
A28	2016-07-13	s. 20
A29	2016-07-18	s. 20-21
A30	2016-07-20	s. 22
A31	2016-07-25	s. 22-23
A32	2016-07-27	s. 30