

Innhold

Forord

Sammendrag

1. Innledning	1
2. Teori	3
2.1 <i>Definisjon og begrepsavklaringer. Hva er en risiko?</i>	3
2.1.1 "The world risk society."	3
2.2 <i>Risikopersepsjon</i>	4
2.2.1 <i>Det psykometriske paradigme</i>	4
2.1.2 <i>Kritikk mot det psykometriske paradigme</i>	6
2.3 <i>Kontroll</i>	7
2.3.1 <i>Lokus av kontroll</i>	7
2.3.2 <i>Self efficacy/ Mestringstro</i>	8
2.3.3 <i>Illusjon av kontroll</i>	9
2.3.4 <i>Optimistisk bias</i>	9
2.4 <i>Risikokommunikasjon</i>	11
2.4.1 <i>Tillit i risikokommunikasjon</i>	12
2.4.2 <i>Frykt og risikokommunikasjon</i>	13
2.3.4 <i>Virkningen av visuell (bilde)kommunikasjon på fryktnivå</i>	16
2.5 <i>Media</i>	17
2.5.1 <i>Media og risikopersepsjon</i>	17
2.3.2 <i>Medias budskap og mediepåvirkning</i>	18
2.6 <i>Oppsummering av teori</i>	19
2.7 <i>Hypoteser</i>	19
3. Metode	23
3.1 <i>Valg av metode</i>	23
3.2 <i>Prosedyre</i>	24
3.3 <i>Utvalg og respondenter</i>	24
3.3.1 <i>Beskrivelse av utvalget</i>	25

- Kjønn	25
- Alder	26
- Svineinfluentaen.....	27
- Vaksinerert.....	28
- Risikogruppe.....	29
3.4 Spørreskjema	30
3.4.1 Spørreskjemaets oppbygning	30
3.4.2 Den eksperimentelle variasjonen: Artikkene	31
3.4.3 Utvikling av indekser med utgangspunkt i faktoranalyse.....	32
3.4.4 Faktoranalysens forutsetninger	33
- Reliabilitet ved spørreundersøkelsen.....	34
3.4.5 Definerings og testing av måleinstrumenter.....	34
- Offisielle kilder.....	34
- Frykt	35
- Tillit til media	37
- Forhåndsregler	38
- Self efficacy/ Mestringstro	39
- Analyse av diskriminant validitet.....	40
- Optimistisk bias	43
- Lokus av kontroll.....	44
- Illusjon av kontroll	45
- Unnlot vaksinerings	46
- ”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen gjennom media.”.....	47
4. Resultater fra analysen	47
4.1 Testing av hypoteser	47
4.1.1 Hypotese 1	48
4.1.2 Hypotese 2	49
4.1.3 Hypotese 3	50
4.1.4 Hypotese 4	51
4.1.5 Hypotese 5	54
4.1.6 Hypotese 6	56
4.1.7 Hypotese 7	59
4.1.8 Hypotese 8	60

- Korrelasjon	60
- Regresjon	62
4.1.9 Hypotese 9 og 10	63
- Korrelasjon H9	63
- Korrelasjon H10	63
- Regresjon H9 og H10	65
4.2 Oppsummering av resultater	67
5. Diskusjon.....	69
5.1 Diskusjon av hovedfunn.....	69
5.1.1 Hypotese 1	69
5.1.2 Hypotese 2	71
5.1.3 Hypotese 3	72
5.1.4 Hypotese 4	72
5.1.5 Hypotese 5	74
5.1.6 Hypotese 6	74
5.1.7 Hypotese 7	75
5.1.8 Hypotese 8	77
5.1.9 Hypotese 9	78
5.1.10 Hypotese 10	79
5.2 Begrensninger ved undersøkelsen.....	80
- Generaliserbarhet.....	80
- Respondentene.....	81
- Spørreskjema	81
- Måleinstrumentene	82
- Kausalitet.....	83
6. Konklusjon.....	84
6.1 Forslag til videre forskning.....	85
7. Litteraturliste.....	86
8. Vedlegg	94
- Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen til bedrifter	94
- Vedlegg 2: Artikkene (den eksperimentelle variasjonen)	101
- Vedlegg 3: Supplerende informasjon til faktoranalysene.....	109

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på en flott studietid ved NTNU, Dragvoll. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Christian Klöckner for god veiledning, inspirasjon og motivasjon gjennom hele denne prosessen. Du har vært til stor hjelp for meg, også i de stundene hvor jeg har vært preget av både vrangforestillinger, motløshet og fortvilelse.

Å skrive en masteroppgave er en lang og tidkrevende prosess, og det er ikke alltid at man ser lyset i enden av tunnelen. Jeg vil derfor takke mine nærmeste venner og familie for at de har gjort dette lyset synlig for meg! Spesielt vil jeg rette en takk til Nathalie Bachke, som alltid har støttet meg 100 %, og som har kommet med smarte og innovative løsninger til meg når jeg har låst meg fast. "Luretriksene" dine har vært gode å ha i bakhånd! Samtidig vil jeg rette en stor takk til min kjære mor og far for god økonomisk støtte gjennom hele studieforløpet. Til mine øvrige venner vil jeg si: Takk for at dere har akseptert at jeg, til tider, har måttet sitte i mitt "masterisolat" og derfor vært mye utilgjengelig og fraværende!

Til sist: Takk til min samboer, Marius Stokke for godt "bakgrunnsstøy" da min masteroppgave ble skrevet i en trang leilighet på 37kvm, med mye støy og liten grad av privatliv.

Fortsatt står det igjen mange åpne og ubesvarte spørsmål som kan besvares med datamaterialet mitt. Problemet er bare at jeg allerede hadde et veldig strengt og limitert sidetall å forholde meg til, og det ble rett og slett ikke plass til noe mer! Jeg valgte likevel å kjøre noen ytterligere analyser (som ikke er blitt inkludert i oppgaven), og fant en del interessante resultater (f.eks fant jeg en sammenheng mellom "lokus av kontroll" og optimistisk bias; påvirkning av personlige egenskaper og eksperimentell variasjon på størrelsen av biaset; sammenheng mellom fryktnivå og forhåndsregler; utvikling av fryktnivå over tid avhengig av personvariabler; og vurdering av svineinfluensaen sammenlignet med andre sykdommer).

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven var å studere folks risikoopplevelse av svineinfluenzaen. Samtidig var jeg interessert i å undersøke hvorvidt ulike komponenter i media (som blant annet nyhetsnivå, kontrollerbarhet og bildetype) kan bidra til å påvirke vår risikopersepsjon. Forskning har vist at menneskets forståelse og toleranse ovenfor ulike risikoer blir påvirket av vårt psykologiske, sosiale, kulturelle og institusjonelle ståsted. Media har også vist seg å ha betydning for hvordan offentlig helseinformasjon blir hørt, tolket og respondert på, og dette kan determinere hvorvidt risikokommunikasjonen er suksessfull i å påvirke folks evne til å innrette seg etter myndighetenes anbefalinger. Det spekuleres derimot i hvor utstrakt medias påvirkningspotensiale faktisk *er*. Noen hevder at medias påvirkningskraft ikke er av en gitt og kjent størrelse, men at den varierer mellom land og over tid, samt mellom individer og situasjoner. Studier skriver også at bruken av bilder i offentlige kommunikasjonsappeller kan påvirke menneskelig helseatferd i retning av myndighetenes anbefalinger, og at bilder er viktige for vår hvordan vi oppfatter, forstår og erindrer offentlig helseinformasjon. Fremtidig forskning omhandlende epidemier og risikopersepsjon bør ta sikte på å få utført en lignende studie, men da under tilstedeværelsen av en epidemi og ikke i dens etterkant. Man kan også supplere en kvantitativ undersøkelse med en kvalitativ intervjuundersøkelse, for å fange opp mer tydelig hvordan risikokommunikasjonen påvirker oss.

1. Innledning

Målet med denne oppgaven er å studere folks risikoopplevelse av svineinfluensaen og kartlegge medias påvirkning. I april 2009 ble det kjent at den nye influensa A (H1N1), eller bedre kjent som svineinfluensaen, begynte å spre seg over landegrenser verden over. Verdens helseorganisasjon (WHO) hevet det kritiske pandeminivået til 6, da influensaen hadde nådd de fleste land og ikke lenger var under kontroll (Rubin, Amlôt, Page & Wessely, 2009). I fraværet av manglende vaksiner mot denne spesifikke influensatypen, ble det innført ulike tiltak som et forsøk på å kontrollere spredningen. Parallelt med dette ble offentligheten underrettet om hvilke forhåndsregler de kunne implementere, for å redusere risikoen for å bli smittet (Rubin et al., 2009). Målet med forhåndsreglene var å gi publikum en leksjon i hvordan de kunne opparbeide seg gode hygienerutiner, for å begrense smitteoverføring. Leksjonens overordnede mål var å få folk til å skjønne hvor viktig det er å holde en god håndhygiene gjennom hyppig håndvasking, samt viktigheten av å nyse i lommetørkler for å skjerme omgivelsene fra smitte (Rubin et al., 2009).

En av de faktorene som kan påvirke hvorvidt folk er villige til å innta forhåndsregler for smittetiltak rundt en pandemi, er hvordan menneskets vurderer relevansen, omfanget og betydningen av pandemien. Vår risikovurdering blir igjen påvirket av ulike faktorer, som vårt psykologiske, sosiale, kulturelle og institusjonelle ståsted (Bickerstaff, 2003). Men vår risikovurdering blir også farget av egenskaper ved risikoen i seg selv, og hva som eventuelt kjennetegner denne. Dette kan være om risikoen er nært forestående eller fremtidsberettiget, om vi imøtekommer den frivillig eller om den er uønsket, hvor mye vi kan kontrollere dens grad av omfang og alvor når den først har inntruffet, og hvor mye vi vet om risikoen fra før av (Fischhoff, Slovic, Lichtenstein, Read & Coms, 1978). I tillegg til de nevnte faktorene er det også en siste faktor jeg ønsker å ta for meg her, og det er graden av tillit vi har til de kildene som kommuniserer rundt risikoer. Hvis publikum ikke har tiltro til de kildene som overleverer risikobetont informasjon, er det meget sannsynlig at dette vil determinere deres handlingsatferd i den grad at de ikke vil være like villige til å ta konkrete forhåndsregler (Rubin et al., 2009).

De som kommuniserer risikoer er ofte eksperter på feltet, som ulike institusjoner og organisasjoner, men det kan også være kanaler som massemedia (Wilkins & Patterson, 1987). Menneskelige pandemier er et klassisk eksempel på risikoer som har blitt godt dekt i media

opp gjennom tidene (Young, Norman & Humphreys, 2008). Studier viser at de fleste amerikanere søker media for å finne svar på helserelaterte anliggender. En studie rapporterer at 58 prosent av alle amerikanere har endret atferd eller foretatt konkrete handlinger (bestilt legetime eller gått til innkjøp av medisiner), som et resultat av medias fremstilling av saker som beskjeftiger seg med sykdom og helse (Mebane, 2005). Selv om denne studien er utført i Amerika, er det hensiktsmessig å anta at nordmenn også tar utgangspunkt i media som en kilde til kunnskap. En undersøkelse utført av statistisk sentralbyrå fra 2008, viser at 68 prosent av Norges befolkningen leser aviser daglig, og 71 prosent anvender internett daglig. Samtidig ser 80 prosent av det norske folk på tv daglig, og 54 prosent hører på radio (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2009). Denne undersøkelsen viser at media er en integrert og viktig del av vår hverdag. Det er derfor også nærliggende å anta at på grunnlag av vårt høye medieforbruk, vil media være med på å påvirke de avgjørelsene vi tar i henhold til risikoer.

I min undersøkelse ønsker jeg blant annet å få svar om det finnes forskjeller i menneskers opplevde grad av frykt, i relasjon til svineinfluensaen. Jeg ønsker også å finne ut om det eksisterer kjønnsforskjeller i grad av rapportert fryktnivå, og om frykten øker som en følge av eksponering for ulike medier. Samtidig er jeg interessert i å studere hvorvidt ulike komponenter i media, slik som nyhetsnivå, kontrollerbarhet og bildetype kan bidra til å påvirke vår risikopersepsjon. Videre lurer jeg på om folk har tatt færre eller flere forhåndsregler som en følge av medias formidling av svineinfluensaen.

I denne oppgaven ønsker jeg å ta for meg risikokommunikasjonens tilnærming til svineinfluensapandemien. Min problemstilling blir derfor:

”Hvilken rolle spiller media for folks risikovurdering rundt svineinfluensaen?”

For å nærme meg denne problemstillingen, gjennomførte jeg en eksperimentell studie. Utvalget mitt fikk lese en artikkel som jeg på forhånd hadde manipulert systematisk, ved å variere graden av kontroll, nyhetsrelevanse og bildebruk presentert i artikkelen. Jeg ønsker å teste hvorvidt menneskets risikovurdering avhenger av måten risikoer blir fremstilt på, eller om dette forholdet er uavhengig.

2. Teori

I teoripresentasjonen vil fokuset være på relevant teori om risikopersepsjon og risikokommunikasjon. Presentasjonen starter med en definisjon av begrepet risiko og tar videre for seg risikopersepsjonen tilnærming til risikoforskning generelt, gjennom et innblikk i det psykometriske paradigme, og ved å se på hvordan individuelle variasjoner kan påvirke menneskets risikoopplevelse. Helt til slutt kommer en introduksjon av de kildene som formidler risikobetont informasjon, som media og offentlige helsemyndigheter. Deres mål er å formidle et budskap som har til sin hensikt å virke skremmende nok til at publikum inntar de nødvendige forhåndsreglene under (for eksempel) herjingen av en pandemi.

2.1 Definisjon og begrepsavklaringer. Hva er en risiko?

Meara (2002) hevder at en risiko er sannsynligheten for at en bestemt uheldig hendelse vil inntreffe på et gitt tidspunkt. Man skiller også mellom de to begrepene fare og risiko. En fare består av elementer som virker truende på oss mennesker, og risiko er vår gjenkjennelse av disse fareelementene.

Risikobegrepet har sine røtter i den fysiske vitenskapen, hvor det ble gjenkjent og behandlet som noe kvantifiserbart. I de senere tider er begrepet derimot blitt tatt i bruk av filosofer, politiske forskere, psykologer og sosiologer, og er derfor blitt et verktøy som også samfunnsvitenskapen kan nyttiggjøre seg av (Slovic, 1987). Når man snakker om en risiko er vi ikke bare opptatt av sannsynligheten for at denne vil inntreffe, man er også interessert i å vite noe om omfanget av risikoen. Her skiller man mellom sannsynlighet og utbredelse (Slovic, 1998).

2.1.1 *"The world risk society."*

I følge Beck (1992) lever vi i dag i et globalt risikosamfunn. Dette kommer av at med den verdensomspennende globaliseringen, følger også de globale risikoene. Globaliseringen bringer verden nærmere, og opphever de nasjonale landegrensene gjennom migrasjon og handel av varer, informasjon, kunnskap og kultur. Fenomenet har også ført til at enkelte sykdommer har lettere for å spre seg. Globaliseringen øker derfor sannsynligheten for at et

bestemt influensavirus i for eksempel Italia vil spre seg til land som Norge og Kina, slik tilfellet var med svineinfluensautbruddet i Mexico (Smith, 2006).

2.2 Risikopersepsjon

Risikobegrepet er koblet til vår opplevelse, eller persepsjon av noe vi mennesker finner faretruende, risikabelt eller fryktingytende (Joffe, 2003). Menneskets evne til å foreta vurderinger i en situasjon som kan virke truende eller risikabel, er det vi på fagspråket gjenkjenner som en "risikopersepsjon." En risikopersepsjon er en subjektiv vurdering av sannsynligheten for at en bestemt hendelse vil forekomme, og hvor bekymret man er for utfallet av denne (Breakwell, 2007). Hvert enkelt individ har en ulik oppfatning av hva som karakteriserer en gitt risiko. De som driver med ekstremporter som paragliding, fjellklatring og rafting vil ha en helt annen forståelse for risikoene forbundet med disse aktivitetene, sammenlignet med dem som ikke driver med ekstremporter. Man kan snakke om objektive risikoer og subjektive risikoer, oppfattelsen av risikoer blant allmennheten i forhold til den av eksperter og forskere, og man kan snakke om risikoer i relasjon til kulturelle, sosiale, psykologiske og institusjonelle forhold. Ut i fra dette kan man ikke si at risikoer er noe som alle oppfatter og erfarer likt, men at de varierer mellom land, individer, generasjoner og over tid (Bickerstaff, 2003).

Selv om risikoforståelsen er av subjektiv karakter, er det likevel bestemte mønstre og typiske trender som oppvises. Vi kan se likheter i bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og utdanning. For eksempel viser flere studier at kvinner og eldre mennesker har en høyere personlig risikovurdering enn menn og yngre mennesker (Smith & Torstensson, 1997). Forskning har rapportert at kvinner og etniske minoritetsgrupper har en større risikooppfattelse fordi de føler seg mer sårbare (Satterfield, Mertz & Slovic, 2004).

2.2.1 Det psykometriske paradigme

En av de viktigste antakelsene til det psykometriske paradigme at risikoer er subjektive fenomener, som kun eksisterer i individets verden, og ikke ute i den "virkelige" verden (Slovic, 1998). Den oppfatningen hvert enkelt individ har av ulike risikoer, avhenger av de sosiale, psykologiske, institusjonelle og kulturelle normene som vi holder. Det psykometriske

paradigme hevder at man ved hjelp av de riktige metodene kan finne frem til likheter og variasjoner i risikopersepsjon, mellom grupper av individer.

I en oppsiktsvekkende studie undersøkte Fischhoff et al. (1978) hvilke faktorer som påvirker menneskets persepsjon av forskjellige risikoer. I undersøkelsen ble subjektene bedt om å rangere ulike risikoer ut i fra hvilke karakteristikk og kvaliteter som kjennetegnet de gitte risikoene. Subjektene skulle rangere ulike risikoer på ni dimensjoner ut i fra deres kjennemerker. Den første dimensjonen var om hvorvidt man møtte risikoen på et frivillig eller ufrivillig grunnlag. Den andre dimensjonen stilte spørsmål omkring den umiddelbare virkningen av risikoen. Neste trinn beskjeftiget seg med om hvorvidt risikoen var godt kjent blant de som sto ovenfor risikoen. Det fjerde spørsmålet ville vite om hvorvidt det var en risiko som tok ett og ett liv i gangen (kronisk), eller om risikoen tok mange liv samtidig (katastrofe). Det femte aspektet tok utgangspunkt i om risikoen var alminnelig og vanlig, eller fryktinngytende og skremmende. Neste spørsmål baserte seg på det mulige utfallet av risikoen. Hvor sannsynlig er det at risikoen kan ha katastrofale følger når den først er blitt gjenkjent? Det sjuende spørsmålet i rekken tok stilling til vitenskapens forståelse rundt risikoen, og i hvilken grad risikoen er kjent for forskere og eksperter. Det åttende trinnet tok for seg betydningen av kontroll. Siste spørsmålet i undersøkelsen var relevansen av nyhetsaspektet knyttet til risikoen. Videre skulle respondentene rangere risikoene forbundet med ulike typer aktiviteter (som røyking, alkoholforbruk, husholdningsartikler, kjøretøy, operasjoner, røntgen, vaksiner, fjellklatring, svømming, skigåing og innsektmidler) på hver dimensjon.

Svarene ble identifisert og analysert ved hjelp av en faktoranalyse. Funnene fra undersøkelsen viser at det i hovedsak var to faktorer som kunne forklare det meste av variasjonen i menneskets risikobeskrivelse. Disse faktorene var ”frykt” og ”kjennskap” til risikoen. Fischhoff et al. (1978) hevdet at de to ovennevnte faktorene kunne forklare mye av menneskets risikovurdering, og vår toleranse for ulike risikoer. Blant annet ble det kjent at risikoer man imøtekommer frivillig er risikoer en allerede vet en del om, og derfor vil risikooppfatningen være lavere. Nye risikoer vil derimot oppleves som mindre kontrollerbare fordi de er ukjente for oss, og vi får følgelig en høyere risikoopplevelse.

2.2.2 Kritikk mot det psykometriske paradigme

Det psykometriske paradigme har vært gjenstand for en del kritikk og diskusjoner i ettertid. Modellens begrensninger synes å være et resultat av metodiske svakheter og forskernes forutinntatthet, under gjennomføringen av studien. Blant annet sies det at forskerne allerede i utviklingen av modellen var klar over at de risikoene som ble målt i undersøkelsen, ville påvirke utfallet av studien. Forskerne var også klar over at deltakernes egenskaper, parallelt med de spørsmålene som ble stilt og de metodene som ble brukt, kunne påvirke de resultatene som sprang ut av undersøkelsen (Sjöberg, 2000).

En annen svakhet ved denne tilnærmingen var at forfatterne ønsket å identifisere egenskaper ved risikoer, som var universale og standardiserte hos alle mennesker. De gjorde ingen forsøk på å skille mellom individets risikooppfatninger og forskjeller mellom grupper av individer. De statistiske analysene i den tidlige utviklingen av modellen tok utgangspunkt i gjennomsnittskårer for hele utvalg, og ga ingen informasjon om hvordan individets risikooppfatning kan være ulik den av andre. Formålet med tilnærmingen var å fremstille personlighetsprofiler av farer, men i stedet ble det formidlet slik at alle individer oppfatter de samme farene likt (Marris, Langford, Saunderson & O’Riordan, 1997).

I det psykometriske paradigme ble også risikoer, eller risikofylte aktiviteter og teknologier, sett på som eksterne objekter med ett gitt sett av forhåndsbestemte kvaliteter og egenskaper. Forfatterne ignorerte sannsynligheten for at sosiale, kulturelle og institusjonelle faktorer kunne påvirke hvordan folk oppfatter og evaluerer risikoer. Modellen har i etterkant blitt replikert, og forskere har funnet mye av de sammen trendene som først ble vist i originalen (Marris, et al., 1997). De fant blant annet høye korrelasjoner mellom en faktor og de ulike variablene, når de analyserte gjennomsnittsskårene. Korrelasjonene fra de individuelle analysene gjenspeilet de sammenlagte analysene, men styrken på samvariasjonen var her noe svakere. Den negative korrelasjonen mellom ”manglende kjennskap for de eksponerte” og en risikopersepsjon definert som ”uakseptabel” i den sammenlagte analysen, var nærmest ikke synlig i de individuelle analysene (Marris et al., 1997).

Dette avsnittet har tatt utgangspunkt i, og oppsummert, den viktigste kritikken som har vært rettet mot det psykometriske paradigme. Noe av denne kritikken er igjen blitt kritisert for å være mangelfull, fordi forskere hevder at den blir for enkel og ensidig (Breakwell, 2007).

2.3 Kontroll

Kontroll har vist seg å være viktig for menneskets risikoforståelse. Desto høyere kontroll man erfarer å ha over en gitt risiko, desto mer harmløs vil risikoen fremstå, og den relaterte risikovurderingen vil følgelig synke (Fischhoff et al., 1978; Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1980). Forskning har fremholdt at mennesker aksepterer vesentlig flere risikoer dersom de imøtekommer risikoene frivillig. Risikoer vi oppsøker frivillig vil i mindre grad oppleves som risikoer, fordi vi er i en setting hvor vi føler å ha kontroll (Fischhoff et al., 1978 Slovic et al., 1980). Mennesker har et iboende behov for å ha kontroll og styring på hendelser og situasjoner i sin livsverden (Frese, 1987). Følelsen av å ha kontroll i en situasjon vil mest sannsynligvis redusere stress i hverdagen.

Det finnes forskjellige aspekter eller undergrupper av kontroll, og i denne studien vil jeg se nærmere på begrepene *"lokus av kontroll," "self efficacy," "illusjon av kontroll,"* og *"optimistisk bias"* som et mål på individuelle forskjeller i fryktnivå, i henhold til svineinfluensaen.

2.3.1 Lokus av kontroll

Lokus av kontroll sammenfatter de generelle forventningene som mennesket har om relasjonen mellom egne handlinger, og de konsekvensene som etterfølger disse handlingene. Vi skiller mellom en intern og en ekstern lokus av kontroll. Mennesker som holder en ekstern lokus av kontroll er mer tilbøyelig til å tro at hendelser som inntreffer i deres liv, skjer uavhengig av egne valg og handlinger (Crisp & Barber, 1995). Det betyr at situasjoner som oppstår er et resultat av flaks, skjebne og ytre faktorer; elementer som subjektet selv ikke rår over. For eksempel er det veldig typisk som student å skyldes på læreren eller på eksamensspørsmålene når man presterer dårlig på en prøve. Det er sjeldent at man ønsker å innrømme manglende kompetanse eller en svak leseinnsats i forkant av prøven, når man skal redegjøre for en dårlig karakter.

De som holder en intern lokus av kontroll mener at det som hender dem, er et resultat av egne prestasjoner og handlinger, og derfor blir utkommet også sett på som kontrollerbart. Personer med en intern lokus av kontroll vil gjøre det bedre på skolen, lykkes i å slutte å røyke, bruke setebelte oftere, og mestre ekteskapsproblemer i større grad enn personer med en ekstern

holdning (Findley & Cooper, 1983). Studier har illustrert at de med en intern lokus av kontroll tar færre risikoer, og gjennomfører flere forebyggende tiltak for å hindre og / eller begrense omfanget av negative utfall. For eksempel viser en studie at eksterne individer er dårligere til å følge ”solvett” reglene ved å anvende solkrem, for å beskytte seg mot hudkreft som en følge av overeksponering i solen (McMath & Prentice-Dunn, 2005). En annen studie rapporterer derimot at en intern lokus av kontroll kan medføre en større risikotakning innenfor bestemte kontekster (Franco, Belinson, Casey, Plummer, Tamburrino & Tung, 2000).

2.3.2 *Self Efficacy/ Mestringstro*

Å ha mestringstro vil si å ha positiv tro på egen kompetanse og effektivitet (Myers, 2005). Sagt med andre ord er mestringstro vår evne til å tro at vi er kapable til å kontrollere våre sosiale miljøer, atferder, og motivasjoner (Bandura, 1990). Barn og voksne med en sterk mestringstro vil som oftest være mindre nervøse og mindre deprimerte. De lever også mer suksessfulle liv med god helse og høy utdanning (Donaldson, 2003). Høy mestringstro er også assosiert med en bedre håndtering av ens sosiale og fysiske miljø. På motsatt side vil de med en lav mestringstro være mer tilbøyelige til å fokusere på problemene de møter, og ikke på håndteringen eller løsningen av disse. De har derfor en lavere motivasjon og evne til å lykkes (Breakwell, 2007). Forskerne er ikke blitt enige om hvorvidt ”self efficacy” er noe som manifesterer seg gjennom alt vi gjør, eller om det kun kan knyttes opp mot enkelthandlinger og spesifikke situasjoner. Skal vi snakke om en ”*self efficacious*” person, eller en person som foretar en ”*self efficacious*” handling? (Breakwell, 2007). I denne studien vil jeg ta utgangspunkt i ”self efficacy” i relasjon til svineinfluensasfenomenet, og ikke som et helhetlig fenomen.

Forholdet mellom ”self efficacy” og risikotakning viser seg sterkest når det kommer til frivillige risikoer. For eksempel viser funn at dersom en risiko tilfredsstiller enkelte behov og gleder, vil de med en høy mestringstro i større grad imøtekomme risikoen (Breakwell, 2007). I Wilson, Wallstone og King (1990) fremkommer det at de med en høy mestringstro har lettere for å slutte å røyke. I henhold til ufrivillige risikoer, som naturkatastrofer og pandemier, vil de med en høy mestringsevne også ta i bruk flere selvbeskyttende hjelpemidler enn de med en lav mestringstro (Floyd, Prentice-Dunn & Rogers, 2000). Det spekuleres i om de med en lav ”self efficacy” vurderer personlige risikoer for å være høyere, i og med at de

ikke er like villige til å engasjere seg i forebyggende arbeid for å begrense eller redusere en gitt risiko. Dette støtter også teorien til Kallmen (2000, omtalt i Breakwell, 2007), som fant at individer med et lavt fryktnivå, høy grad av "self efficacy" og en intern lokus av kontroll vurderte personlige og generelle risikoer for å være lavere, enn de med høy frykt, lav "self efficacy" og en ekstern lokus av kontroll.

2.3.3 *Illusjon av kontroll*

Når noen holder en sterk intern lokus av kontroll vil det noen ganger inntre situasjoner som vedkommende tror at han eller hun kan kontrollere, når realiteten er en annen. Det at man tror at man kan påvirke eller kontrollere en situasjon som i utgangspunktet er ukontrollerbar, er det man på fagspråket betegner som en "*illusory thinking*" (Langer, 1975). Dette er et fenomen som hyppig viser seg innenfor gambling og andre spilleområder (Coventry & Norman, 1998). "*Illusory thinking*" er noe vi også ser hos enkelte billister. De som føler at de har mer kontroll over situasjonen når de kjører selv, fremfor å sitte på som medpassasjer, vil ha en falsk kontrollfølelse (McKenna, 1993).

2.3.4 *Optimistisk bias*

Optimistisk bias beskriver hvordan mennesker generelt tror at de er mindre eksponerte for å oppleve negative hendelser i sitt liv, og mer villige til å erfare positive hendelser, enn andre. Studier har vist at ungdommer og voksne røykere tror at helserisikoen som en følge av røyking er mindre for dem selv enn for andre røykere (Arnett, 2000). Dette illustrerer prinsippet bak det optimistiske biaset, eller urealistisk optimisme som det også blir kalt. Når individer ser seg selv som mindre utsatte for å erfare noe negativt, sammenlignet med et gjennomsnitt, vil de være mer tilbøyelige til å utføre risikobetonte aktiviteter (Arnett, 2000). I de siste årene har forskere funnet ut at individer med en intern lokus av kontroll skårer høyere på et optimistisk bias mål, enn mennesker med en ekstern lokus av kontroll (Moen, 2003). Dette støtter opp under en teori om personlighetsforskjeller i henhold til urealistisk optimisme.

Optimistisk bias dreier seg riktignok ikke kun om risikoer, men også om fremgang og lykke (Myers, 2005). Individer kan ha en formening om at de vil utøve større suksess og ha en

høyere materialistisk velstand enn andre. (Kruger & Burrus, 2004; Kruger, Windschitl, Burrus, Fessel & Chambers, 2008). I følge Weinstein (1980) er det noen regler som ligger til grunn for hvorfor mennesket har en så utelukkende god tro på seg selv. Mangel på informasjon omhandlende en risiko fører ofte til at mennesker ser på seg selv som mindre utsatte for å bli berørt av en risiko, sammenlignet med et gitt gjennomsnitt. En annen forklaring er at individer som regler mangler evnen til å se virkeligheten fra andres ståsted, og derfor er de ikke i stand til å se at de (negative) faktorene som påvirker andre, også påvirker en selv. Weinstein (1980) hevder også at personer som tror at de er mer villige til å erfare positive hendelser enn andre, får et forsterket selvilde og muligheten til å se seg selv som bedre enn andre. Samtidig vil det å sammenligne seg selv med et individ som representerer stereotypen på en risikosøkende person, kunne trigge frem en urealistisk optimisme.

Forskere og myndigheter verden over hevder at det optimistiske biaset tydelig hemmer mennesker ifra å ta de riktige avgjørelsene, under tilstedeværelsen av en risiko (f. eks. Radcliffe & Klein, 2002). Det kan påvirke våre tanker, handlinger og muligheter til å operere etter de anbefalte forhåndsreglene som myndighetene pålegger oss, for eksempel under herjingen av en pandemi. Når folk tror at de er mindre utsatt fra å bli berørt av en pandemi, vil de ikke se det som nødvendig å vaksinere seg eller ta andre forhåndsregler. Dette vil føre til at man forventer en negativ korrelasjon mellom optimisme og forebyggende atferd. Alternativt kan de som engasjerer seg i forebyggende handlinger være mer optimistiske i nærværet av en risiko, fordi de tror at deres atferd har bidratt til å redusere risikoen. På denne måten kan optimisme og forebyggende handlingsatferd være positivt korrelert, og ikke negativt korrelert som forskning tidligere har antatt (Eiser, 1998). Forskning har derfor påpekt at det å ha optimistiske utsikter kan gi gunstige helsefordeler og en mer tilpasningsdyktig atferd (Eiser, 1998; Radcliffe & Klein, 2002). Det at optimisme er koblet opp mot en positiv handlingsatferd skyldes at folk blir mindre sårbare mot for eksempel svineinfluensaen, etter å ha blitt vaksinert. Dette er i bunn og grunn ikke en bias i seg selv, nettopp fordi at mennesker som tyr til konkrete handlingstiltak er mindre utsatte og sårbare for smitte, enn folk som ikke velger å beskytte seg mot svineinfluensaen. Men jeg forventer likevel å finne en form av optimistisk bias blant respondenten i utvalget, fordi jeg antar at folk som er mindre sårbare (som en følge av å ha beskyttet seg) også vil undervurdere andre menneskers tilbøyelighet til å engasjere seg i forebyggende atferd.

På motsatt side kan en pessimistisk selvvurdering bli oppfattet som et tegn på at man er mer bekymret for risikoer, og derfor også mer villig til å ta bestemte forhåndsregler i relasjon til risikoer. Begrunnelsen i dette ligger i at følelsen av å være sårbar motiverer en til å fremme og beskytte egen helse (Eiser, 1998; Gerrard, Gibbons & Reis-Bergan, 1999). Derimot er det en studie som mener at dette blir en feilaktig antakelse, fordi at når man først har investert i ett enkelt forebyggende helsetiltak, vil den allerede opplevde følelsen av sårbarhet bli sterkt redusert, selv om risikoen ikke opphører å eksistere. Dette betyr at det vil kunne oppvises en negativ samvariasjon mellom forebyggende handlingstiltak og den gjeldende graden av sårbarhet (Gerrard et al., 1999).

I ettertid har forskning vist at det kan virke som om en bias holdes sterkere hvis en risiko er under ens personlige kontroll, som i tilfellet med røyking. Fraværet av kontroll fører til en pessimistisk vurdering av personlige risikoer, som altså er det motsatte av hva det optimistiske biaset illustrerer (Weinstein, 1980). Et pessimistisk bias kan observeres hos personer som tidligere har hatt personlig erfaring med/ eller tilknytning til, den gitte risikoen, eller dersom man ber respondenten om å sammenligne sin egen risiko med den av nære venner og familie (Weinstein, 1980). Dette viser at mennesket faktisk kan være klar over at de tenker overfladisk og favoriserer seg selv.

2.4 Risikokommunikasjon

Risikokommunikasjon er helt nødvendig for at vi på en effektiv måte skal kunne informere befolkningen om aktuelle kriser og farer, samtidig som man skal berolige, veilede og assistere folket gjennom krisen (Vaughan & Tinker, 2009). Risikokommunikasjon beskjeftiger seg med de problemene som måtte oppstå når man skal kommunisere rundt størrelsen, omfanget og håndteringen av en gitt type risiko. Den tar også stilling til de ulike styrkene og svakhetene hos de kanalene som kommuniserer risikoer ut til allmennheten (Covello, Peters, Wojtecki & Hyde, 2001). Risikokommunikasjonen er en interaktiv prosess mellom en autoritær sender og flere uformelle mottakere (Covello et al., 2001). En sender kan være en enkeltperson, som journalister og forfattere, eller institusjonelle grupper som redaksjoner, kommunikasjonsbyråer, film- og mediekonsern, radio og fjernsyn og lignende (Bang, 2003). Sender ønsker for eksempel å vite noe om hvilke bekymringer og interesser allmennheten holder, mens allmennheten på sin side er opptatt av selve risikoen, og hvordan myndighetene

har tenkt å håndtere denne (Covello et al., 2001). Effektive kommunikasjonsstrategier rundt helserisikoer er avgjørende for å ivareta befolkningens helse gjennom et pandemiutbrudd (Vaughan & Tinker, 2009). Gjennom ulike kanaler for informasjonsformidling ønsker man å påvirke publikum i retning av myndighetenes anbefalninger.

De som formidler risikobetont informasjon bør se til at kommunikasjonen er troverdig, forståelig, entydig og klar (Covello et al., 2001). Mangler og feil her kan føre til at det oppstår avvik og variasjoner i forståelsesgrunnlaget hos publikum, som ikke står i overensstemmelse med det intenderte budskapet i den opprinnelige meldingen. Mennesker som blir berørt av risikokommunikasjon er allerede blitt skremt, eller på vei til å bli skremt. Risikokommunikasjon forekommer i ett område som allerede er veldig emosjonelt ladet. Når mennesket er bekymret for noe de opplever som en stor trussel, vil deres evne til å prosessere informasjon være både svekket og mangelfull. Disse følelsene som hindrer en effektiv og fullstendig prosessering av viktig informasjon, blir gjenkjent som mentalt støy (Covello et al., 2001). Støy kan påvirke vår evne til å tilegne oss de nødvendige forhåndsreglene i lys av en pandemi.

2.4.1 Tillit i risikokommunikasjon

Tillit i risikokommunikasjonssettingen determinerer hvordan risikoer blir oppfattet og akseptert. Siegrist og Cvetkovich (2000) erklærer at når individer har lite kjennskap til en gitt type risiko, vil deres risikovurdering være styrt av den tilliten som de føler ovenfor de kildene som formidler risikoen. Mennesker som ikke jobber i helsedirektoratets pandemigruppe, vil for eksempel mangle kunnskaper om svineinfluensaen. Ordinære mennesker har som regel ikke kunnskaper utover det grunnleggende og allmennkjente ved andre spesialiteter. Når mennesker mangler kunnskaper omhandlende et tema som er preget av risiko, vil de ikke ta et personlig og direkte ”oppgjør” med risikoen. Mennesket vil heller legge sin tillit til eksperter og forskere på feltet, og stole på den at den informasjonen de fremlegger er riktig (Siegrist & Cvetkovich, 2000). Men forskere er ofte av forskjellig oppfatning når det gjelder hvordan risikoer blir oppfattet og evaluert, og det kan derfor være vanskelig å vite *hvem* man skal stole på. Studier har illustrert at vi stoler på de forskerne som vi mener holder de samme verdiene som vi holder (Vaughan & Tinker, 2009). Vi er også mer tilbøyelige til å stole på kilder som virker kompetente, troverdige, omsorgsfulle og anerkjente.

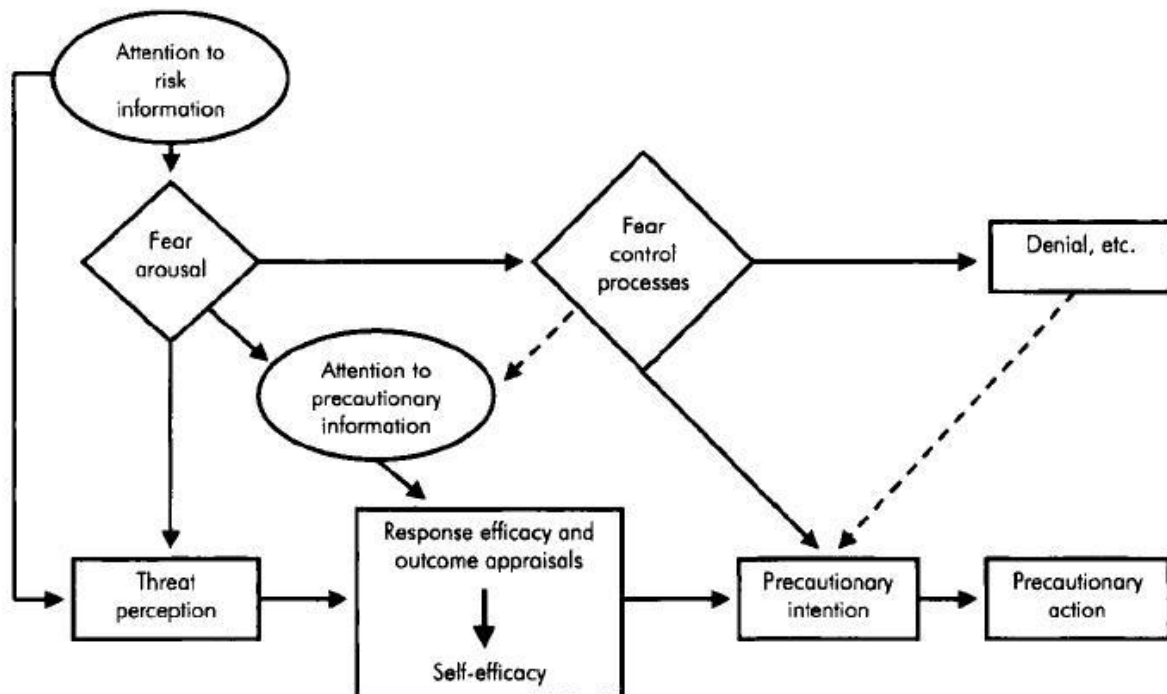
I risikokommunikasjon er målet å skape tillit hos allmennheten. Uten tillit vil det bli vanskelig og nå frem til publikum, og samtidig skulle motivere folket til å tilegne seg en selvbeskyttende atferd under tilstedeværelsen av en risiko (Vaughan & Tinker, 2009). Tilliten til eksperter blir svekket dersom ekspertene viser seg å være uenige, og dersom det ikke er noen form for samordning mellom de organisasjonene som skal håndtere risikoen. Tilliten minsker også hvis myndighetene ikke involverer publikum i kommunikasjonsprosessen, og feiler å ta i betraktning deres bekymringer og engstelser (Covello et al., 2001). Disse konfliktene kan bli forsterket av at risikokommunikasjonen fremstår som abstrakt, tvetydig, forvirrende og ufullstendig (Covello et al., 2001). Vår tiltro til de offentlige kommunikasjonskanalene vil også svekkes som en følge av at eksperter er uvillige til å akseptere risikoer og derfor også uvillige til å formidle informasjon om risikoer innenfor en respektiv tidsramme. Dette går inn under kategorien mangel på god kommunikasjon (Covello et al., 2001). Tillit er avgjørende for hvordan offentlig helseinformasjon blir hørt, tolket og respondert på, og dette kan determinere hvorvidt kommunikasjonen er suksessfull i å påvirke folks evne til å innrette seg etter myndighetenes anbefalinger (Vaughan & Tinker, 2009).

2.4.2 Frykt og risikokommunikasjon

Hva er rollen til emosjonen frykt i risikopersepsjon? Allerede i det psykometriske paradigme utarbeidet av Fischhoff et al. (1978) ble det emosjonelle aspektet i risikoforskningen gjenkjent (se avsnitt 2.2.1). Denne studien viste at faktoren ”frykt” kunne forklare mye av mennesket risikovurdering og vår toleranse for forskjellige risikoer. Innenfor risikokommunikasjonsfeltet er det flere studier som har tatt for seg virkningen av fryktstimulerende informasjon i media (Eiser, 1998; Das, de-Wit & Stroebe, 2003). Et klassisk eksempel på meldinger som inneholder frykt er offentlige helseaksjoner rettet mot HIV / AIDS og røyking. Disse kampanjene har som mål å virke forebyggende ved å endre folks vaner og holdninger til sex og tobakkforbruk. Men hvor mye frykt er egentlig påkrevd for å få frem en atferdsendring? Forskere har antatt at for mye frykt ikke greier å skape de nødvendige endringene, i like stor grad som en lav- til moderat fryktformidling (Eiser, 1998). Det er høyt sannsynlig at individer vil respondere med å distansere seg fra risikoinformasjon som er *for* rystende (Eiser, 1998). Disse studiene har derimot blitt kritisk revurdert av Sutton (1982, omtalt i Das et al., 2003) som hevder at det er metodiske svakheter i undersøkelsene som sørger for å gi et uriktig bilde

av denne relasjonen. I følge Suttons' studier vil et høyt fryktnivå faktisk forårsake flere endringer i menneskets tanke- og handlingsmønstre (i relasjon til risikoer), enn i de studiene hvor en lav og moderat frykt er blitt formidlet.

På et overordnet nivå er myndighetenes mål med de ulike helsekampanjene å manipulere frykt, for å fremme handlinger som virker selvbeskyttende og forebyggende (Ruiter, Abraham & Kok, 2001). Figur 1 viser virkningen av fryktappeller på menneskelig risikopersepsjon og forebyggende atferd. Denne modellen er viktig for å forstå menneskets handlingsintensjoner under tilstedeværelsen av, for eksempel en epidemi (Ruiter et al., 2001). I en studie kommer det frem at sannsynligheten for at en risiko inntreffer, parallelt med hvor effektiv en mestringsstrategi er, har positive effekter på menneskets tilbøyelighet til å tilegne seg de anbefalte forhåndsreglene under et pandemiutbrudd (Maddux & Rogers, 1983). Studien skriver også at "self efficacy" har en direkte betydning for de forhåndsreglene som blir fulgt. I anledning denne studien, vil jeg blant annet se på hvordan "self efficacy" påvirker folks villighet til å operere etter myndighetenes anbefalte forhåndsregler for smitte under svineinfluensaen. I lys av foreliggende forskning vil jeg kunne forvente en positiv effekt mellom "self efficacy" og forebyggende handlingsatferd.



Figur 1: Virkningen av fryktappeller på risikopersepsjon og forebyggende atferd. Modellen tar utgangspunkt i frykt som en faktor innenfor risikokommunikasjonsfeltet, og hvordan en fryktappell kan avgjøre våre handlingsintensjoner i henhold til hvordan vi imøtekommer risikoer. Blant annet viser modellen at "self efficacy" påvirker vår villighet til å handle forebyggende og selvbeskyttende (Ruiter et al., 2001, s. 624).

Studier har vist at mennesker tar avstand til fryktstimulerende informasjon som ikke tilbyr en alternativ måte å håndtere problemet på (Maddux & Rogers, 1983). Om dette er tilfellet vil det bety at det ikke gagnar seg å skrive mange kritiske artikler om hvor farlig svineinfluensaen er, uten å komme med løsningsorienterte tiltak om hvordan man kan forebygge smitte og spredning av viruset. Det har også vist seg at det å skremme mennesker som allerede er blitt skremt, kan resultere i at folk distanserer seg fra det som forsterker denne følelsen. Enkelte kvinner unngår å undersøke brystene sine regelmessig nettopp fordi at de er altfor okkupert av tanken på brystkreft, og ikke fordi de er for lite okkupert av tanken på brystkreft, som man kanskje skulle anta (Sandman & Lanard, 2009). Funn har vist at sårbare mennesker lettere vil føle seg skremt og truet av en fryktappell (Das et al., 2003).

Forskning på kommunikasjon som anvender frykt for å trigge frem atferdsendringer, har også berettet at formidling av frykt er svært formålstjenlig i de settingene hvor handlinger kan gjøres umiddelbart, som i tilfellet med svineinfluensaen, hvor forebyggende vaksiner er lett tilgjengelige (Leventhal, 1965; Das et al., 2003). Virkningen av en fryktappell må derfor sees innenfor en større kontekst, hvor menneskets vurdering av vaksinens effektivitet og tilgjengelighet, vil være avgjørende for om fryktmeldingen når frem. For eksempel vil utsagnet: *"Vaksinering er en effektiv måte å bekjempe pandemier på, og som jeg enkelt kan få utført,"* avgjøre hvorvidt en person har høy eller lav mestringstro, og dermed hvordan de responderer på fryktstimulerende informasjon.

Som resultatene tilsier er det motstridende funn om hvorvidt frykt som en faktor i risikokommunikasjon kan påvirke menneskets akseptanse av risikoer, og derfor også vår evne til å ta konkrete forhåndsregler eller bestemte atferdstiltak under tilstedeværelsen av en risiko.

2.4.3 Virkningen av visuell (bilde)kommunikasjon på fryktnivå

Mange mennesker vil ha vanskeligheter med å forstå sjargongen til leger, professorer, akademikere og politikere. Kommunikasjonen mellom helsepraktiserende personell og deres klientell vil ofte fremstå som problematisk, nettopp fordi at bruken av abstrakte termer og tekniske begreper i enkelte profesjoner kan hindre budskapets overføringsevne (Houts, Doak, Doak & Loscalzo, 2006). Betydningen av bilde for effekten av en kommunikasjonsappell er også blitt studert av blant annet McGuire (1999, omtalt i Houts et al., 2006). Resultatene fra en studie viser at det å presentere et bilde i en tekst eller en brosjyre, kan forbedre pasientens oppmerksomhet, forståelse og erindring (Houts et al., 2006). Man foreslår derfor at kommunikasjonen rundt ulike helseanliggender kan forbedres ved at myndighetene inkluderer bilder i sitt kommunikasjonsmaterieill. Forskere foreslår at bruken av bilde i en kommunikasjonsappell kan endre folks generelle holdninger og atferdsintensjoner, vedrørende en gitt helserisiko. Hvorvidt denne forandringen er positiv eller negativ kommer an på individets emosjonelle reaksjon på det fremviste bildet (Houts et al., 2006). Noen bilder vil for eksempel skape like reaksjoner hos de fleste mennesker, som et bilde av en valp eller en tegneseriefigur. Andre bilder vil igjen skape andre reaksjoner og derfor føre med seg ulike atferdsendringer. Enkelte kvinner vil bli *for* skremt av et bilde som viser en doktor som undersøker en kvinnes bryster, slik at det ikke fører til en holdningsendring (hyppigere mammografiundersøkelser). Andre igjen vil bli *nok* skremt av dette bildet til at de velger å foreta hyppigere mammografiundersøkelser i fremtiden, og da har man oppnådd en positiv holdningsendring på sikt.

En annen studie skiver at myndigheter kan utvikle effektive kommunikasjonsstrategier ved å sørge for at det budskapet som formidles inneholder livlige bilder. Bilder som beskriver de mulige konsekvensene av en fatal helserisiko kan øke vår forståelse av risikoens alvorlighetsgrad (Witte & Allen, 2000). Forskning rapporterer også at bilder kan påvirke menneskelig helseatferd (Houts et al., 2006). I en studie fikk respondentene utlevert et sett med skrevne instruksjer med og uten bilder. Resultatene viste at instruksheftene med bilder i større grad ble lest og erindret, enn instruksheftene uten bilder. I tillegg viste undersøkelsen at respondentene som ble eksponert for heftene bestående av bilder, var mer tilbøyelige til å operere etter de anvisningene som ble gitt i heftet (Houts et al., 2006).

2.5 Media

Mennesket har nok alltid vært opptatt av å kommunisere rundt risikoer. Tidligere ble viktig informasjon videreformidlet fra menneske til menneske via muntlige overleveringer. I dag får vi tilgang på informasjon og fakta gjennom offentlige og åpne kanaler, som media (af Wåhlberg & Sjöberg, 2000). ”Tidligere tiders knapphet på informasjon er avløst av dagens overflod” (Wahldahl, 1999, s. 12). Dette setter betydningen av massemedia i et verdensomspennende og globalt lys. Massemedia er blitt en viktig og integrert del av vår hverdag. Medieutviklingen har vært eksplosiv de siste 50 årene, og er i dag mer differensiert enn noen sinne (Waldahl, 1999). Årlige forbrukerundersøkelser gir oss en pekepinn på hvor stor betydning media har for oss i vår søken etter informasjon, fakta og nyheter (SSB, 2009).

Hva så med media og risiko? Media har en tendens til å fokusere på sjeldne og akutte kriser. En undersøkelse viser at individets estimering av dødsårsaker ikke samsvarte med de faktiske dødelighetstallene, men at deltakernes estimering samsvarte med hyppigheten av dødsårsakene, som angitt i media (Young et al., 2008). Media fungerer som en grensestasjon mellom forskere, myndigheter og allmennheten. Medias ansvar er å informere om kriser og situasjoner som kan virke truende på befolkningen, samtidig som de skal være varsomme med og ikke overdrive et budskap. Et villedende budskap i media kan skape stor blest dersom det betyr at risikoen blir dårlig forstått og er vanskelig å kontrollere, som i tilfellet med en pandemi (Young et al., 2008).

2.5.1. Media og risikopersepsjon

Mye av våre holdninger og oppfatninger av ulike typer risikoer, blir primært eller delvis farget av hvordan media overfører og evaluerer slik informasjon (Renn, 2008). Innledningsvis viste jeg til en studie som kunne fortelle at 58 prosent av alle amerikanere har endret atferd eller foretatt konkrete handlinger (bestilt legetime eller gått til innkjøp av medisiner), som et resultat av medias fremstilling av saker som beskjeftiger seg med helseanliggender (Mebane, 2005). Massemedia er en viktig del av kommunikasjonsnettverket vårt, som legger føringer på våre risikooppfatninger så vel som de handlingstiltakene vi iverksetter rundt de vurderingene vi gjør.

Flere studier har vist at mennesker blir påvirket av hva de leser i media, og at de tenderer til å overestimere hyppigheten av hendelser som får gjentatte medieoppslag. For eksempel viser en studie at individer anser infeksjonssykdommer som får mye oppmerksomhet i media, som mye mer alvorlig og risikobetont enn sykdommer som er nært beslektet, men som ikke får like stor mediedekning (Young et al., 2008). Det er sannsynlig at medias evne til å påvirke publikum i relasjon til risikoanliggender, øker dersom mediedekningen holder seg stabil og høy over tid (Young et al., 2008). I dag stilles det derimot spørsmålsteget ved hvorvidt medias innhold virkelig har noen betydning på folks risikovurderinger, eller om media skriver om risikoer som folk allerede finner risikable (af Wåhlberg & Sjöberg, 2000).

2.5.2. Medias budskap og mediepåvirkning

Ytre sosiale og fysiske faktorer må knyttes til medieinnholdets påvirkning. Dersom publikum mangler erfaring med en risiko har de en dårligere forutsetning for å danne seg en formening om risikoen. Dette gjør at media får et fortrinn i sitt påvirkningspotensiale. Men dersom mediene tar opp hendelser som er kjent hos mottakerne, blir det vanskelig for media å få gjennomslagskraft (Waldahl, 1999). Støy og bråk fra omgivelsene i det man prosesserer en melding kan svekke konsentrasjonen og føre til at noe av budskapet, og følgelig også medias påvirkningskraft, går tapt (Waldahl, 1999). Mottakere er også selektive i sitt mediebruk. Noen leser kun overskrifter eller tekster og skrift uthevet i kursiv, mens andre tilegner seg det fullstendige mediebudskapet (Graber, 1996). Medias innflytelse ser ut til å gi utslag på den generelle risikoopplevelsen hos folk, eller med andre ord hvor stor trussel en risiko utgjør for samfunnet. Personlige risikoestimer synes å være vanskeligere å påvirke (af Wåhlberg & Sjöberg, 2000). Ut i fra funn og fakta presentert i dette avsnittet, kommer det tydelig frem at medias påvirkningskraft ikke er av en gitt og kjent størrelse, men at den varierer mellom land og over tid, samt mellom individer og situasjoner. Hvordan individer oppfatter media avhenger av interesser, tillit og forståelse. Samspeillet mellom individet, media og samfunnet bidrar også til en felles meningsutvikling mellom de enkelte aktørene, som står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre.

Waldahl (1999) legger vekt på tre forhold, i sin beskrivelse av medias påvirkningskraft. Blant annet er media en integrert del av et helhetlig samfunnsmessig kompleks, hvorav sosiale, kulturelle og politiske elementer ligger til grunn for medias relative betydning. Medias

påvirkningskraft må derfor sees i sammenheng med den sosiale konteksten som media inngår i. For det andre vil ikke media og dets budskap bety det samme for alle, og derfor vil heller ikke media påvirke alle i like stor grad- eller like mye. All påvirkning skjer heller ikke umiddelbart, men kan komme gradvis og over tid. For det siste har det vist seg at det er markante forskjeller mellom ulike medier. Noen medier publiserer ekstraordinære og spektakulære historier kun fordi de vil tjene store penger på det. Andre medier ønsker primært å opplyse og oppdatere sitt publikum på saker og hendelser, og personlige interesser kommer derfor i andre rekke. Tekst, lyd- og bildemedienes ansikt, påvirker også publikum på forskjellig vis. Når vi har et så heterogent mediemiljø, parallelt med at mennesker reagerer og oppfatter mediebudskap forskjellig (ut i fra ulike erfaringer, holdninger, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold), er det vanskelig å spesifisere medias påvirkningskraft og trekke entydige konklusjoner.

2.6 Oppsummering av teori

I teoridelen har det blitt presentert teorier om menneskets risikopersepsjon med utgangspunkt i det psykometriske paradigme, samt ulike faktorer, som viser hvordan menneskets personlige egenskaper kan determinere deres risikoforståelse. Jeg har blant annet sett på hvordan locus av kontroll, ”self efficacy,” illusjon av kontroll og optimistisk bias kan ha betydning for hvordan risikoer blir forstått og respondert på. Videre har jeg tatt for meg risikokommunikasjonens virkefelt som en kilde til viktig informasjon om en krise, som folk kan oppleve som både skremmende og foruroligende. Det har også blitt presentert teorier om tillit og frykt i kommunikasjonssammenhenger, og hvordan disse elementene kan påvirke hvordan risikokommunikasjonen blir hørt og sett. Media er en av flere risikokommunikasjonskilder, og hvordan media fremlegger og håndterer informasjon om for eksempel svineinfluensaen, kan være med på å bestemme hvilke atferdsendringer som blir gjort under herjingen av pandemien.

2.7 Hypoteser

I min undersøkelse, og i fremstillingen av eksperimentet og utarbeidelsen av artikkelen, inkluderte jeg tre elementer fra det psykometriske paradigme. Den første faktoren jeg ville ta

for meg var nivå av ”nyhet.” Jeg ønsket å manipulere hvordan respondentene mine opplevde svineinfluenzaen, enten som noe nytt og ukjent, eller gammelt og kjært. Den andre faktoren jeg anvendte var ”kontrollerbarhet.” Her hadde jeg som mål å manipulere graden av kontrollerbarhet, for å se om nivået av kontrollerbarhet (lav eller høy) kunne determinere det nivået av frykt som respondentene rapporterte i undersøkelsen. For sistnevnte eksperiment ville jeg manipulere effekten av bildebruk for å måle fryktnivået hos utvalget mitt. Vil for eksempel presentasjonen av et skremmende bilde skape mer frykt i utvalget, enn presentasjonen av et nøytralt bilde? I henhold til de foreliggende ”trendene” som har vist seg som gjeldende i det psykometriske paradigme, forventet jeg å kunne bekrefte følgende hypoteser:

- *Kommunikasjon rundt aspektet ”ukontrollerbarhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluenzaen.*

På bakgrunn av det psykometriske paradigme kan jeg forvente at en lav grad av kontrollerbarhet vil øke fryktnivået av svineinfluenzaen, fordi risikoer man ikke imøtekommer frivillig er risikoer man har begrenset kunnskap om. Risikoer som er ukjente for mennesker vil oppleves som mindre kontrollerbare (Fischhoff et al., 1978; Slovic et al., 1980).

- *Kommunikasjon rundt aspektet ”nyhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluenzaen.*

Nye risikoer vil kunne oppleves som mer skremmende og uønskede, fordi man ikke imøtekommer dem på et frivillig grunnlag (Fischhoff et al., 1978; Slovic et al., 1980). Nye risikoer vil derfor øke folks generelle risikoopplevelse, og dette håper jeg også å kunne bekrefte i denne studien.

- *Hvis et bilde av et sykt barn er inkludert i en artikkel, er fryktnivået for svineinfluenzaen høyere, enn når et nøytralt bilde av et sykehus er inkludert.*

Den siste hypotesen går litt utenom det psykometriske paradigme. Her ønsket jeg å måle fryktnivå gjennom presentasjonen av ulike bilder, og undersøke om hvorvidt et skremmende

bilde skaper mer ubehag og negative følelser enn et nøytralt bilde. Forskning viser at formidling av frykt gjennom for eksempel bilder, kan gi en økt risikoopplevelse og påvirke folk til å ta de nødvendige forhåndsreglene under tilstedeværelsen av en risiko (Houts et al., 2006).

Siden effektene av media ikke er like for alle mennesker, vil jeg teste to hypoteser i tillegg som kun gjelder for delgrupper.

- *Mennesker som befinner seg i risikogruppen¹, har en høyere frykt for svineinflensaen etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.*

Forskning viser at mennesker som er mer sårbare ofte er mer bekymret for risikoer og har en høyere risikoopplevelse (Eiser, 1998; Gerrard, et al., 1999). Om dette er tilfellet vil det være hensiktsmessig å gå ut i fra at mennesker i risikogruppen har en høyere frykt for svineinflensaen etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde.

- *Kvinner har en høyere frykt for svineinflensaen (enn det menn har), etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.*

Studier erklærer også at kvinner er generelt mer engstelige for risikoer enn menn, og at dette har en sammenheng med at de opp gjennom tidene har vært mer utsatte for risikoer (Smith & Torstensson, 1997; Satterfield et al., 2004). I så måte er det sannsynlig å anta at hypotesen: ”Kvinner har en høyere frykt for svineinflensaen (enn det menn har), etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde,” vil bli bekreftet.

- *De fleste i gruppen som ikke har vaksinert seg skårer høyt på illusjon av kontroll.*

¹ Innenfor risikogruppene finner vi personer med kroniske luftveissykdommer, kroniske hjerte/ karsykdommer, kronisk nyre- og leversvikt, samt kronisk nevrologisk sykdom/ skade. Også personer med nedsatt immunforsvar, diabetes, eller alvorlige fedme inngår her. Gravide kvinner er også i risikogruppen (Folkehelseinstituttet [FHI], 2009).

Mennesker som tror at de er mindre utsatte for å bli smittet av svineinfluensaen, til tross for at de ikke har valgt å ta de nødvendige forhåndsreglene for å unngå smitte, vil skåre høyt på illusjon av kontroll. Det teoretiske rammeverket hevder at mennesker som tror de kan kontrollere utkom som i utgangspunktet ikke er kontrollerbare, har et "illusory" syn på virkeligheten (Langer, 1975). Jeg ønsker derfor å finne ut om den foreliggende teorien kan underbygge min hypotese.

- *Folk er mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluensaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet.*

I en typisk studie vil deltakerne rapportere at det er under gjennomsnittet sannsynlig at de selv vil erfare og få et helseproblem, sammenlignet med befolkningens sannsynlighet for å få et gitt helseproblem på sikt (Radcliffe & Klein, 2002). Sett i lys av disse funnene vil jeg kunne forvente en effekt av optimistisk bias.

- *Folk som har fått mest informasjon om svineinfluensaen gjennom tv, radio og aviser, har et høyere fryktnivå enn de som har fått informasjon fra offentlige helsemyndigheter (lege, helsepersonell og nettsidene til who, fhi og kommunene).*

Tidligere forskning viser at mennesker blir påvirket av hva de leser i media, og at de tenderer til å overestimere hendelser som får gjentatt medieeksponering (Young et al., 2008). Individuer anser blant annet infeksjonssykdommer som får mye blest i media, som både større og mer alvorlige, enn beslektede sykdommer som ikke får like mye oppmerksomhet i media (Young et al., 2008). Jeg ønsker å teste denne teorien og se om hvorvidt media skaper en høyere risikoopplevelse blant allmennheten, enn kilder som lege/ helsepersonell og offentlige helsemyndigheter. Jeg antar at media i form av tv, radio og aviser skaper større frykt enn media i form av offentlige helsemyndigheter (lege, helsepersonell, WHO og FHI), fordi det synes å være et kommersielt press på media til å publisere historier som er skremmende, og som kan skape frykt (Breakwell, 2007).

- *Folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinfluensaen, har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til disse mediekildene.*

Tillit til de kildene som kommuniserer ut risikoer er viktig for hvordan offentlig helseinformasjon blir hørt og respondert på (Siegrist & Cvetkovich, 2000). Manglende tillit vil føre til at kanaler som media ikke evner å påvirke publikum i retning av myndighetenes anbefalte tiltak for å forsvare seg mot svineinfluensaviruset. På bakgrunn av den tidligere teoretiske forskningen vil jeg forvente en positiv korrelasjon mellom tillit til media og den mengden forhåndsregler som er blitt tatt.

- *De med en "intern lokus av kontroll" og høy mestringstro, har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak, enn de med en "ekstern lokus av kontroll" og lav mestringstro.*

Studier har illustrert at de med en intern lokus av kontroll og en høy mestringstro, tar færre risikoer og gjennomfører flere forebyggende tiltak for å hindre og / eller begrense omfanget av negative utfall (McMath & Prentice-Dunn, 2005). Det blir interessant å følge opp denne teorien og eventuelt se om min hypotese støtter den foreliggende forskningen.

3. Metode

3.1 Valg av metode

Når man har bestemt seg for *hva* man ønsker å undersøke, blir neste steg å finne ut *hvordan* man skal gå frem for å analysere dataene. Jeg hadde som ønske å kunne si noe om befolkningens risikoopplevelse av svineinfluensaen, og om hvorvidt menneskelige egenskaper og individuelle variasjoner har betydning for hvilke forhåndsregler man tar med tanke på smitte. I tillegg ville jeg se på om faktorer i media kan bidra til å påvirke den enkeltes risikoopplevelse av svineinfluensaen. Mitt valg av metode falt på den kvantitative- og

eksperimentelle tilnærmingen, fordi jeg ønsket breddekunnskap om folks holdninger, samtidig som jeg ønsket å teste hypoteser og årsakssammenhenger.

3.2 Prosedyre

Målsettingen til prosjektet var som tidligere nevnt å studere menneskers holdninger til svineinfluensaen. Det ble utført en kvantitativ studie med grobunn i en surveyundersøkelse og en eksperimentell variasjon, hvor datakilden var et spørreskjema. For å få godkjent dette prosjektet ble det sendt ut en søknad til REK (den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskning), som jobber for å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk- og helsefaglig forskning. Prosjektet ble godkjent.

3.3 Utvalg og respondenter

Respondentene mine besto av sysselsatte i arbeidsmarkedet i Midt Norge. Dette var ansatte i offentlig så vel som privat sektor, og fra ulike avdelinger og virksomheter. Blant annet fikk jeg tak i ansatte fra bank og finansnæringen, ansatte i helse- og undervisningssektoren, ansatte i rekrutteringsbyråer og forsikringsselskaper, samt generelle butikkansatte. Jeg rekrutterte bedrifter og arbeidsplasser enten ved å avtale møte per telefon eller på e-post. Jeg kontaktet bedriftens overordnede / personalansvarlig og avtalte tid og sted der hvor datainnsamlingen kunne finne sted. Alle godkjennelsene gikk gjennom personalansvarlig, og med ledelsens samtykke kunne jeg rekruttere ansatte. Datainnsamlingen startet i midten av juni, og spørreskjemaer med svarkonvolutter ble utlevert over en periode på seks uker, hvor respondentene hadde en frist på 1 og ½ uke til å gjennomføre undersøkelsen. Spørreskjemaene ble enten gitt til de ansatte av meg personlig, eller sendt til de ansatte i posten. På grunn av ferietid og mange ferieavviklinger måtte jeg kontakte utallige arbeidsplasser før jeg hadde nok rekrutterte. Mange ansatte hadde gått ut i ferie, og derfor måtte jeg si meg fornøyd dersom jeg fikk rekruttert et antall på ti personer fra hver enkelt arbeidsplass. Selv om det var tidkrevende å rekruttere så mange bedrifter er det likevel hensiktsmessig å tro at det gir en større variasjon i datamaterialet, enn hva som ville vært tilfellet med få bedrifter. De ansatte fikk velge om de ville besvare spørreskjemaet i arbeidstiden, eller om de ville ta det med seg hjem. Besvarelsen kunne enten leveres anonymt

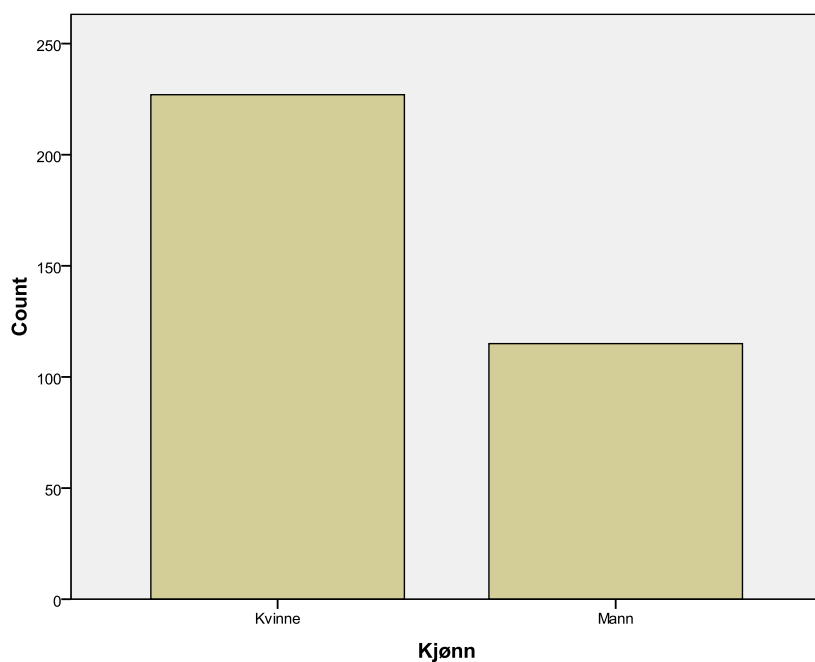
til tillitsvalgt (gjennom internpost) eller til meg personlig, eller sendes i posten til min privatadresse. De bedriftene som ønsket å få overbrakt spørreskjemaene i posten, fikk også tilsendt en ferdigfrankert svarconvolutt med min returadresse på.

3.3.1 Beskrivelse av utvalget

Deler av spørreskjemaet blir brukt til å kartlegge bakgrunnsvariablene til respondentene. Hensikten med dette var om jeg på bakgrunn av variabler som kjønn, alder, vaksineringsstatus og om respondentene har hatt svineinfluensaen eller ikke, kunne forklare noen av forskjellene i risikoopplevelse mellom grupper av individer. Nedenfor ser en fordelingen av disse variablene som en grafisk fremstilling.

Kjønn

Av de 347 respondentene var 227 kvinner, og dette utgjorde 65.4 % av det totale antallet (se figur 2). Det er derfor en overvekt av kvinner i denne studien. På flere av de arbeidsplassene jeg var på, ble jeg i hovedsak møtt av kvinner. Det var sjeldent, eller aldri, jeg så en mann i bedriftens mottak/ informasjonsskranke. Forklaringen bak dette kan ligge i at kvinner er lettere tilgjengelig og synlige på arbeidsplassene, enn hva som er tilfellet for menn, fordi at kvinner i større grad er ansatt i stillinger som krever mer direkte kundekontakt (Schiefløe, 2003). Det at kvinner er mer villige til å stille opp på spørreundersøkelser som beskjeftiger seg med helse, liv og sykdom, kan skyldes at kvinner dominerer innenfor slike yrker (Schiefløe, 2003).

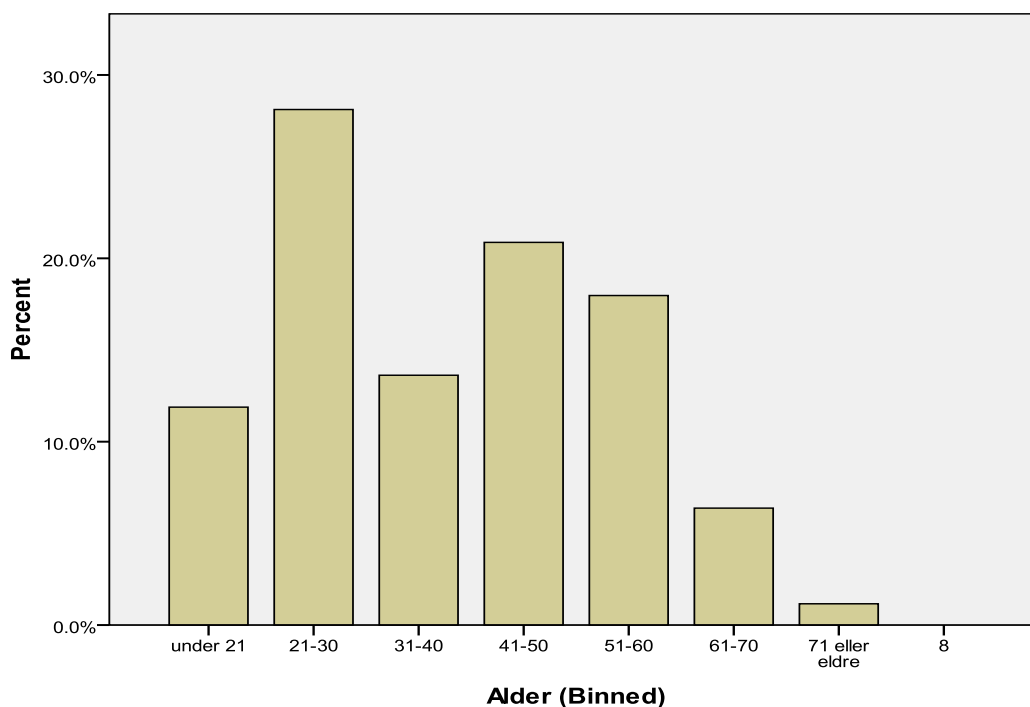


Figur 2: Viser fordeling av kjønn i utvalget, basert på antall.

Alder

Spørreskjemaet var delt inn i alder basert på fødselsdato. Som figur 3 viser, er det en overvekt av personer i aldersgruppen 21-30 år. Samtidig er det et mindretall av personer i kategorien 61-70 år, og 70+, noe som ikke er særlig forbausende med tanke på pensjonsordningen her til lands.

Yngste person i spørreskjemaet er 13 år gammel, og eldste person er 80. Yngste person på 13 var ansatt som en sommervikar i familiens gårdsbedrift, og hadde derfor ikke en fast tilknytning til arbeidslivet, noe vi samtidig ikke forventer at en 13åring har. Gjennomsnittsalderen er 38.5 år. *SD* er 14.98, og det indikerer at det er en ganske bra fordeling av de forskjellige alderskategoriene selv om noen er overrepresentert og andre er underrepresentert.



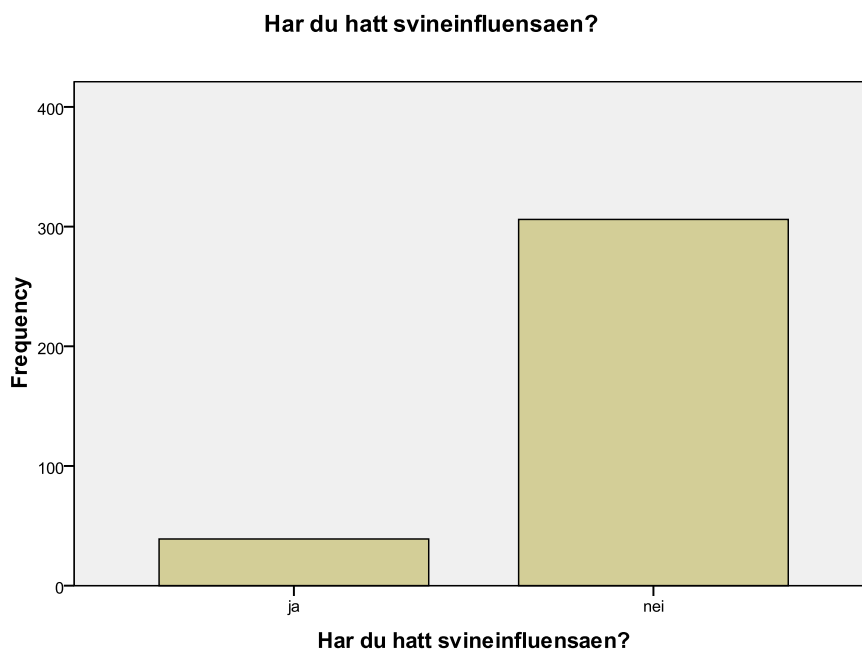
Figur 3: Viser prosentvis aldersfordeling blant respondentene i spørreundersøkelsen.

Svineinfluensaen

Figur 4 viser en oversikt over hvor mange i utvalget som hevder å ha hatt svineinfluensaen. Variablene besto i utgangspunktet av tre verdier, som var 1). Ja, hadde H1NI, bekreftet av lege/ laboratorium, 2). Ja, hadde symptomer på svineinfluensaen, og 3). Nei, har ikke hatt svineinfluensaen. 2 % av respondentene mine hadde fått bekreftet svineinfluensa av lege / helsepersonell, mens 9.2 % hadde symptomer på svineinfluensa. Disse verdiene ble omkodet, slik at de to ja- verdiene ble sammenslått til én ja-verdi. Den nye variabelen består nå av to verdier, en for ja og en for nei.

Av 345 avgitte svar på spørsmålet: ”Har du hatt svineinfluensaen?” medga 39 personer (eller 2 %) at de har vært smittet av svineinfluensaen (se figur 4). På den andre siden hevder 306 (88.2 %) personer at de ikke har hatt svineinfluensaen. I følge folkehelseinstituttet er det ikke mulig å fastslå nøyaktig hvor mange som har hatt pandemisk influensa i populasjonen (Aavitsland, Hungnes, Iversen, Mamelund, Furuseth, Borgen & Hauge, 2010). De færreste med influensa oppsøker lege, og bare et utvalg leger rapporterer sine influensatilfeller til Folkehelseinstituttet. FHI har likevel valgt å gjøre et forsøk på å anslå hvor mange det kan

være snakk om. De har kategorisert anslagene i tre grupper, hvorav lavt anslag utgjør 9 % av befolkningen (450 000 mennesker), middels anslag utgjør 19 % av befolkningen (900 000 personer), og høyt anslag utgjør 37 % (1.8 millioner) av befolkningen. I mitt utvalg rapporterte 11.2 % at de var smittet av svineinfluensaen, noe som heller mer mot et lavt anslag. Det lave anslaget kan ha en forankring i ulike tilfeller av immunitet, for eksempel ved at en stor andel av utvalget er blitt vaksinert (se neste avsnitt).



Figur 4: Viser fordelingen av de som har hatt svineinfluensaen, og de som ikke har hatt den.

Vaksinert

Det er en jevn fordeling blant de i utvalget som har vaksinert seg, og de som ikke har vaksinert seg. 167 personer i utvalget (som utgjør 48.1 prosent) har tatt svineinfluensavaksinen, mens 178 personer ikke har blitt vaksinert ($N=345$) (se figur 5). Per 24.3.2010, kan vi regne med at 2.2 millioner mennesker er vaksinert mot svineinfluensa i Norge (Aavitsland et al., 2010). SSB (2010) har registrert (per 1.1.2010) at det er 4 858 2000 innbyggere i Norge. Litt under halvparten av Norges befolkning er vaksinert mot svineinfluensaen. I mitt utvalg er nærmere bestemt halvparten av respondentene vaksinert, noe som er en høyere andel enn den i populasjonen. Det kan være flere årsaker til dette. Blant

annet kan type yrke ha betydning for hvor villig man er til å la seg vaksinere. Det er for eksempel nærliggende å anta at mine respondenter, som en følge av deres høye vaksinestatus, arbeider i sektorer hvor det praktiseres mer kundekontakt, enn det som er tilfellet for den generelle befolkningen. Kundekontakt kan derfor ha en bakenforliggende betydning for tilbøyeligheten til å la seg vaksinere eller ei.



Figur 5: Viser fordelingen av de som har tatt svineinfluensavaksinen, og de som ikke har tatt den.

Risikogruppe

Av 347 respondenter, er 45 (eller nærmere bestemt 13 % av utvalget) i en av risikogrubbene (se figur 6). Det fremkommer ikke hvor mange personer i Norges befolkning som inngår i risikogruppen, og derfor blir det ikke mulig å sammenligne utvalget med populasjonen.



Figur 6: Viser fordelingen av respondenter som er i risikogruppen, og de som ikke er i risikogruppen.

3.4 Spørreskjema

3.4.1 Spørreskjemaets oppbygning

Spørreskjemaet mitt ble delt inn i fem deler, som 1) en artikkel om svineinfluensaen (se 3.4.2), 2) personalia, 3) frykt/ engstelse for svineinfluensaen, samt dens alvorlighetsgrad. Videre ble det tatt opp 4) grunner for vaksinerings / ikke vaksinerings, 5) tillit til kilder som media og kartlegging av hygienetiltak. Respondentene skulle rangere sine svar på en sjutrinns Likert skala (se vedlegg for liste over alle spørsmål i spørreskjemaet). I spørreskjemaet ble 21 spørsmål fordelt på 4 sider, og selve utfyllingen tok mellom 10 og 15 minutter. I spørreskjemaet ble de fleste spørsmålene formulert som påstander, hvor respondentene skulle si seg enig eller uenig i ulike påstander, som for eksempel: På en skala fra 1 til 7, hvor 1 = svært uenig, og 7 = svært enig, hvor enig eller uenig er du i at: *"Jeg ble mer nøye på hygienetiltak etter medieoppslag om svineinfluensaen i TV, radio og aviser."* Ved å legge frem spørsmålene som påstander med sjutrinnsvars skala håpet jeg på å få mer dybde i svarene hos utvalget, samtidig som jeg ønsket å få frem respondentenes holdninger på en bedre måte.

Ønsket var å få frem flere nyanser og ikke lede informanten til å svare kun *ja* eller *nei*. Jeg utelot også ”*vet ikke*” som svaralternativ, fordi jeg håpet på at informantene ville gjøre seg opp en mening enn å krysse av på den mest lettvinte løsningen.

På første side av spørreskjemaet hadde jeg redegjort for undersøkelsens tema, hensikten med undersøkelsen og hvordan undersøkelsen kunne besvares. Jeg forklarte også hva spørreundersøkelsen skulle bli brukt til og hvordan respondentenes anonymitet ble ivaretatt. Spørreskjemaet ble ikke merket med navn, og enkeltvis skjema kunne derfor ikke spores tilbake til de enkeltpersonene som deltok i undersøkelsen.

3.4.2 Den eksperimentelle variasjonen: Artiklene

På side tre i spørreskjemaet var det satt av plass til en artikkel med informasjon og fakta om svineinfluensaen. Artikkelen innhold var hentet fra media og ulike opplysningskilder. Artikkelen var systematisk manipulert slik at det fantes åtte ulike versjoner av den, og disse ble tilfeldig fordelt blant respondentene. Hver respondent fikk derfor én variant av artikkelen, som de skulle lese gjennom *før* de tok for seg spørreskjemaet. De ulike artikkeltypene ble det som utgjorde den eksperimentelle manipulasjonen i studien.

Hver artikkel presenterte informasjonen om svineinfluensaen ulikt. Det var tre faktorer som ble manipulert i artiklene, og det var nivået / graden av nyhet, kontrollerbarhet og redsel knyttet til svineinfluensaen. Redselsfaktoren ble variert gjennom presentasjonen av to bilder, hvorav det ene bildet var et nøytralt bilde av et sykehus, og det andre bilde var et skremmende bilde av et barn i en sykeseng tilknyttet en respirator (se vedlegg 2). Nyhetsfaktoren ble manipulert gjennom at svineinfluensaen ble fremstilt som et nytt og ukjent virus, eller som et vanlig og kjent virus som stammer fra grisene. Kontrollerbarhetsaspektet ble variert ved at jeg presenterte informasjon om svineinfluensaen som tilsa at spredningen av viruset kunne kontrolleres, eller ved at det ikke kunne kontrolleres. Samtidig ble det gitt opplysninger om virusets iboende evne til å ligge latent og at det enten kunne bli mer aggressivt med tiden (derav liten kontrollerbarhet), eller mindre aggressivt med tiden (derav høy kontrollerbarhet). For en oversikt over de ulike artikkelkombinasjonene, se tabell 1. Alle artikler som ble brukt finnes i vedlegg.

Tabell 1:

Viser de 8 ulike artiklene (2x2x2 ulike kombinasjoner).

Nyhet		
	Kjent	Ny
Kontrollerbar	1). Nøytralt bilde	5). Nøytralt bilde
	2). Skremmende bilde	6). Skremmende bilde
Ukontrollerbar	3). Nøytralt bilde	7). Nøytralt bilde
	4). Skremmende bilde	8). Skremmende bilde

3.4.3 Utvikling av indekser med utgangspunkt i faktoranalyse

I analysene blir det for det meste brukt indekser², men også noen enkeltvariabler. For å finne ut hvilke variabler jeg kan slå sammen, har jeg benyttet meg av prinsippal komponentanalyse (PCA).³

² En indeks er en sammenslåing av variabler, som alle måler det samme fenomenet (Ringdal, 2001; Skog, 2004).

³ Dette er en metode som brukes for å teste instrumentvaliditeten i spørreskjemaet. Instrumentvalidering er altså et mål på om spørreskjemaet adekvat dekker det fenomenet som studeres (Sannes, 2004). Gjennom en slik analyse er det mulig å få svar på om instrumentet, altså spørreskjemaet, fungerer som tiltenkt. Målet her er å undersøke om det foreligger noen typiske trekk og gjennomgående mønstre i respondentenes besvarelser. Er det enkelte svar som klynger seg sammen på noe vis? Med faktoranalysen er vi interessert i å forklare korrelasjonene mellom variablene med få underliggende dimensjoner. Når vi finner høye korrelasjoner mellom enkelte variabler, kan man anta at variablene måler like aspekter ved en latent faktor (Johannessen, 2008).

3.4.4 Faktoranalysens forutsetninger

I følge Johannessen (2008) finnes det flere forutsetninger for at faktoranalysen kan benyttes. For det første må det være et visst antall enheter. Det er ulike oppfatninger om hvor mange enheter som bør inngå i et datamateriale, men 300 enheter skal være tilstrekkelig. Variablene må være kontinuerlige med minst fire verdier. I tillegg bør det være en statistisk sammenheng mellom variablene for å kunne gjennomføre en faktoranalyse. Den siste forutsetningen er at det skal være lineære sammenhenger mellom variablene.

I forbindelse med utvelgelsen av variabler og faktorer har jeg benyttet meg av en rekke kriterier i faktoranalysen.

- I den hensikt å skulle avgjøre hvor mange faktorer som best beskriver dataene, bør forsker benytte en mengde utvalgs-kriterier i faktoranalysen. Den mest kjente er vel Kaisers kriteriet for kalkulering av egenverdier større enn 1. Denne metoden er enkel og objektiv, men har også sine begrensninger. For eksempel vil det ikke gi mye mening at en faktor med en egenverdi på 1.01 er en verdig faktor, mens en faktor med egenverdi på 0,99 ikke kommer ut som en faktor. Jeg har derfor valgt å kombinere Kaisers kriterium med en parallellanalyse ved Monte Carlo, fordi at sistnevnte også kontrollerer for utvalgsstørrelse (Watkins, 2000). I denne analysen er det bare faktorer med større egenverdi enn en egenverdi basert på tilfeldige korrelasjoner i Monte Carlo PCA som blir beholdt.
- Faktorladningen må være større enn 0,4 for at et spørsmål skal tilhøre en faktor.
- Et item må ikke lade sterkere på en annen faktor enn den som velges.
- Jeg ønsker i hovedsak å operere med faktorer som inneholder minst tre spørsmål, men når ulike faktorer skal vurderes er det også viktig å bruke skjønn, fordi grupperingen av variabler skal virke intuitivt fornuftig (Haugland, 2006). Dersom faktoren ikke gir mening, har det ingen hensikt at de statistiske kriteriene er tilfredsstillende.
- For å undersøke om variablene innfrir kriteriene til en statistisk sammenheng, har jeg valgt å rapportere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) og Bartletts sfæretest (se vedlegg). KMO bør være minst .60 for at jeg skal kunne gjøre en tilstrekkelig faktoranalyse, men her er det også viktig å bruke skjønn.

Reliabilitet ved spørreundersøkelsen

For å tilfredsstillere kravene til god reliabilitet i spørreundersøkelsen, har jeg supplert faktoranalysen med et reliabilitetsmål, bedre kjent som Cronbachs alfa. En forutsetning for å kunne stole på data fra ulike undersøkelser er at dataene er valide og reliable. Dette er en betingelse for at vi skal kunne kvalitetssikre vårt vitenskapelige arbeid (Ringdal, 2001). Reliabilitet betyr troverdighet eller pålitelighet, og det vi søker å finne er om vi får de samme resultatene etter gjentatte målinger med samme måleinstrument (Ringdal, 2001). Det mest brukte målet på reliabilitet er Cronbachs alfa, som er et mål på intern konsistens i indekser. Dette målet varierer fra 0 til 1, og er tilfredsstillende dersom alfa er på en høy verdi, helst over 0,70 (Ringdal, 2001).

3.4.5 Definerings og testing av måleinstrumenter

Spørreskjemaet besto av en kombinasjon av allerede eksisterende og validerte skalaer, samt egenutviklede skalaer. De viktigste resultatene for kvalitetssikringen av disse skalaene vil bli rapportert i avsnittene som følger. I de påfølgende faktoranalysene er det enkelte spørsmål jeg med hensikt har utelatt fra analysene, til tross for at disse i utgangspunktet inngår i spørreskjemaet. Forklaringen bak dette ligger i at jeg kun har inkludert variabler som jeg har som formål å benytte i hypotesetestingen. De resterende variablene vil ikke bli gjennomgått her da de ikke er relevante for mine hypoteser, og derfor vil fremkomme som støy. Videre vil faktoranalysenes resultater bli rapportert i metoddelen og ikke i resultatdelen, fordi jeg forstår faktoranalysen som en del av utviklingen av måleinstrumentene, og ikke som en del av hypotesetestingen. Alle relevante analyser i den sammenheng er presentert i vedlegget.

Offisielle kilder

På offisielle kilder lader variabler som ”jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen utvikling gjennom lege og helsepersonell” og ”jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom WHO og FHI” (se tabell 2). Begge disse variablene representerer mål som er selvutviklede.

”Offisielle kilder” forklarer 74.81 % av den samlede variansen i påstandene (se vedlegg 3, tabell 1.2). Fordi at det er kun to spørsmål som har tilknytning til faktoren er det ikke mulig å gjennomføre en Monte Carlo test. I SPSS har faktoren en egenverdi på 1.50, og det er derfor det kriteriet jeg opererer etter her. KMO testen kom ut med en verdi på .50 og Bartletts test er signifikant på .05-nivået (se vedlegg 3, tabell 1.1). I mitt tilfelle er det nærliggende å anta at den lave KMO verdien skyldes at indeksen er sammensatt av færre variabler enn det som er foretrukket. Reliabilitetstesten viser at faktor 1 er ganske stabil, med en Cronbachs alfa lik: .66.

Tabell 2:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på ”offisielle kilder.”

Variabler	M	SD	*Offisielle kilder
			Faktorladning
<i>”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen utvikling gjennom lege og helsepersonell.”</i>	2.90	2.06	.87
<i>”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom who og fhi.”</i>	3.55	2.18	.87
Cronbachs alfa:			.66

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Frykt

Respondentenes frykt for svineinfluensaen, ble sammenfattet til å gjelde spørsmål som målte nåværende fryktnivå og forhenværende fryktnivå (på den tiden da svineinfluensaen fortsatt herjet). ”Frykt” ble satt sammen av fire spørsmål, og disse var: ”Når du i dag tenker på svineinfluensaen, hvor redd er du,” ”svineinfluensaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien,” ”6. september 2009 ble det kjent at Norge hadde hatt sitt første dødsfall pga svineinfluensaviruset. Hvor redd var

du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien,” og ”svineinfluensaen nådde sitt toppunkt her til lands i november 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien” (se tabell 3).

Som det fremgår av tabell 3 er faktorladningen på respondentenes vurdering av nåværende fryktnivå lavere enn de tre faktorladningene for forhenværende fryktnivå. Nåværende fryktnivå kan fremstå ulikt fordi det ikke er målt i en retrospektiv tidssekvens. ”Frykt” forklarer 66.12 % av variansen i påstandene (se vedlegg 3, tabell 2.2). Monte Carlo testen oppga herunder et kriterium for egenverdien på 1.12, og SPSS oppga kriteriet til 2.65. Løsningen støtter en én-faktor struktur, da de resterende egenverdiene i Monte Carlo er større enn de i SPSS. KMO er .72, og Bartletts test er signifikant på .05-nivået (se vedlegg 3, tabell 2.1). Dette er en ytterligere bekreftelse på at variablene egner seg til faktoranalyse. Cronbachs alfa er lik: .83.

Tabell 3:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på ”frykt.”

Variabler	M	SD	*Frykt
			Faktorladning
<i>”Når du i dag tenker på svineinfluensaen, hvor redd blir du?”</i>	1.95	1.10	.60
<i>”Svineinfluensaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?”</i>	2.64	1.60	.81
<i>”6. September 2009 ble det kjent at Norge hadde hatt sitt første dødsfall pga svineinfluensaviruset. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?”</i>	3.02	1.53	.93

<i>"Svineinfluensaen nådde sitt toppunkt her til lands i november 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	3.18	1.55	.88
Cronbachs alfa:			.83

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Tillit til media

For å måle tiltro til media ble seks egenutviklede mål satt sammen til indeksen "tillit til media." Disse seks variablene var: "Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra tv, radio og aviser, var troverdig," "informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra tv, radio og aviser, var objektiv," "svineinfluensaen har blitt riktig fremstilt i tv, radio og aviser," "tv, radio og aviser har fremstilt svineinfluensaen basert på virkelige fakta," "jeg har tillit til at tv, radio og aviser formidler sann informasjon om beredskapstiltak rundt svineinfluensaen," og "svineinfluensaen har vært et tema som har fått nødvendig oppmerksomhet i media" (se tabell 4).

"Tillit til media" bidrar med 66.31 % av samlet forklart varians i skårene, og har en egenverdi på 3.98 i SPSS, noe som er større enn egenverdiene i Monte Carlo PCA (<1.18). Det er kun én egenverdi som overgår alle egenverdiene produsert av Monte Carlo, og derfor ender jeg opp med én faktor. KMO er .87 og Bartletts test er signifikant $p < .05$ (se vedlegg 3, tabell 3.1). Cronbachs alfa er lik: .89.

Tabell 4:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på "tillit til media."

Variabler	M	SD	*Tillit til media
			Faktorladning
<i>"Tv, radio og aviser har fremstilt"</i>	3.33	1.52	.89

<i>svineinflensaen på virkelige fakta.</i>			
<i>”Svineinflensaen har blitt riktig fremstilt i tv, radio og aviser.”</i>	3.12	1.54	.89
<i>”Jeg har tillit til at tv, radio og aviser formidler sann informasjon om beredskapstiltak rundt svineinflensaen.”</i>	3.60	1.70	.83
<i>”Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var troverdig.”</i>	3.77	1.54	.82
<i>”Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var objektiv.”</i>	3.39	1.44	.81
<i>”Svineinflensaen har vært et tema som har fått nødvendig oppmerksomhet i alle mediekkanaler.”</i>	4.16	1.73	.62
Cronbachs alfa:			.89

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Forhåndsregler

Disse spørsmålene tar utgangspunkt i de tiltakene som folk har praktisert, for å beskytte seg mot pandemien. Spørsmålene som er inkludert har jeg utformet selv: ”I perioden da svineinflensaen herjet, vasket jeg ofte hendene,” ”i perioden da svineinflensaen herjet unngikk jeg store folkemengder,” og ”jeg ble mer nøye med hygienetiltak etter medieoppslag om svineinflensaen i tv, radio og aviser” (se tabell 5).

Sammenslåingen av variabler førte til at jeg endte opp med én faktor som betegner ”forhåndsregler.” Totalt forklart varians i faktoren er 64.30 % (se vedlegg 3, tabell 4.2). Utrekningene i SPSS viser at faktoren har en egenverdi lik 1.93, og Monte Carlo PCA presenterer en egenverdi lik 1.09. KMO er .59 og Bartlett’s test er signifikant ($p < .05$) (se vedlegg 3, tabell 4.1). KMO er svak, men ligger rett oppunder det anbefalte minstekravet på

.60, og fordi indeksen inneholder kun tre variabler, kan det gi en litt lavere verdi. Cronbachs alfa er i henhold til kriteriene, og er lik: .72.

Tabell 5:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på ”forhåndsregler.”

Variabler	M	SD	*Forhåndsregler
			Faktorladning
<i>”I perioden da svineinfluensaen herjet vasket jeg ofte hendene.”</i>	5.25	1.95	.89
<i>”I perioden da svineinfluensaen herjet unngikk jeg store folkemengder.”</i>	2.17	1.64	.61
<i>”Jeg ble mer nøye med hygienetiltak etter medieoppslag om svineinfluensaen i tv, radio og aviser.”</i>	4.56	1.92	.88
Cronbachs alfa:			.72

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Self efficacy / Mestringstro

For ”self efficacy” benyttet jeg meg av to påstander utviklet av Steptoe og Wardle (2001), som jeg har oversatt til norsk. Dette begrepet er målt ved å stille spørsmål omkring folks handlingsintensjoner under tilstedeværelsen av en pandemi: ”Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen,” og ”jeg kan unngå å bli smittet ved å ta godt vare på meg selv” (se tabell 6).

En faktor kom ut av den femte faktoruttrekningen, og denne fikk navnet ”self efficacy.” Faktoren forklarer 77.67 % av variansen i variablene og har en egenverdi på 1.55 i SPSS (se

vedlegg 3, tabell 5.2). KMO er .50, og vil ofte være lav i indekser med få variabler. Bartletts test er signifikant på .05-nivået (se vedlegg 3, tabell 5.1). Cronbachs alfa er lik: .71.

Tabell 6:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på "self efficacy."

Variabler	M	SD	*Self efficacy
			Faktorladning
<i>"Jeg kan unngå å bli smittet av svineinfluensaen ved å ta godt vare på meg selv."</i>	4.67	1.60	.91
<i>"Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen."</i>	5.15	1.43	.83
Cronbachs alfa:			.71

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Analyse av diskriminant validitet

I tabell 7 har jeg kjørt en felles faktoranalyse for alle de fem ovenstående faktorene. Mitt formål er å bruke denne analysen til å teste diskriminant validitet ved det instrumentet jeg har benyttet. Diskriminant validitet er i hvilken grad mine variabler måler ulike faktorer. Det vil si at skårene for to ulike spørsmål er tilstrekkelig uavhengige av hverandre til at vi kan konkludere med at de representerer mål på ulike fenomener (Sannes, 2004). Det er spesielt viktig å avdekke dette når det kommer til faktorer som står nær hverandre, som for eksempel "self efficacy" og "illusjon av kontroll." I analysen valgte jeg en "direct oblim rotasjon," fordi jeg forventer at faktorene (til en viss grad) kan være innbyrdes korrelerte.

Resultatene fra den roterte faktormatrisen viser at det er fem faktorer som kommer ut som hovedfaktorer, noe som også er i samsvar med de fem uavhengige faktoranalysene (se tabell

2, 3, 4, 5 og 6). Alle har en egenverdi over 1, og faktorladninger over .40, som er i henhold til kriteriene (se kapittel 3.4.4). KMO er .83 og Bartlett's test er signifikant (se vedlegg 3, tabell 6.1), og variablene er derfor egnet til å kjøre en faktoranalyse. Ingen av variablene lader betydelig på mer enn én faktor, og faktorene er derfor entydig definert og samtidig forskjellig fra de andre faktorene. Fem-faktorløsningen viser altså at faktorene er tilstrekkelig diskriminante. At faktorladningene på fjerde faktor er negativ skyldes kun tilfeldigheter i uttrekingsprosedyren, og disse er ikke relevante da alle store ladninger på denne faktoren er konsistent negative.

Tabell 7:

En eksplorerende faktoranalyse med "direct oblim rotasjon," som viser faktorladningene på alle de fem ovenstående faktorene i en felles faktoranalyse.

Variabler	*Offisielle kilder"	*Frykt	*Tillit til media	*Forhåndsregler	*Self efficacy
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen utvikling gjennom lege og helsepersonell."</i>	.89	.02	-.06	.06	.03
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinflusaens utvikling gjennom who og fhi."</i>	.78	-.03	.15	-.11	.05
<i>"Når du i dag tenker på svineinfluensaen, hvor redd blir du?"</i>	.23	.46	-.05	-.15	-.15
<i>"Svineinfluensaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	.04	.86	.04	.14	.04

<i>"6. September 2009 ble det kjent at Norge hadde hatt sitt første dødsfall pga svineinfluensaviruset. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	-0.04	.91	.10	-0.01	.06
<i>"Svineinfluentaen nådde sitt toppunkt her til lands i november 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	-0.07	.85	.06	-0.08	-0.00
<i>"Tv, radio og aviser har fremstilt svineinfluentaen på virkelige fakta."</i>	-0.02	.04	.91	.09	-0.02
<i>"Svineinfluentaen har blitt riktig fremstilt i tv, radio og aviser."</i>	-0.00	.03	.87	-0.04	-0.00
<i>"Jeg har tillit til at tv, radio og aviser formidler sann informasjon om beredskapstiltak rundt svineinfluentaen."</i>	-0.07	.07	.82	-0.00	.04
<i>"Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var troverdig."</i>	.15	.00	.81	.05	-0.01
<i>"Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var objektiv."</i>	.05	-0.00	.81	.02	-0.04
<i>"Svineinfluentaen har vært et tema som har fått nødvendig oppmerksomhet i alle mediekkanaler."</i>	-0.04	-0.02	.61	-0.25	.02

<i>"I perioden da svineinfluensaen herjet vasket jeg ofte hendene."</i>	.11	-.01	-.02	-.86	.04
<i>"I perioden da svineinfluensaen herjet unngikk jeg store folkemengder."</i>	.00	.30	-.07	-.46	.01
<i>"Jeg ble mer nøye med hygienetiltak etter medieoppslag om svineinfluensaen i tv, radio og aviser."</i>	-.01	-.08	.19	-.84	.08
<i>"Jeg kan unngå å bli smittet av svineinfluensaen ved å ta godt vare på meg selv."</i>	.02	-.00	.00	.07	.90
<i>"Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen."</i>	.05	.05	-.04	-.14	.84

Note: Faktorene er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift.

Optimistisk bias

Variablene som ble anvendt som en indikasjon på optimistisk bias var: "Dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for deg personlig" og "dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for befolkningen i samfunnet generelt" (se tabell 8).

For å måle disse variablene brukte jeg et måleinstrument som opprinnelig ble utviklet av Weinstein (1980). Det optimistiske biaset kan enten bli målt ved hjelp av en direkte- eller indirekte metode. Kort oppsummert er det slik at i den direkte metoden får respondentene spørsmål om å vurdere sin egen risiko med den av befolkningens risiko, i en og samme skala. Og ofte blir det referert til en person av samme kjønn, eller samme alder. Den andre målemetoden er indirekte. Her må respondentene rangere sin egen risiko for å bli smittet av svineinfluensaen på én skala, og befolkningens risiko for å bli smittet av svineinfluensaen på

en annen skala (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001). Det er den sistnevnte metoden jeg har benyttet meg av her i denne undersøkelsen. Forskning har vist at den indirekte målemetoden gir et bedre og mer presist holdepunkt for å måle det optimistiske biaset, fordi man antar at den direkte metoden overestimerer effekten av det optimistiske biaset (Helweg-Larsen & Shepperd, 2001). I tillegg er det mulig med denne metoden å teste om en faktor øker eller minsker de vurderingene av fare en gjør for seg selv, og/ eller for andre personer.

Tabell 8:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”optimistisk bias.”

Variabler	M	SD	Optimistisk bias
<i>”Dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for deg personlig.”</i>	2.66	1.35	
<i>”Dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for befolkningen i samfunnet generelt.”</i>	3.59	1.15	

Lokus av kontroll

For å måle ”lokus av kontroll” hentet jeg inspirasjon fra Nexøe, Kragstrup og Søgaard (1998). Dessverre kunne jeg ikke videre samkjøre de to leddene som i utgangspunktet var tiltenkt å måle fenomenet ”lokus av kontroll.” Den interne konsistensen ble for lav, med en Cronbachs alfa på kun 0,29 for: ”Det er ren skjebne og flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet av svineinfluensaen,” og ”jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til for å bekjempe denne pandemien” (se tabell 9). Begge variablene ble inkludert i de videre analysene som to uavhengige mål. Jeg tok et valg om å endre/ snu

variablenes verdier, slik at de skulle stå i overensstemmelse med verdiene på den avhengige variabelen. Lave verdier representerer nå enighet med utsagnene, mens høye verdier representerer uenighet med utsagnene. På denne måten blir intern ”lokus av kontroll” gjenkjent etter stigende verdier på skalaen, mens ekstern ”lokus av kontroll” blir gjenkjent etter synkende verdier på skalaen.

”Lokus av kontroll” hadde en egenverdi lik 1.17 og en forklart varians på 58.58 % (se vedlegg 3, tabell 7.2). Faktoren er ikke tilfredsstillende når det gjelder den interne konsistensen, målt ved Cronbachs alfa. Faktoren må derfor forkastes. KMO er lik .50 og Bartletts test er signifikant ($p < .05$) (se vedlegg 3, tabell 7.1).

Tabell 9:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på ”lokus av kontroll.”

Variabler	M	SD	*Lokus av kontroll
			Faktorladning
<i>”Det er ren flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei.”</i>	4.83	1.87	.77
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til...”</i>	4.26	1.85	.77
Cronbachs alfa			.29

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Illusjon av kontroll

”Illusjon av kontroll” er et fenomen som beskriver menneskets evne til å overestimere utfallet av hendelser, som de i utgangspunktet ikke råder noen kontroll over (Langer, 1975). Variablene som var tiltenkt å måle dette fenomenet var: ”Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har et sterkt immunforsvar,” og ”jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har troen på at det å

holde en god håndhygiene er et like effektivt hjelpemiddel som vaksinerings" (se tabell 10). Begge spørsmålene var egenutviklede. Etter å ha kjørt reliabilitetstesten med Cronbachs alfa, måtte jeg beslutte og ikke sammenslå variablene, da verdien på Cronbachs alfa ikke var tilfredsstillende nok = .36.

Den siste faktoren fikk navnet "Illusjon av kontroll." Faktoren forklarer 60.85 % av variansen i påstandene, og har en egenverdi lik: 1.22 (se vedlegg 3, tabell 8.2). Cronbachs alfa var ikke tilstrekkelig til at jeg kunne opprette en faktor. I denne analysen er KMO .50, og Bartlett's test er signifikant ($p < .05$) (se vedlegg 3, tabell 8.1).

Tabell 10:

En eksplorerende faktoranalyse, som viser faktorladningene på "illusjon av kontroll."

Variabler	M	SD	*Illusjon av kontroll
			Faktorladning
<i>"Unnlot vaksinerings, fordi jeg har et sterkt immunforsvar"</i>	4.11	1.65	.78
<i>"Unnlot vaksinerings, fordi jeg vasker meg ofte på hendene..."</i>	4.02	1.72	.78
Cronbachs alfa:			.36

Note: Faktoren er merket med *. Faktorladninger over .40 er uthevet i fet skrift, sammen med Cronbachs alfa.

Unnlot vaksinerings

I tillegg målte jeg også ulike grunner for å ikke ta vaksinen, i delgruppen som ikke ble vaksinert. Grunnene var formulert som påstander, og deltakerne skulle vurdere hvor enig/uenig de var med de ulike påstandene. Eksempler på spørsmål var: "Jeg unnlot å vaksinere

meg fordi jeg har et sterkt immunforsvar,” ”jeg har en generell frykt for sprøyter, og unnlot derfor å vaksinere meg,” ”jeg frykter at vaksinen kan ha mange langsiktige og alvorlige bivirkninger som ikke vil vise seg før om flere år,” ”jeg forventer å bli veldig syk dersom jeg vaksinerer meg,” og ”jeg hadde andre og viktigere ting å tenke på.” Alle spørsmålene var egenformulerte og reflekterte de mest hensiktsmessige forklaringene folk kunne ha mot å bli vaksinert. En fullstendig liste over variablene og de deskriptive dataene, er presentert i tabell 21.

”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom media.”

”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom tv, radio og aviser” var ett spørsmål i variabelsettet som er tilknyttet en av regresjonshypotesene ($Mean = 5.41$, og $SD = 1.61$). På faktoren ”offisielle kilder” lader variabler som lege, helsepersonell, FHI og WHO. Det ville derfor vært naturlig å opprette en faktor med navn ”uoffisielle kilder,” og anta at de resterende variablene (venner, familie, tv, radio og aviser, samt kollegaer, medstudenter og bekjentskaper) lader her. Men i analysene hadde jeg ikke bruk for alle variablene i denne undergruppen, og derfor ble kun ett spørsmål valgt ut: ”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom tv, radio og aviser.”

4. Resultater fra analysen

4.1 Testing av hypoteser

Jeg vil ta for meg en og en hypotese, og presentere resultatene fra analysene i avsnittene under. For å teste de tre første eksperimentelle hypotesene, har jeg anvendt en ”independent sample t-test.” T-testen måler om det *er* en signifikant differanse mellom gjennomsnittsverdiene i to grupper (Johannessen, 2008).

I de fem påfølgende hypotesene har jeg tatt utgangspunkt i kun én enkeltindikator som mål på frykt (”når du i dag tenker på svineinfluensaen, hvor redd blir du?”), fremfor den samlede

indeksen på frykt. Dette har jeg gjort fordi at artiklene mest hensiktsmessig vil påvirke respondentenes fryktnivå på nåværende tidspunkt, og den samlede indeksen er også et mål på forhenværende fryktnivå. Det er jo en mulighet for at den antatte retrospektive rekonstruksjonen av forhenværende fryktnivå (som drøftet i kapittel 3.4.5) kan være påvirket av eksperimentet, og da kan fryktnivået også være en blanding av forhenværende fryktnivå kombinert med nåværende fryktnivå. Men i denne anledning ønsker jeg å ta utgangspunkt i den teoretiske antagelsen, som er at det forhenværende fryktnivået måler akkurat det som er tiltenkt i teorien.

4.1.1 Hypotese 1:

- **Kommunikasjon rundt aspektet ”ukontrollerbarhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluensaen.**

Fra resultatene i tabell 11 kan vi se at gjennomsnittsverdien for kontrollerbarhet (lav/ høy) ligger i den nedre enden av skalaen for ”frykt.” Som forventet er gjennomsnittsverdien for de som har fått tildelt en ”lav” kontrollerbarhet, høyere enn for de som har fått tildelt en ”høy” kontrollerbarhet. T-testen er riktignok ikke signifikant (se tabell 12), noe som betyr at vi må beholde nullhypotesen om ingen forskjell mellom gruppene i utvalget. Levene’s test er ikke signifikant ($F=2.82$; $df=344$; $p=.094$), og jeg forutsetter derfor at gruppene har en lik variasjon på den avhengige variabelen.

Tabell 11:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”kontrollerbarhet.”

Variabler	M	SD	n
Lav	1.97	1.07	172
kontrollerbarhet			
Høy	1.92	1.13	174

kontrollerbarhet

Tabell 12:

Independent sample t-test for måling av forskjeller i gruppegjennomsnitt mellom lav og høy kontrollerbarhet på nåværende fryktnivå.

T-verdi	df	Sig. (2-tailed)	Mean difference	Std. Error difference
.43	344	.665	.05	.12

Note: Like varianser antatt.

4.1.2 Hypotese 2:

- **Kommunikasjon rundt aspektet ”nyhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluensaen.**

Gjennomsnittsskårene for ”lav” nyhetsgrad er høyere enn gjennomsnittsskåren for ”høy” nyhetsgrad (se tabell 13), noe som viser at retningen på forholdet går motsatt vei enn antatt. Det ble anvendt en t-test for å avklare om forskjellene er store nok til å gi signifikante funn, men resultatene ble negative (se tabell 14). Levene’s test ble ikke signifikant ($F=1.51$; $df=344$, $p=.220$).

Tabell 13:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”nyhetsgrad.”

Variabler	M	SD	n
------------------	----------	-----------	----------

Lav nyhetsgrad	1.98	1.15	166
Høy nyhetsgrad	1.91	1.05	180

Tabell 14:

Independent sample t-test for måling av forskjeller i gruppegjennomsnitt mellom lav og høy nyhetsgrad på nåværende fryktnivå.

T-verdi	df	Sig. (2-tailed)	Mean difference	Std. Error difference
.60	344	.551	.07	.12

Note: Like varianser antatt.

4.1.3 Hypotese 3:

- **Hvis et bilde av et sykt barn er inkludert i en artikkel, er fryktnivået for svineinfluensaen høyere, enn når et nøytralt bilde av et sykehus er inkludert.**

Det er små forskjeller mellom gjennomsnittskårene for ”nøytralt” og ”skremmende” bilde (se tabell 15). Skåren for ”skremmende bildet” er en tidel høyere enn skåren for det ”nøytrale bildet.” Den teoretiske retningen på hypotesen er i overensstemmelse med resultatene, men funnene er nærmest ubetydelige og ikke statistisk signifikante (se Tabell 16). Vi kan derfor ikke si at kommunikasjon rundt ”bildetype” har noen innvirkning på respondentenes nåværende fryktnivå. Levene’s test er ikke signifikant, ($F=1.97$; $df=344$; $p=.161$).

Tabell 15:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”bildetype.”

Variabler	M	SD	n
Nøytralt bilde	1.94	1.06	175
Skremmende bilde	1.95	1.15	171

Tabell 16:

Independent sample t-test for måling av forskjeller i gruppegjennomsnitt mellom nøytralt og skremmende bilde på nåværende fryktnivå.

T-verdi	df	Sig. (2-tailed)	Mean difference	Std. Error difference
-.14	344	.892	-.02	.12

Note: Like varianser antatt.

På denne bakgrunn har jeg kjørt to variansanalyser, én med fryktnivå som avhengig variabel- og bildetype og risikogruppe som grupperingsvariabler, og én med fryktnivå som avhengig variabel- og bildetype og kjønn som grupperingsvariabler. Både hovedeffekter og samspill er testet, fordi man forventer å få et signifikant samspill av hovedeffekter i hypotese 4 og 5.

4.1.4 Hypotese 4

- **Mennesker som befinner seg i risikogruppen har en høyere frykt for svineinfluensaen, etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.**

En av forutsetningene for å kunne kjøre en ANOVA er at gruppestørrelsene skal være like. Om kravene til gruppestørrelse ikke er adekvat dekkende, må man korrigere for forskjellene.

De nødvendige korrigeringsene blir foretatt på bakgrunn av om hvorvidt forskjellene i utvalgsstørrelse gjenspeiler reelle forskjeller i populasjonen, eller om de kun er et resultat av tilfeldige eller systematiske variasjoner (og at det ikke oppvises noen egentlig forskjell i populasjonen).

Forutsetningen om kravene for en lik varians er innfridd (Levene's test: $F=.818$; $df=3/336$; $p=.484$), men det er flere personer som *ikke* er i risikogruppen, enn der er personer som *er* i risikogruppen. Gruppestørrelsen er derfor ulik. Gruppestørrelsen for "skremmende bilde" vs "nøytralt bilde" er dog like. Jeg har justert for skjevfordelingen i utvalget knyttet til risikogruppen, og har satt kvadratsummen for ANOVA til type II, fordi forskjellen i gruppestørrelse gjenspeiler en faktisk forskjell i populasjonen.

Tabellen viser at det faktisk er en interaksjonseffekt mellom bilde og risikogruppe, på nåværende fryktnivå. Ser vi på frekvensoversikten for bilde & risikogruppe (se tabell 17), er det en markant forskjell i rapportert fryktnivå blant de to gruppene. Effekten er statistisk signifikant (se tabell 18) og vi kan konkludere med at rapportert fryktnivå er høyere for de som er i risikogruppen, og som samtidig har blitt eksponert for det mest skremmende bildet. I figur 7 har jeg fremstilt interaksjonseffekten av bilde & risikogruppe på fryktnivå.

Tabell 17:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på bildetype & risikogruppe

Variabler	M	SD	n
Skremmende bilde & risikogruppen	2.52	1.08	21
Skremmende bilde & ikke-risikogruppen	1.88	1.14	149
Nøytralt bilde & risikogruppe	1.67	.87	24
Nøytralt bilde & ikke-risikogruppe	1.99	1.09	146

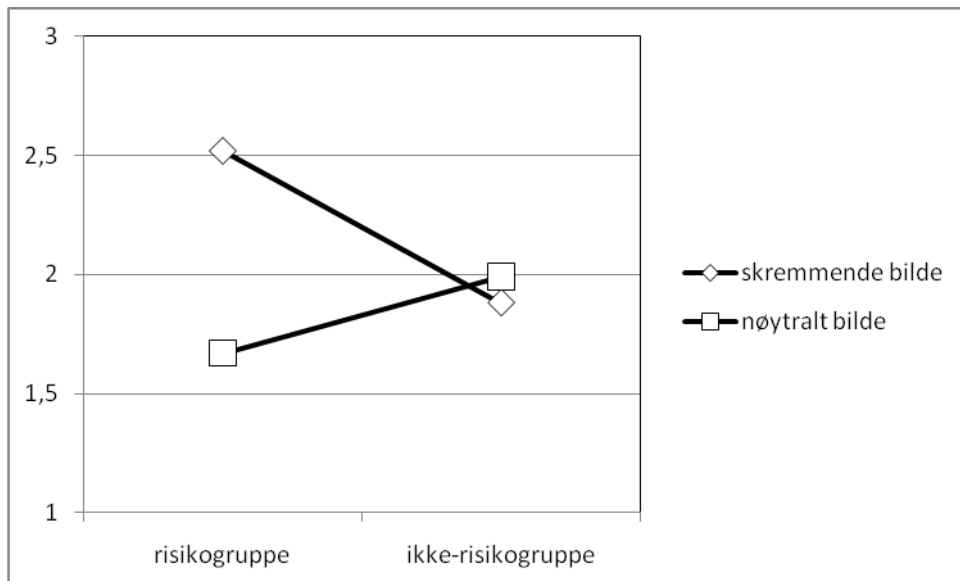
Totalt	340
--------	-----

Tabell 18:

ANOVA for måling av forskjeller i gruppegjennomsnitt i fryktnivå mellom bilde og risikogruppe, og samspill bilde & risikogruppe.

Source	Type II Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig	Partial Eta Squared
Corrected Model	9.78	3	3.260	2.71	.04	.02
Intercept	1292.85	1	1292.85	1074.26	<.001	.76
Bilde	.03	1	.03	.03	.866	.00
Risikogruppe	.71	1	.71	.59	.442	.00
Bilde & Risikogruppe	9.04	1	9.04	7.51	.006	.02
Error	404.37	336	1.20			
Total	1707.00	340				
Corrected Total	414.15	339				

Note: Like varianser antatt. Type II korrektur for ulike gruppestørrelser.



Figur 7: Viser interaksjonseffekten av bilde & risikogruppe på fryktnivå.

4.1.5 Hypotese 5:

- **Kvinner har en høyere frykt for svineinfluenzaen (enn det menn har), etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.**

Forutsetningene om kravene for en lik varians er innfridd (Levene's test: $F=1.487$; $df=3/337$; $p=.218$), men det er flere kvinner enn menn i utvalget. Denne forskjellen er mest sannsynlig et resultat av tilfeldigheter, som ikke preger populasjonen. Kvadratsummen ble derfor justert opp til Type III i den forestående analysen.

Det første vi kan se ut i fra tabell 20 er at det er en signifikant hovedeffekt av kjønn på fryktnivå. Dette betyr at kjønn har en betydning for hvor redd man er for svineinfluenzaen, uavhengig av bildetyper. Denne effekten er statistisk signifikant. I frekvenstabellen kan vi også få informasjon om kjønnsforskjellene, og når vi studerer tabell 19 ser vi at det er kvinnene som har høyest risikovurdering. Videre er det ingen interaksjonseffekt mellom bilde & kjønn, på fryktnivå. Jeg beholder derfor nullhypotesen om ingen forskjeller i fryktnivå mellom menn og kvinner, på bildetype. I figur 8 har jeg fremstilt hovedeffekten av kjønn på fryktnivå.

Tabell 19:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på bildetype & kjønn.

Variabler	M	SD	n
Skremmende bilde&kvinne	2.12	1.17	111
Skremmende bilde&mann	1.64	1.05	56
Nøytralt bilde&kvinne	1.99	1.01	116
Nøytralt bilde&mann	1.84	1.15	58
Totalt			341

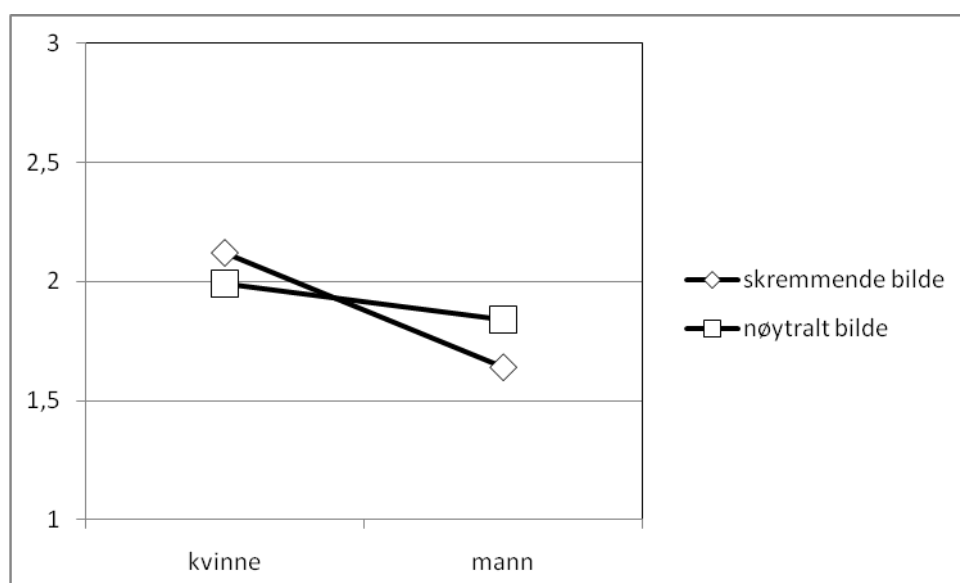
Tabell 20:

ANOVA for måling av forskjeller i gruppegjennomsnitt i fryktnivå mellom bilde og kjønn, og samspill bilde & kjønn.

Source	Type III Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig	Partial Eta Squared
Corrected Model	9.22	3	3.07	2.56	.06	.02
Intercept	1094.33	1	1094.33	910.75	<.001	.73
Bilde	.11	1	.11	.09	.762	.00
Kjønn	7.31	1	7.31	6.08	.014	.02

Bilde&Kjønn	2.04	1	2.04	1.70	.194	.00
Error	404.93	337	1.20			
Total	1711.00	341				
Corrected Total	414.15	340				

Note: Like varianser antatt. Type III korrektur for ulike gruppestørrelser.



Figur 8: Viser hovedeffekten av kjønn på fryktnivå.

4.1.6 Hypotese 6:

- **De fleste i gruppen som ikke har vaksinert seg skårer høyt på illusjon av kontroll.**

For å teste de to neste hypotesene har jeg tatt utgangspunkt i paired sample t-tester. Som med ANOVA tester jeg også her forskjellen mellom gjennomsnittsskårer. Forskjellen er derimot at

en standard ANOVA analyse ikke tar i betraktning at de repeterte målingene er korrelerte, og analysen diskriminerer derfor antagelsen om uavhengighet.⁴

Som det fremgår av gjennomsnittskårene i tabell 21, skårer de fleste som ikke vaksinerte seg høyere på illusjon av kontroll (”unnlot vaksinering fordi jeg har et sterkt immunforsvar”), og (”unnlot vaksinering fordi jeg vasker meg ofte på hendene”), enn de skårer på de fleste andre variablene. Verdiene i disse to variablene er statistisk signifikant høyere enn verdiene i de fleste andre variablene (se tabell 22). Alle testene er signifikante, bortsett fra par 1, par 3, par 13 og par 15. Signifikansnivået ble justert ned til .002.⁵ Resultatene indikerer at respondentene tror at deres evne til å kontrollere svineinfluensaen er høy (fordi de visstnok har et sterkt immunforsvar og er flinke til å vaske hendene).

Tabell 21:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for alle skårene på spørsmål 13.

Variabler	M	SD
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg har et sterkt immunforsvar.”</i>	<i>4.11</i>	<i>1.65</i>
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til.”</i>	<i>3.74</i>	<i>1.85</i>
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg er redd for sprøyter.”</i>	<i>1.91</i>	<i>1.66</i>
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg er redd for de fremtidige bivirkningene til vaksinen.”</i>	<i>4.06</i>	<i>2.06</i>
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg er redd for at jeg vil få store bivirkninger.”</i>	<i>3.34</i>	<i>1.86</i>
<i>”Unnlot vaksinering, fordi jeg er</i>	<i>1.43</i>	<i>1.17</i>

⁴ For å få plass til alle kolonnene i tabell 21 besluttet jeg å utelate de fullstendige variabelbeskrivelsene i tabellen. Jeg merket variabelnavnene i den rekkefølgen de er merket i spørreskjemaet (se vedlegg 1). Alle spørsmålene i tabell 21 forekommer altså i spørreskjemaet, under punkt 13: ”Hvorfor valgte du å ikke la deg vaksinere?”.

⁵ Signifikansnivået ble korrigert med Bonferroni metoden for å unngå forhøyede type I feil.

<i>allergisk.”</i>		
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg vasker meg ofte på hendene</i>	<i>4.02</i>	<i>1.72</i>
<i>Unnlot vaksinerer, fordi jeg forventer å bli svært syk.”</i>	<i>2.37</i>	<i>1.56</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg visste ikke når jeg kunne vaksinere meg.”</i>	<i>1.62</i>	<i>1.41</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg ikke visste hvor jeg kunne vaksinere meg.”</i>	<i>1.53</i>	<i>1.31</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, pga økonomiske grunner.”</i>	<i>1.47</i>	<i>1.33</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg hadde viktigere ting å tenke på.”</i>	<i>2.80</i>	<i>2.14</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg ikke hadde tid.”</i>	<i>2.16</i>	<i>1.90</i>
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg er skeptisk til nye vaksiner.”</i>	<i>3.41</i>	<i>1.84</i>

Tabell 22:

Resultatene av paired sample t-test for ”unnlot vaksinerer.”

Variabler	M	SD	T-verdi	Df	Sig. (2-tailed)	n
<i>13b * 13a</i>	<i>.39</i>	<i>2.03</i>	<i>2.49</i>	<i>169</i>	<i>.014</i>	<i>170</i>
<i>13b * 13c</i>	<i>2.26</i>	<i>2.21</i>	<i>13.34</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13d</i>	<i>.06</i>	<i>2.38</i>	<i>.35</i>	<i>170</i>	<i>.725</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13e</i>	<i>.77</i>	<i>2.36</i>	<i>4.28</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13f</i>	<i>2.68</i>	<i>1.93</i>	<i>18.19</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13h</i>	<i>1.74</i>	<i>2.21</i>	<i>10.27</i>	<i>169</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13i</i>	<i>2.49</i>	<i>2.27</i>	<i>14.38</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13j</i>	<i>2.58</i>	<i>2.14</i>	<i>15.75</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>

<i>13b * 13k</i>	<i>2.64</i>	<i>2.05</i>	<i>16.79</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>169</i>
<i>13b * 13l</i>	<i>1.30</i>	<i>2.44</i>	<i>6.95</i>	<i>168</i>	<i>< .001*</i>	<i>169</i>
<i>13b * 13m</i>	<i>1.98</i>	<i>2.34</i>	<i>11.05</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13b * 13n</i>	<i>.72</i>	<i>2.31</i>	<i>4.06</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13a</i>	<i>.30</i>	<i>2.15</i>	<i>1.82</i>	<i>169</i>	<i>.070</i>	<i>170</i>
<i>13g * 13c</i>	<i>2.17</i>	<i>2.19</i>	<i>12.98</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13d</i>	<i>-.02</i>	<i>2.47</i>	<i>-.12</i>	<i>170</i>	<i>.902</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13e</i>	<i>.68</i>	<i>2.40</i>	<i>3.72</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13f</i>	<i>2.60</i>	<i>1.91</i>	<i>17.82</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13h</i>	<i>1.64</i>	<i>1.96</i>	<i>10.94</i>	<i>169</i>	<i>< .001*</i>	<i>170</i>
<i>13g * 13i</i>	<i>2.40</i>	<i>2.20</i>	<i>14.32</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13j</i>	<i>2.49</i>	<i>2.15</i>	<i>15.18</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13k</i>	<i>2.55</i>	<i>1.98</i>	<i>16.87</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13l</i>	<i>1.22</i>	<i>2.69</i>	<i>5.90</i>	<i>168</i>	<i>< .001*</i>	<i>169</i>
<i>13g * 13m</i>	<i>1.89</i>	<i>2.54</i>	<i>9.74</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>
<i>13g * 13n</i>	<i>.63</i>	<i>2.27</i>	<i>3.64</i>	<i>170</i>	<i>< .001*</i>	<i>171</i>

Note: Se spørreskjema i vedlegg for en oversikt over enkeltvariablene.

* $p < .002$ (signifikansnivå nedjustert pga. Bonferoni-korrektur).

4.1.7. Hypotese 7:

- **Folk er mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluensaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet.**

Fra tabellen kan vi lese at gjennomsnittsskåren for ”risikoen for smitte for deg personlig” er lavere enn ”risikoen for smitte for den generelle befolkningen” (se tabell 23). Dette kan tolkes i retning av at respondentene vurderer sin egen risiko for å bli smittet som lavere, enn risikoen for at den generelle befolkningen skal bli smittet. Resultatene av paired sample t-test er

statistisk signifikant ($t(345) = -14.56, p < .05$), og jeg beholder derfor den alternative hypotesen som sier at det *er* en forskjell i gjennomsnittsverdiene mellom de to målingene.

Tabell 23:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”optimistisk bias.”

Variabler	M	SD	n
”Risikoen for deg.”	2.66	1.41	346
”Risikoen for andre.”	3.59	1.09	346

4.1.8 Hypotese 8

- **Folk som har fått mest informasjon om svineinfluenzaen gjennom tv, radio og aviser, har et høyere fryktnivå enn de som har fått informasjon fra offentlige helsemyndigheter (lege, helsepersonell og nettsidene til who, fhi og kommunene).**

Korrelasjon

Før jeg kjører regresjonsanalyser på hypotesene, er jeg interessert i å teste om variablene mine korrelerer med hverandre. Dersom det forekommer en korrelasjon mellom den uavhengige og den avhengige variabelen, er dette en indikasjon på at det er en sammenheng mellom disse, noe som kan være retningsgivende for hypotesene. Med korrelasjon ønsker jeg å teste samvariasjonen mellom variablene, samtidig som jeg ønsker å sjekke for multikolinearitet (Johannessen, 2008). Høy multikolinearitet innebærer at koeffisientene blir ustabile og tolkningen av variablene kan bli vanskeligere. Multikolinearitet ser ikke ut til å bli noe problem for meg i de videre analysene, da variablene ikke korrelerer høyere enn .70 (se tabell 25).

I korrelasjonsmatrisen (se tabell 25) fremkommer det at begge de to uavhengige variablene (”jeg holdt meg oppdatert på svineinfluenzaen gjennom tv, radio og aviser,” og ”jeg holdt

meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom offisielle kilder”) korrelerer med fryktnivå. Dette kan tyde på støtte for H8, selv om samvariasjonen mellom variablene kun er svak til moderat.

Tabell 24:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på ”fryktnivå,” ”media” og ”offisielle kilder.”

Variabler	M	SD	n
<i>Fryktnivå</i>	2.69	1.20	347
<i>”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom tv, radio og aviser.”</i>	5.41	1.61	343
<i>”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom offisielle kilder.”</i>	3.24	1.84	338

Tabell 25:

Korrelasjonsmatrise for H8.

Variabler	1	2	3
<i>1. Fryktnivå</i>	1	.28**	.28**
<i>2. ”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom tv, radio og aviser,”</i>	.28**	1	.10
<i>”Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaen gjennom offisielle kilder.”</i>	.28**	.10	1

*Note: ** $p < .01$*

Regresjon

Herunder følger regresjonsanalysen for H8 (se tabell 26).

Under konstantleddet er de ustandardiserte koeffisientene (B) for variablene oppgitt. Dette er forventet økning i fryktnivå for hver stigende enhet i de to uavhengige variablene. Det vil si at fryktnivå stiger med .21 for hver enhet i v1 ("jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen gjennom tv, radio og aviser."), og med .16 for hver enhet i v2 ("jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen gjennom offisielle kilder"). Videre er justert $R^2=.15$. De uavhengige variablene forklarer 14.5 % av variansen i den avhengige variabelen. Det betyr at 85.5 prosent av variasjonen i fryktnivå, ikke kan tilskrives forskjeller i de to uavhengige variablene. Regresjonskoeffisientene er positive. Dette betyr at folk som har fått mest informasjon om svineinfluentaen gjennom media (tv, radio og aviser) og offentlige helsemyndigheter (lege, helsepersonell og nettsidene til FHI og WHO) har et høyere fryktnivå enn de som ikke har fått informasjon fra disse kildene.

Vi kan konkludere med at både de som har holdt seg oppdatert på svineinfluentaen gjennom tv, radio og aviser, og de som har holdt seg oppdatert på svineinfluentaen gjennom lege, helsepersonell, FHI og WHO, har et høyere fryktnivå enn de som ikke har holdt seg oppdatert på disse kildene.

Tabell 26:

Multipel regresjonsanalyse for H8.

Variabler	B	β	SE	t-verdi	Sig.
(Konstant)	1.02		.24	4.31	<.001
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen gjennom tv, radio og aviser."</i>	.21	.27	.04	5.40	<.001
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen"</i>	.16	.25	.03	4.89	<.001

gjennom
offisielle kilder."

n = 338

Note: Justert R^2 = .15. Avhengig variabel: Fryktnivå

4.1.9 Hypotese 9 og 10

- Folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinflensaen, har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til disse mediekildene.
- De med en "intern lokus av kontroll" og høy mestringstro, har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak, enn de med en "ekstern lokus av kontroll" og lav mestringstro.

Korrelasjon H9

Samvariasjonen mellom "tillit til media" og "forhåndsregler" er positiv (se tabell 28). Dette er en middels sterk sammenheng, og kan være et tegn på at de som har sterk tiltro til media har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak enn de som har svak tiltro til media. Korrelasjonene viser derfor støtte for H9. Da jeg bare har en uavhengig variabel, vil korrelasjonsresultatene være identiske med resultatene fra regresjonsanalysen.

Korrelasjon H10

Av korrelasjonsmatrisen (se tabell 28) fremkommer det at variabelen "self efficacy" korrelerer med fryktnivå, men de to variablene som er tiltenkt å måle "lokus av kontroll" korrelerer ikke med fryktnivå. Dette kan tyde på en delvis støtte for H10 (og da kun for "self efficacy").

Tabell 27:

En oppsummering av gjennomsnitt og standardavvik for skårene på "forhåndsregler," "tillit til media" og "lokus av kontroll."

Variabler	Mean	SD	n
<i>Forhåndsregler</i>	3.76	1.46	169
<i>Tillit til media</i>	3.42	1.27	169
<i>"Det er ren flaks/ uflaks som bestemmer om hvorvidt jeg blir smittet eller ei."</i>	4.64	1.91	169
<i>"Unnlot vaksinerer fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til."</i>	4.26	1.83	169
<i>Self efficacy</i>	4.79	1.37	169

Tabell 28:

Korrelasjonsmatrise for H9 og H10.

Variabler	1	2	3	4	5
<i>1. Forhåndsregler</i>	1	.31***	.02	.15	.31***
<i>2. Self efficacy</i>	.31***	1	.12*	.08	.08
<i>3. "Det er ren flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei."</i>	.02	.12*	1	.17*	-.13*

<i>"Unnlot vaksinering fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til."</i>	.15	.08	.17*	1	.00
<i>Tillit til media</i>	.36***	.08	-.13*	.00	1

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Regresjon H9 og H10

Tabell 29 viser resultatene for en regresjonsanalyse med både tillit til media, "self-efficacy" og "lokus av kontroll" variabler som prediktorer. Justert R^2 er .21. Forhåndsregler stiger med .34 for hver enhet på "tillit til media." Regresjonskoeffisienten er positiv, noe som tilsier at folk med større "tillit til media," er mer tilbøyelig til å ta ansvar for egen helse rundt svineinfluensaen, og investere i forebyggende tiltak. Vi kan med disse funnene bekrefte H9. Folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinfluensaen, har altså tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til disse mediekildene.

Resultatene fra analysen viser ut over det, en relativ svak B-verdi for v2 ("det er ren flaks/uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei"). Denne får derfor en beskjeden påvirkning på den avhengige variabelen, og er dessuten ikke signifikant (se tabell 29). De to andre variablene er derimot signifikante, selv om "unnlot vaksinering fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til," også har en beskjeden opptreden på den avhengige variabelen. "Forhåndsregler" stiger med .12 for hver enhet på v3 ("unnlot vaksinering fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til"), mens den stiger med hele .34. for hver enhet på v4 ("self efficacy"). Vi kan bekrefte H10 for "self efficacy," og for v3. Jeg synes derimot at én variabel som mål på "lokus av kontroll" blir litt mager kost, og vil derfor bare delvis bekrefte hypotesen. Konklusjonen blir at de med en høy "self efficacy" har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak enn de med en lav "self efficacy." Samtidig kan resultatene tyde på at de med en høy intern "lokus av kontroll" har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak enn de med en ekstern "lokus av kontroll."

I prinsippet var H10 formulert slik at jeg ønsket å iakttå "self efficacy" og intern "lokus av kontroll" som to avhengige fenomener som opererer sammen. Jeg ville finne ut om en høy

”self efficacy” parallelt med en høy intern ”lokus av kontroll,” medførte at folk tok flere forhåndsregler rundt smittetiltak, enn de med lave skårer på disse variablene. For å finne svar på denne hypotesen måtte jeg legge til et samspilledd mellom ”self efficacy” og ”lokus av kontroll.” Som det fremgår av tabell 30 (i de to nederste kolonnene) kan man se at ingen av samspilleddene er signifikante.

Tabell 29:

Multipel regresjonsanalyse for H9 og H10.

Variabler	B	β	SE	t-verdi	Sig.
(Konstant)	.43		.53	.80	.423
<i>Tillit til media</i>	.34	.29	.08	4.22	<.001
<i>”Det er ren flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei.”</i>	.02	.02	.05	.34	.731
<i>”Unnløst vaksinering fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til.”</i>	.13	.14	.06	2.07	.041
<i>Self efficacy</i>	.34	.32	.07	4.57	<.001

n = 169

Note: Avhengig variabel: Forhåndsregler. Justert R² = .21.

Tabell 30:

Multipel regresjonsanalyse for H9 og H10 med samspilledd

Variabler	B	β	SE	t-verdi	Sig.
------------------	----------	----------	-----------	----------------	-------------

(Konstant)	.43		.53	.82	.415
<i>Tillit til media</i>	.35	.30	.08	4.36	.001
<i>“Det er en flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei.”</i>	.01	.02	.05	.24	.812
<i>”Unnlot vaksinerer, fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til.”</i>	.10	.13	.06	1.83	.069
<i>Self efficacy</i>	.35	.32	.07	4.68	.001
<i>LOC_1_x_SE</i>	.06	.11	.04	1.51	.133
<i>LOC_2_x_SE</i>	-.04	-.08	.04	-1.14	.254

Note: ^aSamspilleddene er ikke signifikante.

4.2. Oppsummering av resultater

Tabell 31:

En oppsummering av hovedfunnene fra analysen.

Hypotese	Konklusjon
<i>H1: Kommunikasjon rundt aspektet ”ukontrollerbarhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluensaen.</i>	Ikke støttet
<i>H2: Kommunikasjon rundt aspektet ”nyhet” i en artikkel, øker fryktnivået av</i>	Ikke støttet

svineinfluentaen.

<i>H3: Hvis et bilde av et sykt barn er inkludert i en artikkel, er fryktnivået for svineinfluentaen høyere, enn når et nøytralt bilde av et sykehus er inkludert.</i>	Ikke støttet
<i>H4: Mennesker som befinner seg i risikogruppen har en høyere frykt for svineinfluentaen, etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.</i>	Støttet
<i>H5: Kvinner har en høyere frykt for svineinfluentaen (enn det menn har), etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.</i>	Ikke støttet (ingen interaksjonseffekt ble funnet, men resultatene viser at det er en hovedeffekt av kjønn på fryktnivå uavhengig av bildetype).
<i>H6: De fleste i gruppen som ikke har vaksinert seg skårer høyt på illusjon av kontroll</i>	Støttet
<i>H7: Folk er mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluentaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet.</i>	Støttet
<i>H8: Folk som har fått mest informasjon om svineinfluentaen gjennom tv, radio og aviser, har et høyere fryktnivå enn de som har fått informasjon fra offentlige helsemyndigheter (lege, helsepersonell og nettsidene til who, fhi og kommunene).</i>	Delvis støttet
<i>H9: Folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinfluentaen, har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak,</i>	Støttet

enn de som har stor tiltro til disse mediekildene.

H10: De med en ”intern lokus av kontroll” og høy mestringstro, har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak, enn de med en ”ekstern lokus av kontroll” og lav mestringstro.

Delvis støttet (støttet for ”self efficacy,” og delvis støttet for ”lokus av kontroll.”)

5. Diskusjon

5.1 Diskusjon av hovedfunn

”Hvilken rolle spiller media for folks risikovurdering rundt svineinfluensaen,” er valgt som problemstilling i denne oppgaven. For å besvare denne problemstillingen tas det utgangspunkt i hypotesene som er satt frem i slutten av kapittel to. Jeg vil presentere hovedfunnene fra analysene i den rekkefølgen som følger strukturen i oppgaven. Deretter vil jeg diskutere disse funnene opp mot tidligere forskning og relevant litteratur på området.

5.1.1 Hypotese 1:

- **Kommunikasjon rundt aspektet ”ukontrollerbarhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluensaen.**

I undersøkelsen ble det ikke avdekket noen signifikante effekter i utbredelsen av kontrollerbarhet på nåværende fryktnivå, selv om lav kontrollerbarhet hadde en marginal høyere gjennomsnittsskåre enn høy kontrollerbarhet. I litteraturen finner man støtte for at risikoer som er ukontrollerbare blir vurdert som mer skremmende, sammenlignet med risikoer

som er kontrollerbare (Fischhoff et al., 1978; Slovic et al., 1980). Kontrollerbarhet er et fenomen som inngår i en større kontekst, hvor andre forhold også har betydning for den kategoriseringen vi gjør av risikoer. For eksempel viser forskning at mennesker tolererer vesentlig flere risikoer dersom de imøtekommer risikoen på et frivillig grunnlag, som med fenomenet røyking. Grad av frivillighet kan igjen være relatert til kontrollerbarhet gjennom at færre risikoer blir gjenkjent i settinger som er under vår personlige kontroll (Fischhoff et al., 1978; Slovic et al., 1980).

Svineinfluensaens frivillighetsgrad kan klassifiseres som lav, da de aller fleste sykdommer og pandemier blir sett på som uønskede hendelser. Jeg ville derfor ha forventet en større effekt av den eksperimentelle manipulasjonen i denne studien enn det som faktisk var tilfellet. Det var derfor høyst overraskende at de i betingelsen ”lav grad av kontrollerbarhet,” ikke rapporterte et høyere fryktnivå enn de i betingelsen ”høy grad av kontrollerbarhet.” Det kan være hensiktsmessig å anta at det ikke er kjennetegn ved den fysiske risikoen i seg selv som determinerer vår risikovurdering, men også vår personlige oppfattelse og følelse av kontroll ovenfor denne risikoen. Burger (1985) har klassifisert ”behovet for kontroll” som et personlighetstrekk hvor motivasjonen for kontroll ligger i å kunne styre de utkommene som inntreffer i våre liv. For eksempel kan det være konkrete forebyggende tiltak man tyr til for å få tilfredstilt ”behovet for kontroll” i relasjon til svineinfluensafenomenet, slik at det samlede fryktnivået blir redusert som en følge av å ha blitt vaksinert. Omtrent halvparten av respondentene i utvalget er vaksinert, noe som muligens kan underbygge denne teorien (om det da viser seg at effekten av manipulasjonen også eksisterer i gruppen som ikke er vaksinert).⁶ Samtidig er det viktig å være bevisst på at svineinfluensaviruset ikke lenger er aktivt nå til lands, og heller ikke var det på det tidspunktet da datainnsamlingen fant sted. Graden av kontrollerbarhet kan følgelig være styrt av viruset fravær, og fordi risikoen har opphørt å eksistere vil den ikke lenger bli vurdert som ukontrollerbar.

Som en siste forklaring er det også viktig å se på muligheten for at budskapet i artiklene ikke nødvendigvis har nådd frem til publikum. Respondentene kan bevisst eller ubevisst ha oversett artiklene, og derfor ikke blitt utsatt for de ulike betingelsene. Støy og bråk fra omgivelsene kan også ha påvirket respondentenes evne til å prosessere den informasjonen som ble gitt, slik at deler av budskapet gikk tapt. En ting man vanligvis gjør i eksperimentelle

⁶ I en ytterligere analyse viser det seg at effekten heller ikke ble signifikant for de i gruppen som ikke ble vaksinert. Teorien om at vaksinering kan redusere fryktnivå, må avkrefte.

studier er å teste om manipulasjonen var vellykket. Dette kunne jeg ha testet for eksempel ved å måle hvordan respondentene opplevde kontrollerbarheten av svineinfluenzaen etter den eksperimentelle variasjonen i de to gruppene. Dersom resultatene viste en signifikant høyere kontrollerbarhetsverdi i gruppen med ”høy” kontrollerbarhet (sammenlignet med de i gruppen ”lav” kontrollerbarhet), hadde manipulasjonen vært vellykket. Uten å vite noe om manipulasjonseffekten er det vanskelig å si noe om den fraværende effekten av kontrollerbarhet på fryktnivå skyldes at det ikke finnes noen effekt på fryktnivå, eller om manipulasjonen i denne konkrete studien ikke var tilfredsstillende.

5.1.2 Hypotese 2:

- **Kommunikasjon rundt aspektet ”nyhet” i en artikkel, øker fryktnivået av svineinfluenzaen.**

Heller ikke når det gjaldt forsøket på å manipulere nivået/ graden av nyhet for å kontrollere for effektene på fryktnivå, inntraff det signifikante resultater. Tidligere forskning viser at nye risikoer vil oppleves som mindre kontrollerbare fordi de er ukjente for oss, og vi vil få en høyere risikoopplevelse (Fischhoff et al., 1978; Slovic et al., 1980). Denne forskningen blir dog ikke støttet av mine resultater. En må imidlertid ta høyde for at svineinfluenzaen ikke nødvendigvis kunne karakteriseres som et ”nytt” fenomen da min datainnsamling foregikk, over ett år etter det første utbruddet i Mexico. Det er nærliggende å gå ut i fra at dette kan være med på å forklare noe av at sammenhengen mellom de to variablene ikke ble bekreftet. Til tross for at jeg manipulerte graden av nyhet i eksperimentet, viser forskning at individer blir påvirket av hendelser som får gjentatte medieoppslag (Young et al., 2008). Det kan derfor være tilfellet at manipulasjonen ikke fungerte helt som tiltenkt, fordi media har skrevet generelt lite om svineinfluenzaen i de senere tider. I så måte burde jeg ha gjentatt manipulasjonen av nyhet på flere ulike tidspunkter og sjekket effekten av nyhetsgrad etter en viss periode. Jeg burde samtidig ha sjekket om manipulasjonen fungerte, gjennom å måle hvordan deltakerne opplevde graden av ”nyhet” i de to eksperimentalgruppene.

Som i forrige kapittel er det viktig å redegjøre for om hvorvidt støy og forstyrrelser i informasjonsprosesseringen kan ha gitt utslag på resultatene. Jeg kan også spekulere i om

spørreskjemaet ble for omfattende i sin helhet, og at dette gikk på bekostning av tid eller vilje til å lese gjennom artiklene.

5.1.3 Hypotese 3:

- **Hvis et bilde av et sykt barn er inkludert i en artikkel, er fryktnivået for svineinfluenzaen høyere, enn når et nøytralt bilde av et sykehus er inkludert.**

Ved å introdusere nærmere halvparten av utvalget mitt for et fryktinngytende bilde, og den resterende halvparten for et nøytralt bilde, ønsket jeg å se om effektene av bildetype kunne slå ut på den selvrapporterte graden av frykt blant respondentene i utvalget. Sammenhengen mellom variablene ble derimot ikke signifikant, og jeg må konkludere med at kommunikasjon rundt "bildetype" ikke har noen innvirkning på respondentenes nåværende fryktnivå, i alle fall ikke for hele gruppen av respondenter.

Det er meget sannsynlig at det bildet jeg presenterte ikke ble oppfattet som skremmende nok blant subjektene som inngikk i undersøkelsen. Kanskje lyktes jeg ikke med å formidle en høy grad av frykt gjennom visningen av bildet. Som tidligere nevnt må man også ta høyde for at svineinfluenzaen ikke nødvendigvis kan karakteriseres som en risiko, nettopp fordi at når risikoer opphører å eksistere, mister de sitt stempel som en risiko. Man kan argumentere for at svineinfluenzaen sluttet å være en risiko i det øyeblikket den ble erklært for over, og at dette igjen kan en negativ innvirkning på vår risikovurdering.

5.1.4 Hypotese 4:

- **Mennesker som befinner seg i risikogruppen, har en høyere frykt for svineinfluenzaen etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.**

Forskere foreslår at mangel på kontroll fører til en mer pessimistisk holdning ovenfor en gitt type risiko. Denne pessimismen sees i større grad hos personer som har hatt personlig erfaring

med, eller en viss tilknytning til, den gjeldende risikoen (Weinstein, 1980). Resultatene fra denne undersøkelsen indikerer at mennesker som befinner seg i risikogruppen, har en høyere risikooppfatning av svineinfluensaen, etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde. Disse funnene er statistisk signifikante og i tråd med tidligere forskning. Das et al. (2003) redegjør blant annet for dette ved å hevde at sårbare mennesker har lettere for å bli manipulert av en frykt appell, og vil erfare flere negative følelser som en konsekvens av dette. Det er grunn til å anta at respondentene i utvalget fremstår som mer sårbare nettopp fordi at de befinner seg i risikogruppen. Det kan virke som om individer i risikogruppen er klar over at de løper en større risiko for å bli alvorlig syk av svineinfluensaen. Hvis de ikke hadde erkjent seg dette forholdet, ville jeg ikke ha forventet noen effekt i denne studien.

Det er riktignok interessant at det ikke finnes en hovedeffekt av risikogruppe på bildetype. Hvis risikogruppen generelt er mer sårbare, bør de ha et høyere fryktnivå også i den nøytrale bildegruppen. Hvordan forklarer man at risikogruppen bare skårer høyere når de har sett på det mest skremmende bilde? Man kan spekulere i om de som ikke er blitt utsatt for det mest skremmende bilde ignorerer eller fortrenger sin sårbarhet, nettopp fordi at de ikke blir påminnet sin frykt. Dette kan bety at de i gruppen med det skremmende bildet har blitt gjort oppmerksom på sin sårbarhet gjennom visningen av bildet, og at dette gir et utslag på rapportert fryktnivå som ikke er tilstede hos de i gruppen med det nøytrale bildet.

De fleste i risikogruppen er for øvrig blitt vaksinert mot svineinfluensaviruset. Likevel skårer de høyere på fryktnivå etter å ha blitt eksponert for det skremmende bilde, enn gruppen som faller utenfor risikogruppen. Dette viser at de som er i risikogruppen, selv etter å ha blitt vaksinert, fortsatt er engstelig for svineinfluensaen. Behovet for kontroll gjennom vaksinerer er derfor ikke tilfredsstillende nok til å dempe frykten for svineinfluensaen. Det er derfor nærliggende å anta at det må være andre fryktutløsende årsaker som ligger til grunn for at risikogruppen reagerer sterkere på det skremmende bildet, enn det som er tilfellet for de som faller utenfor risikogruppene. Det kan for eksempel tenkes at eksponeringen for det skremmende bilde gjenskapte den fryktfølelsen som personer i risikogruppen erfarte på det tidspunktet da svineinfluensaen fikk sitt utbrudd, og at de derfor ble påminnet om det alvorlig som engang okkuperte deres tanker. Denne assosiasjonen, eller påminnelsen, kan ha satt i gang en ny prosess av bekymring og engstelse som førte til at individene i risikogruppen rapporterte en høyere grad av frykt, etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde.

5.1.5 Hypotese 5:

- **Kvinner har en høyere frykt for svineinfluenzaen (enn det menn har) etter å ha blitt eksponert for det mest skremmende bilde i artikkelen.**

I teoridelen presiserte jeg at jeg hadde som mål å se om det eksisterer et samspill mellom kjønn og bildetype på selvrapportert fryktnivå. Empiriske funn viser at kvinner har en større risikooppfattelse enn menn, fordi de generelt føler seg mer utsatt og sårbare enn det menn gjør (Satterfield et al., 2004). Og det er sannsynlig at kvinner er sosialisert til å være mer engstelige enn menn, eller at det for eksempel er mer akseptabelt for kvinner å uttrykke angst/redsel (Sutton & Farrall, 2005). Jeg forutså at kvinner som ble stilt ovenfor det mest skremmende bilde, ville rapportere en høyere grad av frykt, enn menn i samme gruppe. Resultatene ble derimot ikke signifikante, og jeg må konkludere med at forskjellen i fryktnivå mellom menn og kvinner ikke er avhengig av bildetype.

For øvrig viser resultatene en hovedeffekt av kjønn på opplevd fryktnivå, til tross for en fraværende interaksjonseffekt mellom kjønn & bilde på fryktnivå. Dette betyr at kjønn har en betydning for hvor redd man er for svineinfluenzaen, uavhengig av bildetype. I dette konkrete tilfellet er det viktig å understreke at kvinner er mer engstelig enn menn, når det kommer til svineinfluensafenomenet, som også er i tråd med tidligere forskning (Satterfield et al., 2004). Forskjellen er derimot at kvinner ikke er mer engstelige enn menn etter å ha blitt utsatt for den eksperimentelle betingelsen av bildetype, utover den generelle forskjellen mellom menn og kvinner.

5.1.6 Hypotese 6:

- **De fleste i gruppen som ikke har vaksinert seg skårer høyt på illusjon av kontroll.**

De fleste i gruppen som ikke har vaksinert seg skårer høyt på de variablene som er tiltenkt å måle illusjon av kontroll. I praksis vil dette si at de som ikke har vaksinert seg legger vekt på

at det å ha et sterkt immunforsvar, parallelt med hyppig håndvasking, er virkemidler som er effektive for å oppnå beskyttelse mot svineinfluensaviruset. Myndigheten i form av WHO og FHI har gått ut offentlig med anbefalninger om vaksiner for hele befolkningsgruppen, da de hevder at vaksiner er det eneste hjelpemiddelet som gir en full beskyttelse/ immunitet mot viruset. På tross av disse rådene, har omtrent halvparten av utvalget valgt å avstå fra vaksiner. Dette kan tale i retning for en "illusory thinking" (se Langer, 1975), fordi respondentene ikke velger å følge de anbefalte forhåndsreglene for smittetiltak, men likevel mener at de kan oppnå full immunitet ved og simpelthen ha et godt immunforsvar- og gjennom å holde en høy personlig hygiene. Slike utsagn tyder på at subjektene opplever en forsterket følelse av kontroll, selv om det i virkeligheten ikke er tilfellet (Langer, 1975). Det burde for eksempel være allment kjent at immunforsvaret vårt ikke er motstandsdyktig ovenfor ukjente virus som kroppen ikke har dannet antistoffer mot, uavhengig av om man faktisk har et sterkt immunforsvar eller ei. Det at man evner å tro at man kan påvirke eller kontrollere en situasjon som i utgangspunktet ikke er kontrollerbar, blir gjenkjent som "illusory thinking" (Langer, 1975). Respondentenes formening om å ha kontroll på smitteomfanget er høyst sannsynligvis ikke reell, fordi de har unnlatt å vaksinere seg, noe som bryter med myndighetenes fundament om å erverve kontroll gjennom en maksimal beskyttelse (som best kan oppnås gjennom vaksiner). Forskning støtter også denne antagelsen, og det kommer blant annet frem at "illusory thinking," kan assosieres med en negativ helseatferd, som for eksempel ineffektive helseavgjørelser og en ufullstendig prosessering av riktig helseinformasjon (Klein & Cerully, 2007).

5.1.7 Hypotese 7:

- **Folk er mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluensaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet**

Studien min tilsier at folk er mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluensaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet. Resultatene er derfor i overensstemmelse med tidligere forskning. Arnett (2000) skriver at individer som ser seg selv som mindre utsatte for å erfare noe negativt, sammenlignet med et gjennomsnitt, vil være mer tilbøyelige til å utføre risikobetont atferd. Forskere har lenge vært

bekymret for at det optimistiske biaset hemmer mennesker i fra å ta de riktige avgjørelsene, fordi personer som tror de er mindre utsatte for å bli berørt av en pandemi, ikke vil se det som nødvendig å vaksinere seg (Radcliffe & Klein, 2002). Det er dog lite trolig at dette faktisk er tilfellet i denne studien, da over halvparten av respondentene hevder å være vaksinert. I lys av disse funnene kan jeg argumentere for at optimisme og forebyggende handlingsatferd er positivt korrelert. Dette kan begrunnes med at mennesker som har engasjert seg i helsefremmende tiltak vil være mer optimistisk i nærværet av svineinfluensaen, fordi de er inneforstått med at deres atferd har bidratt til å redusere risikoen (Eiser, 1998).

Biaset kan være en effekt av at så mange i utvalget tok vaksinen, og derfor helt realistisk vurderte seg som mindre sårbare. Det ble derfor kjørt en ytterligere test på dette, og resultatene indikerer at begge gruppene (både de som vaksinerte seg, og de som ikke vaksinerte seg) har helt identiske gjennomsnittskårer for egenvurdert sårbarhet og vurdering av andres sårbarhet. Optimistisk bias har en effekt uavhengig av om man har vaksinert seg eller ei. Mennesker som ikke har engasjert seg i en helsefremmende atferd er derfor like optimistiske i nærværet av svineinfluensaen, selv om deres atferd ikke har bidratt til å redusere risikoen.

Men hvorfor er folk mer tilbøyelige til å tro at deres risiko for å få svineinfluensaen, dersom en ny bølge skulle inntreffe, er lavere for dem selv enn for gjennomsnittet? En forklaring kan blant annet være at individer er urealistiske i sin optimisme fordi de mangler nødvendig informasjon (om andre) til å kunne foreta en presis risikoestimering (Weinstein, 1980). For eksempel vil folk være mer tilbøyelig til å underestimere andelen av andre som, i likhet med en selv, også har engasjert seg i forebyggende handlingsatferd. En annen tilnærming fokuserer på våre behov for å være bedre enn gjennomsnittet. Å innrømme ovenfor oss selv at vi er like sårbare som andre mennesker vil virke truende på vårt selvbilde (Weinstein, 1980). Det store spørsmålet blir likevel om det er adaptivt eller maladaptivt å være optimistisk? Foreliggende forskning hevder at det å være positivt innstilt ovenfor et usikkert utkom gir oss muligheten til å takle livets uforutsigbarheter. Alle mennesker har et iboende behov for å ha kontroll over sitt eget liv. Vi ønsker å se verden som et kontrollerbart sted, hvor gode ting hender gode mennesker, og onde ting hender onde mennesker (Klein & Cerully, 2007). Ut i fra dette standpunktet kan det være rimelig å anta at optimisme fungerer som en coping strategi for å bøte på situasjoner som oppleves som turbulente, og som kan resultere i stress. I tilfeller hvor

man også tyr til forebyggende tiltak for å unngå smitte, vil optimismen i høy grad kunne karakteriseres som adaptiv.

Helt til slutt vil jeg nevne at forskning blant annet har tydeliggjort at det optimistiske biaset viser seg sterkere dersom en risiko er under ens personlige kontroll (Weinstein, 1980). Da svineinfluensaen fikk sitt inntog var den ikke under vår subjektive kontroll, fordi viruset var forholdsvis nytt og ukjent for oss, samtidig som vaksinene ikke ble tilgjengelig før utpå senhøsten. Denne spørreundersøkelsen ble gjennomført på et tidspunkt hvor svineinfluensaen var overstått, og på et tidspunkt hvor vaksinen også var klar. Sett i funn av dette er det hensiktsmessig å argumentere for at svineinfluensaen ble sett på som å være under kontroll da spørreskjemaet ble fremstilt. Dette kan derfor ha hatt en viss innvirkning på omfanget av det optimistiske biaset, som kanskje ikke ville ha blitt like tydelig dersom spørreundersøkelsen hadde funnet sted på et mye tidligere stadium av pandemien.

5.1.8 Hypotese 8:

- **Folk som har fått mest informasjon om svineinfluensaen gjennom tv, radio og aviser, har et høyere fryktnivå enn de som har fått informasjon fra offentlige helsemyndighet (lege, helsepersonell og nettsidene til who, fhi og kommunene).**

Av resultatene fra analysen kommer det frem at de som har holdt seg oppdatert på svineinfluensaen gjennom tv, radio og aviser, samt lege, helsepersonell, WHI og FHI, har et høyere fryktnivå enn de som ikke har fått informasjon fra disse kildene. Det kan virke som om respondentene ikke skiller mellom kilder som tv, radio og aviser på en side, og lege, helsepersonell, WHO og FHI på den andre siden. Jeg hadde nok ventet meg at påvirkningen (på fryktnivå) fra media, var noe større enn påvirkningen fra myndighetene. Media blir ofte beskyldt for å kjøre skremselspropaganda ved å publisere nyheter som er sjeldne, risikobetonte og oppsiktsvekkende (Harper, 2005), og derfor kunne man ha forventet en større effekt her.

Disse funnene viser klart og tydelig den betydningen som media har for vår risikoforståelse. Gjennom ulike kanaler for informasjonsformidling ønsker media å påvirke publikum i retning av myndighetenes anbefalinger (Vaughan & Tinker, 2009). Forskning på

risikokommunikasjon har meddelt at formidling av frykt er svært hensiktsmessig i de settingene hvor handlinger kan gjøres umiddelbart (Leventhal, 1965). I tilfellet med svineinfluensaen hvor vaksiner er lett tilgjengelig og meget effektive, kan man anta introduksjonen av frykt vil være gunstig og formålstjenelig for å skape en holdningsendring. Når kilder som lege, helsepersonell og media faktisk har en innvirkning på det fryktnivået vi rapporterer, må vi begynne å se på hva det er som forvolder denne effekten. Siden media er en så viktig og integrert del av vår hverdag er det ikke rart at vi blir påvirket av det som media ønsker å formidle, også når det kommer til bruken av emosjoner. Svineinfluensaen har blitt håndtert i regi av samfunnets øverste beredskapsstyrker for pandemier, og disse aktørene vil kunne ha et visst fortrinn i sitt påvirkningspotensiale. Siegrist og Cvetkovich (2000) hevder at når publikum mangler erfaring med en risiko vil de heller legge sin lit til eksperter og forskere på feltet, og stole på at den informasjonen de fremlegger er riktig. Ekspertenes formidling av frykt vil derfor kunne gjenspeile seg i befolkningens risikovurdering, som i dette tilfellet mest sannsynligvis har holdt innslag av frykt som respondentene gir uttrykk for i studien. Om myndigheten har greid å skape nok frykt til å fremme forebyggende atferder, er et forhold jeg vil se nærmere på i påfølgende kapittel.

5.1.9. Hypotese 9:

- **Folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinfluensaen, har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til disse mediekildene.**

Waldahl (1999) underretter at tillit til mediet er viktig for medias muligheter til å påvirke publikum. Hypotesen bekrefter at folk som har liten tiltro til tv, radio og aviser i forbindelse med svineinfluensaen, har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til disse mediekildene. Det råder derfor ingen tvil om at mennesker som har tillit til media, har gjennomført flere forebyggende helsetiltak i lys av pandemien, enn de som ikke har tiltro til media (i denne konkrete studien). Innledningsvis viste jeg til en undersøkelse som kan meddele at 58 prosent av alle amerikanere endret atferd etter hvordan media fremla en bestemt hendelse / sak (Mebane, 2005). Det betyr blant annet at massemedia legger føringer på de avgjørelsene vi tar i henhold til risikoer. Dette viser at under tilstedeværelsen av en

pandemi vil folk være mer tilbøyelige til å engasjere seg i handlinger som er helsefremmende, hvis media favoriserer dette.

I henhold til mediepåvirkning hevder Vaughan og Tinker (2009) at vi stoler mest på de kildene som er kompetente, troverdige, omsorgsfulle og anerkjente. Med dette som bakgrunn kan man se det på den måten at respondentene i utgangspunkter mener at media, i form av tv, radio og aviser, innehar den kompetanse, troverdighet og anerkjennelse som er nødvendig for å erverve tillit til media. Når de fleste opplever å ha tillit til det generelle mediekonseptet, kan dette leses som at media sin interesse ligger i å formidle et korrekt bilde av virkelighetens risikoer (Drottz – Sjöberg, 2003; Waldahl, 1999).

Det at media har en viss påvirkning på sitt publikum har studien min blant annet bekreftet. Hvor markant og vesentlig denne påvirkningen er, avhenger blant annet av flere faktorer. For eksempel vil vi har mer tiltro til media i situasjoner hvor vi ikke har kjennskap til risikoen (Waldahl, 1999). Samtidig tror man at påvirkningen øker dersom mediedekningen holder seg høy og stabil over tid, slik at våre bekymringer øker proporsjonelt med mediedekningen (Young et al., 2008). For eksempel vil nok de fleste av oss ikke ha noen store vanskeligheter med å erindre den enorme mediedekningen som svineinfluensaen hadde her til lands, gjennom siste halvdel av 2009. For det andre vil personlige egenskaper og individuelle variasjoner ha betydning for hvordan ulike mennesker blir påvirket av medias innhold. Medias budskap vil for eksempel ikke bety det samme for alle, og derfor vil heller ikke media påvirke alle i like stor grad- eller like mye. All påvirkning skjer heller ikke umiddelbart, men kan komme gradvis og over tid (Waldahl, 1999). Dette illustrer at medias påvirkning avhenger av ulike sosiale og fysiske forhold, og at det derfor blir vanskelig å spesifisere hvor nøyaktig den er. Det er også viktig å ta høyde for at medias påvirkningspotensiale ikke går alene, men side om side med andre påvirkningsaktører (Waldahl, 1999; Bang, 2003).

5.1.10 Hypotese 10:

- **De med en ”intern lokus av kontroll” og høy mestringstro har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak, enn de med en ”ekstern lokus av kontroll” og lav mestringstro.**

Er det så slik at respondentene med en høy mestringstro og en intern lokus av kontroll har investert i flere helsefremmende atferder enn de med en lav mestringstro og en ekstern lokus av kontroll? Mine funn implikerer at de med en intern lokus av kontroll og høy mestringstro har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak, enn de med lav mestringstro og en ekstern lokus av kontroll. Dog, ble kun én av de to lokus av kontroll variablene signifikante. Et valg av andre og, ikke minst, flere variabler kunne kanskje ha endret det bildet av de resultatene som foreligger her. Det at enkeltvariablene ikke kunne slås sammen til en indeks viser også en svakhet ved den metodiske tilnærmingen, som kan ha påvirket resultatene i en gitt retning. På den andre siden kom én variabel ut med signifikante funn og ”unnlot vaksinerer fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til,” ble bekreftet.

Floyd et al., (2000) skriver at de med en høy mestringstro vil ta i bruk flere selvbeskyttende hjelpemidler under tilstedeværelsen av ufrivillige risikoer, som naturkatastrofer og pandemier. Mine funn er dermed i samsvar med tidligere forskning. Studier har også proklamert at individer med en intern lokus av kontroll tar færre risikoer, fordi de tar større ansvar for egen helse ved å ty til ulike forebyggende handlinger for å hindre og/ eller redusere omfanget av en pandemi (McMath & Prentice-Dunn, 2005). På bakgrunn av de funnene som fremkommer i analysen, kan jeg bare delvis bekrefte denne teorien. Om jeg hadde inkludert flere variabler, og eventuelt gjort en bedre kvalitetssikring av de variablene som er tiltenkt å måle ”lokus av kontroll,” ville jeg kanskje ha fått bekreftet hypotesen.

5.2 Begrensninger ved undersøkelsen

Generaliserbarhet

Ettersom respondentene som er med i denne undersøkelsen ble valgt ut skjønnsmessig, må det tas visse forbehold når det gjelder muligheten til å generalisere/ overføre de funnene som er blitt gjort. Et skjønnsmessig utvalg er basert på et ikke-sannsynlighetsutvalg, fordi man da ikke har en lik og uavhengig sjans for å bli trukket ut (Ringdal, 2001). Dette kan derfor prege generaliserbarheten til studien, og man må for eksempel ta høyde for at det kan være bestemte egenskaper som kjennetegner de respondentene som inngår i undersøkelsen, og som ikke gjenspeiler seg i den øvrige populasjonen. For valg av metode måtte jeg ta hensyn til den

økonomiske- og tidsmessige begrensningen i forbindelse med utformingen av masteroppgaven, og valget falt derfor på et ikke-sannsynlighetsutvalg. Og til tross for de begrensningene som oppstår på grunn av mangel på tid og ressurser, skal det likevel være mulig å kunne si noe om populasjonen på bakgrunn av utvalget. For eksempel er det rimelig å anta at det er visse mønstre og typiske trender som også gjelder for populasjonen.

Respondentene

Respondentene kan for øvrig også være mulige feilkilder. For eksempel kan manglende evne til å forstå/ tillegge mening til de ulike spørsmålene føre til feilkilder. Frivillige spørreundersøkelser utføres av respondentene på egen fritid, og det kan være forstyrrende faktorer i miljøet som bidrar til en mangelfull prosessering av informasjon. Frivillige spørreundersøkelser kan også være preget av skjevseleksjon, ved at det er bestemte mennesker som er interesserte i å delta i spørreundersøkelser (enten de er interessert i tematikken eller i å hjelpe en flittig student), noe som kan påvirke resultatene i en viss retning.

Spørreskjema

En annen type begrensning knyttet til undersøkelsen er bruken av spørreskjema som datainnsamlingsmetode. I motsetning til for eksempel et intervju, er det en viss begrensning ovenfor det materialet som kan innhentes. Man får mye informasjon på kort tid, men data fra mange mennesker kan gå på bekostning av hvor detaljerte data man får (Langdridge, 2004, s. 71). En intervjustudie av svineinfluensaen som fenomen, kunne ha undersøkt hva respondentene legger i de begrepene som jeg har beskjeftiget meg med i denne oppgave. En intervjustudie kunne også ha fanget opp mer tydelig hvordan risikokommunikasjonen fungerer, og hvilke aspekter ved den som faktisk påvirker oss. Med en intervjustudie ville jeg også hatt muligheten til å bedre kunne kontrollere for effekten av mellommenneskelige forhold, som blant annet sosial ønskelighet, gjennom å gjøre en nøye briefing før intervjuet. Samtidig gir et intervju oss muligheten til å få mer fyldige og rike beskrivelser av informantenes livsverden, noe man går glipp av med en surveybasert tilnærming.

En annen forutsetning man må ta stilling til er hvorvidt respondentene forstår hva det spørres etter, og validiteten kan bli truet som en følge av at respondentene tolker spørsmål på en

annen måte enn det som var tiltenkt. Når man i tillegg bruker lukkede svaralternativer er referanserammen i stor grad allerede satt, og undersøkelsen kan bære preg av å være lite rikholdig (Langdridge, 2004). Enkelte hevder at bruken av en sju trinns Likert skala gjør at informantene får vanskeligheter med å plassere svarene sine, fordi en sju trinns skala er mer omfattende og følgelig mer tidkrevende å fylle ut (Langdridge, 2004). Mitt valg av en sju trinns skala ble gjort på bakgrunn av at jeg ønsket et bredere spekter av nyanser i respondentenes svar, og denne skalaen er forbeholdt en større variasjon i de svarene som blir avgitt. Sett i lys av både problemstilling og tidligere forskning, mener jeg at valget av spørreskjema som datainnsamlingsmetode var det mest hensiktsmessige valget. Spørreskjemaet er det mest økonomiske og tidsbesparende alternativet, samtidig som det åpner opp for innhenting av mye informasjon. Lukkede svaralternativer krever også en mindre innsats fra respondentenes side, og vil være raskere å gjennomføre (Langdridge, 2004),

Måleinstrumentene

Det er også enkelte begrensninger knyttet til de ulike måleinstrumentene i spørreundersøkelsen. Jeg valgte for det meste en skala basert på selvutviklede mål. Eksisterende skalaer har den fordelen at de allerede er blitt testet ut, og validiteten er vurdert (Johannessen, 2008). Jeg mener likevel at den skalaen jeg anvendte i denne studien var den mest riktige med tanke på det temaet som undersøkes, og de hypotesene som ble satt. Det er gjort generelt få undersøkelser og studier på globale pandemier i sin helhet, og da særlig på de ulike undergruppene av virus, som for eksempel ”svineinfluensaen.”

Når det gjelder reliabiliteten til målene vil jeg trekke frem de to indeksene ”lokus av kontroll” og ”illusjon av kontroll,” som ikke tilfredstilte kravene til Cronbachs alfa. Lave Cronbachs alfa verdier er en svakhet i seg selv som kan ha påvirket mine resultater. For å kunne dra mer entydige og sikrere konklusjoner ville jeg ha foretatt en større kvalitetssikring av skalaene ved og blant annet ha inkludert flere indikatorer i studien.

For å forbedre måleinstrumentene mine og utviklingen av selve spørreskjemaet, kunne jeg i forkant av datainnsamling ha utført en pilotstudie. Hensikten med en pilotstudie er blant annet å få kartlagt om man stilte de riktige spørsmålene, og om man hadde passende svaralternativer. Var spørreskjemaet relevant, og var det enkelt å fylle ut? Kunne respondentene uttrykke svarene sine slik de ville? I min studie ble det derimot ikke utført

noen pilotstudie da det var begrenset med tid allerede fra starten av. Men jeg anbefaler alle som har tid til å kjøre en pilotstudie å gjøre nettopp det, da det bidrar til å kvalitetssikre studien på en bedre og mer velegnet måte.

Kausalitet

Problemer med å trekke kausale slutninger i empiriske studier beskjefter seg med problemet om å si noe om retningen på forholdet (Ringdal, 2001). Effekten av mulige bakenforliggende variabler er også tilstedet, selv om det ikke alltid er like synlig med det blotte øyet. I denne studien er retningen på forholdet sluttet på grunnlag av tidligere teori og forskning. Det kan likevel hende at enkelte forhold har andre retninger enn det som er antatt her, og dette gjelder da for den delen av oppgaven som er basert på det korrelative designet. Hensikten med det eksperimentelle designet er å kontrollere kausaliteten, og derfor har man som regel kontroll på kausaliteten i et eksperiment. Et problem med det eksperimentelle designet mitt var at jeg ikke sjekket om manipulasjonen faktisk virket. Jeg kan derfor ikke være bastant å konkludere med at det ikke finnes noen effekt, fordi jeg i bunn og grunn ikke vet om dette skyldes en mislykket manipulasjon, eller om det bare ikke var noen sammenhenger.

Når det gjelder virkningen av de bakenforliggende variablene, kan blant annet et allerede-eksisterende fryktnivå påvirke hvilke kilder vi henvender oss til for å innhente informasjon om en gitt risiko. I den forstand vil retningen på forholdet være at fryktnivå påvirker hvorvidt vi tilegner oss informasjon fra offisielle eller uoffisielle kilder. Flere av variablene kan tenkes å ha en lignende forankring til den avhengige variabelen.

6. Konklusjon

Denne studien har vist at media spiller en rolle i menneskets risikovurdering av svineinfluenzaen, men det er fortsatt uvisst hvor utstrakt denne rollen er. Funnene illustrerer at de som har holdt seg oppdatert på svineinfluenzaen gjennom media, har et høyere fryktnivå enn de som ikke har holdt seg oppdatert gjennom media. Studien har også funnet indikasjoner som tilsier at de med liten tiltro til media har tatt færre forhåndsregler for smittetiltak, enn de som har stor tiltro til media. Ut i fra dette kan det leses som om media har betydning for hvordan vi opplever gitte risikoer, og for hvordan vi igjen håndterer disse risikoene.

Jeg utførte også et eksperiment for å teste om jeg kunne påvirke respondentenes fryktnivå, gjennom å manipulere graden av nyhet, kontrollerbarhet og bildetype i undersøkelsen. Den informasjonen jeg manipulerte var plukket fra media, og vil eventuelt kunne vise den betydningen som media har for individets risikooppfattelse. Resultatene viser at individer i risikogruppen rapporterte en høyere grad av frykt etter visningen av det mest skremmende bilde. Dette kan tyde på at media som en kilde til risikokommunikasjon, faktisk kan påvirke enkelte mottakere gjennom den informasjonen de presenterer og måten den formidles på.

Videre er det funnet en signifikant effekt av det optimistiske biaset. Det er også funnet at de med en høy mestringstro har tatt flere forhåndsregler for smittetiltak i henhold til svineinfluenzaen, enn de med en lav mestringstro. Parallelt med dette er det gjort funn som tyder på at de med en intern lokus av kontroll har investert i flere forebyggende handlinger, enn de med en ekstern lokus av kontroll. På grunn av metodiske svakheter skal man være forsiktig med å trekke noen sikre konklusjoner. Likevel gir de sammenhengene som har blitt funnet en indikasjon på at menneskets egenskaper og individuelle variasjoner er med og påvirker respondentenes risikovurdering.

Mine resultater illustrerer at media påvirker menneskets risikoopplevelse i henhold til svineinfluenzaen, og at påvirkningen øker proporsjonelt med folks tillit til media. Dette betyr blant annet at media fungerer som en viktig kommunikasjonskanal for formidling av risikobetont informasjon. Pandemiske kommunikasjonskanaler må, også i fremtiden, være flinke til å oppmuntre befolkningen til å beskytte seg mot smitte under utbruddet av en pandemibølge. Samtidig er det viktig at publikum har tillit til de kildene som formidler

risikobetont informasjon, fordi at en mangelfull risikokommunikasjon kan føre til at befolkningens risikoopplevelse synker (som igjen kan medføre at de ikke vil se det som nødvendig å vaksinere seg). Effektive kommunikasjonsstrategier må også tilpasses den konteksten de opererer innenfor, slik at de må stå i overensstemmelse med de kulturelle verdiene, omstendighetene og risikopersepsjonene til den målgruppen som risikokommunikasjonen tar sikte på å nå. Forskere innenfor risikokommunikasjonsfeltet er mer og mer enige om at risikokommunikasjon er mest anvendelig når den er: Åpen og tydelig omkring de bekymringene og prioriteringene som opptar publikum; kulturelt definert, og; sterk i å fremme "self efficacy" rundt selvbeskyttende atferder (Vaughan & Tinker, 2009).

6.1 Forslag til videre forskning

En kvalitativ studie av svineinfluensaen som fenomen, kunne ha undersøkt hva respondentene legger i de begrepene som jeg har beskjeftiget meg med i denne oppgave. Det hadde vært interessant å studere mer inngående hvilke oppfatninger respondentene har av svineinfluensaen og rundt selve vaksinen, samt hva de mener om medias innhold og budskap. En kvalitativ studie kunne også ha fanget opp mer tydelig hvordan risikokommunikasjonen fungerer, og hvilke aspekter ved den som faktisk påvirker oss. Dette er viktig for å sikre at de anbefalingene og rådene som myndighetene kommer med under tilstedeværelsen av en pandemi, både blir sett og hørt. For fremtidig forskning foreslår jeg at en lignende studie blir gjennomført, men da under tilstedeværelsen av en pandemi- og ikke i dens etterkant. På denne måten hadde man kunnet fanget opp forskjeller i risikopersepsjon på to ulike tidspunkt, og gjort undersøkelser på nettopp dette. Samtidig vil jeg anbefale å kjøre en pilotstudie i forkant av en spørreundersøkelse for og bedre kunne kvalitetssikre måleinstrumentene, samt en test som måler om manipulasjonen(-e) har fungert som tiltenkt.

7. Litteraturliste

- Aavitsland, P., Hungnes, O., Iversen, B., Mamelund, S-E., Furuseth, E., Borgen, K., & Hauge, S. (2010). *Rapport om scenarier for pandemien og andre influensaepidemier i 2010-2011, 24. mars 2010* (Rapport nr. 2010-3-24). Lastet ned fra Folkehelseinstituttets hjemmeside: <http://www.fhi.no/dokumenter/3c807895b6.pdf>
- Arnett, J. J. (2000). Optimistic bias in adolescent and adult smokers and non-smokers. *Addictive Behaviors, 25*, 625-632.
- Bickerstaff, K. (2004). Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution. *Environmental International, 30*, 827-840.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over aids infection. *Evaluation and Program Planning, 13*, 9-17.
- Bang, T. (2003). *Medier og kommunikasjon – en innføring*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Beck, U. (1992). *Risk society: toward a new modernity*. Lastet ned fra http://www.google.com/books?hl=no&lr=&id=QUDMAgICuEQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=beck+1992+risk+society&ots=8DuNxweCT_&sig=8VFh9Fjtjgf42nXlo0vSEW08O1M#v=onepage&q=beck%201992%20risk%20society&f=false
- Breakwell, G. M. (2007): *The psychology of risk*. Cambridge: University Press.
- Burger, J. M. (1985). Desire for control and achievement-related behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1520-1533.
- Covello, V. T., Peters, R. G., Wojtecki, J. G., & Hyde, R. C. (2001). Risk communication, the west nile virus, epidemic, and bioterrorism: Responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 78*, 382-391.

- Coventry, K. R., & Norman, A. C. (1998). Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. *British Journal of Psychology*, 89, 629-645.
- Crisp, B. R., & Barber, J. G (1995). The effect of locus of control on the association between risk perception and sexual risk taking. *Personality and Individual Differences*, 19, 841-846.
- Das, E., De-Wit, J., & Stroebe, W. (2003). Fear appeals motivate acceptance of action recommendations: evidence for a positive bias in the processing of persuasive messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 650-664.
- Donaldson, L. (2003). Expert patients usher in a new era of opportunity for the nhs. *British Medical Journal*, 326, 1279-1280.
- Drottz-Sjöberg, B.-M. (2003). *Introduction to risk communication. Current trends in risk communication: theory and practice*. Oslo: Directorate for Civil Defence and Emergency Planning.
- Eiser, R. J. (1998). Communication and interpretation of risk. *British Medical Bulletin*, 4, 779-790.
- Findley, M. J., & Cooper, H. M. (1983). Locus of control and academic achievement: A literature review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 419-427.
- Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S & Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits* *Policy Sciences*, 9, 127-152.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 407-429.
- Folkehelseinstituttet (2009). *Risikogrupper for komplikasjoner av ny influensa A(H1N1)*. Lastet ned fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6129&MainArea_5661=6129:0:15,5029:1:0:0:::0:0&MainLeft_6129=5544:78136::1:6130:1:::0:0

- Franco, K., Belinson, J., Casey, G., Plummer, S., Tamburrino, M., & Tung, E. (2000). Adjustment to perceived ovarian cancer risk. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9, 411-417.
- Frese, M. (1987). En teori om kontroll och stress. I H. Leymann & I. Svensson (Red.): *Forskning for framtidens arbeidsliv*. Stockholm: Bokforlaget Prisma.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Reis-Bergan, M. (1999). The effect of risk communication on risk perceptions: The Significance of individual differences. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 94-100.
- Graber, D. A. (1996). Say it with pictures. *Annals of the American Academy of Social Sciences*, 546, 85-96.
- Harper, S. (2005). Media, madness and misrepresentation: Critical reflections on anti-stigma discourse. *European Journal of Communication*, 20, 460-483.
- Haugland, A. B. (2006). *Utredning i fordypningsområdet: Ledelse av menneskelige ressurser*. Akademisk avhandling, Høyskolen i Bergen, Norges handelshøyskole.
- Helweg-Larsen, M., & Shepperd, J. A. (2001). Do moderators of the optimistic bias affect personal or target risk estimates? A review of the literature. *Personality and Social Psychology review*, 5, 74-95.
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61, 173-190.
- Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 42, 55-73.
- Johannessen, A. (2008). *Introduksjon til SPSS* (4. Utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Klein, W. M. P., & Cerully, J. L. (2007). Health-related risk perception and decision-making: Lessons from the study of motives in social psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 334-358.

- Kruger, J., & Burrus, J. (2004). Egocentrism and focalism in unrealistic optimism (and pessimism). *Journal of Experimental Social Psychology, 40*, 332-340.
- Kruger, J., Windschitl, P. D., Burrus, J., Fessel, F., & Chambers, J. R. (2008). The rational side of egocentrism in social comparison. *Journal of Experimental Social Psychology, 44*, 220-232.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 32*, 311-328.
- Leventhal, H. (1965). Fear communications in the acceptance of preventive health practices. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 41*, 1144-1168.
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self efficacy: a revised theory of four appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*, 469-479.
- Maera, J. (2002). Getting the message across: is communicating risk to the public worth it? *Journal of Radiological Protection, 22*, 79-85.
- Marris, C., Langford, I., Saunderson, T., & O’Riordan, T. (1997). Exploring the “Psychometric paradigm”: Comparisons between aggregate and individual analysis. *Risk analysis, 17*, 303-312.
- McKenna, F. P. (1993). It won’t happen to me: unrealistic optimism or illusion of control. *British Journal of Psychology, 84*, 39-50.
- McMath, B. F., & Prentice-Dunn, S. (2005). Protection motivation theory and skin cancer risk: The role of individual differences in responses to persuasive appeals. *Journal of Applied Social Psychology, 35*, 621-643.
- Mebane, F. E. (2005). The importance of news media in pharmaceutical risk communication: proceedings of a workshop. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 14*, 297–306.

- Moen, B. E. (2003). *Optimistic bias among skydivers, fire fighters, and employees in the army*. Akademisk avhandling, Universitetet i Trondheim, NTNU.
- Myers, D. G. (2005): *Social psychology* (8th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Nexøe, J., Kragstrup, J., & Sjøgaard, J. (1998). Decision on influenza vaccination among the elderly. A questionnaire study based on the health belief model and the multidimensional locus of control theory. *Scand J Prim Health Care*, 17, 106-110.
- Radcliffe, N. M., & Klein, W. M. P. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology bulletin*, 28, 836-846.
- Renn, O. (2008): *Risk governance. Coping with uncertainty in a complex world*. London: Earthscan.
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold. *Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). "Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey." Lastet ned 19. Februar 2010, fra http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/jul02_3/b2651
- Ruiter, R. A. C., Abraham, C., & Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals. *Psychology & Health*, 16, 613-630.
- Sandman, P. M., & Lanard, J. (n.d.). "Bird flu: Communicating the risk." Lastet ned 23. Mai, 2010, fra <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/birdflu.pdf>
- Sannes, R. (2004). "Dataanalyse og statistikk." Lastet ned 24. Mai 2010, fra http://home.bi.no/fgl88001/metode/Kvantitativ_datanalyse_v3-11.pdf

- Satterfield, T. A., Mertz, C. K., & Slovic, P. (2004). Discrimination, vulnerability, and justice in the face of a risk. *Risk analysis*, 24, 115-129.
- Siegrist, M., & Cvetkovich, G. (2000). Perception of hazards: The role of social trust and knowledge. *Risk Analysis*, 20, 713-720.
- Sjöberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20(1), 1-12.
- Skog, O. J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Slovic, P (1998). The risk game. *Reliability Engineering & System Safety*, 59, 73-77.
- Slovic, P., Fischhoff, L., & Lichtenstein, S. (1980). Facts and fears: Understanding perceived risk. I Schwing, R. C., & Walter A. Albers Jr. (Ed.). *Societal risk assessment. How safe is safe enough?* (s.181-216). New York, NY: Plenum press.
- Smith, R. D. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine*, 63, 3113–3123.
- Smith, W. R, & Torstensson, M. (1997). Gender differences in risk perception and neutralizing fear of crime: Toward resolving the paradoxes. *The British Journal of Criminology*, 37, 608-634.
- Statistisk sentralbyrå (2009). *Norsk mediebarometer, 2008. Færre Leser aviser*. Lastet ned fra <http://www.ssb.no/vis/emner/07/02/30/medie/arkiv/art-2009-04-01-01.html>
- Statistisk Sentralbyrå (2010). *02 Befolkning*. Lastet ned fra <http://www.ssb.no/02/>

- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, *12*, 1621-1630.
- Sutton, R. M., & Farral, S. (2005). Gender, socially desirable responding and the fear of crime. Are women really more anxious about crime? *The British Journal of Criminology*, *45*, 212-224.
- Vaughan, E., & Tinker, T. (2009). Influenza preparedness and response for vulnerable populations. Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, *99*, 325-331.
- Waldahl, R. (1999). *Mediepåvirkning*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Watkins, M. W. (2000). Monte Carlo PCA for parallel analysis [computer software]. State college, PA: Ed & psych Associates.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 806-820.
- Wilkins, L., & Patterson, P. (1987). Risk analysis and the construction of news. *Journal of Communication*, *37*, 80-92.
- Wilson, D. K., Wallston, K. A., & King, J. E. (1990). Effects of contract framing , motivation to quit, and self-efficacy on smoking reduction. *Journal of Applied Social Psychology*, *20*, 531-547.
- Witte, K., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, *27*, 591-615.
- Young, M. E., Norman, G. R., & Humphreys, K. R. (2008). Medicine in the popular press: The influence of the media on perceptions of disease. *PloS ONE*, *3*(10), 1-7.

Af Wåhlberg, A., & Sjöberg, L. (2000). Risk perception and the media. *Journal of Risk Research*, 3, 31-50.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen til bedrifter⁷

⁷ Da spørreskjemaet var så omfattende i sin helhet, besluttet jeg å utelate enkelte spørsmål/variabler fra hypotesetestingen.

HOLDNINGER TIL EPIDEMIER

SPØRREUNDERSØKELSE

Formålet med denne undersøkelsen er å studere holdninger til globale pandemier, som svineinfluensaen. Vi ønsker å studere i hvilken grad holdningene en har til svineinfluensaen har betydning for hvilke forholdsregler man tar med tanke på smitte og spredning av virus. Vi vil også se på medienes betydning for folks holdninger til svineinfluensaen. Resultatene vil bli brukt i min mastergradsoppgave i risikopsykologi, miljø og samfunnsikkerhet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle som deltar er anonyme. Skriv derfor ikke navn el.l. på skjemaet. Har du spørsmål om undersøkelsen, kontakter du undertegnede pr. tlf. 928 99 139.

Når du blar om, finner du en kort artikkel om svineinfluensaen. Det er viktig at du leser denne grundig før du svarer på spørsmålene på de etterfølgende sidene.

Tusen takk for at du er villig til å delta!

Silje Skaug
mastergradsstudent

Christian Klöckner
førsteamanuensis, veileder

Psykologisk institutt

 NTNU
100 skapende år

VIKTIG: Vennligst les artikkelen på denne sida grundig før du svarer på spørsmålene på de neste sidene!



Det nye influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinfluenzaen,” har vi ikke sett før, verken hos gris eller mennesker. Tester viser at viruset er en ny blanding av influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor et nytt og ukjent virus for oss, selv om det tidligere har blitt oppdaget forløpere av viruset hos griser.

Da svineinfluenzaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt tiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at tallet på antall svineinfluensasmittede verden over er synkende, og at viruset nå er under kontroll.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, men det er usannsynlig at dette viruset vil bli mer aggressivt med tiden.

LES DETTE FØR DU STARTER!	Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse reglene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssinger kan strykes ved å fylle <u>hele</u> feltet med farge. Kryss så i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	--

1. Kjønn: Kvinne... ₁ 2. Fødselsår: **19** 3. Har du barn under 6 måneder? ⇒ Nei... ₁ Ja... ₂

4. Når du i dag tenker på svineinfluensaen, hvor redd blir du? ⇒
Her svarer du på en skala fra 1 til 7.
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Overhodet ikke redd | | | | | | | Svært redd |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for deg personlig? ⇒
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært lav | | | | | | | Svært høy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Dersom en ny influensabølge skulle inntreffe, hvor høy mener du at risikoen for å bli smittet av svineinfluensaen er for befolkningen i samfunnet generelt? ⇒
- | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svært lav | | | | | | | Svært høy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hvordan vurderer du alvorlighetsgraden til svineinfluensaen, sammenlignet med ...
- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mye Mindre | | På samme nivå | | | Mye større | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| a. ... en vanlig forkjølelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... diaré eller magebesvær? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... ulike kjønnssykdommer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... mer alvorlige infeksjonssykdommer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ... nevrologiske sykdommer som multippel sklerose og Parkinsons sykdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ... HIV og AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ... ulike typer kreft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ... hjerte- og karsykdommer, blodpropp og diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Under svineinflusabølgen i 2009, hadde du svineinfluensaen? ⇒
- Ja, hadde H1N1, bekreftet av lege/laboratorium..... ₁
- Ja, hadde symptomer på svineinfluensaen..... ₂
- Nei, har ikke hatt svineinfluensaen ₃

NB: Hvis du ikke hadde bekreftet svineinfluensa eller symptomer på svineinfluensa, hopper du til spørsmål 10.

9. Dersom du har hatt bekreftet svineinfluensa eller symptomer på svineinfluensa, hvor mange dager var du sengeliggende på grunn av sykdommen? Regn med alle dagene du lå til sengs, selv om du ikke lå hele dagen. Skriv 0 hvis du ikke var sengeliggende. ⇒

10. Er du i en av risikogruppene? ⇒
- Ja..... ₁
- Nei..... ₂
- Du er i en risikogruppe hvis du ...

... har en kronisk luftveissykdom	... har kronisk nyresvikt
... har en kronisk hjerte/karsykdom	... har kronisk leversvikt
... har nedsatt forsvar mot infeksjoner	... har kronisk nevrologisk sykdom eller skade
... har diabetes	... har svært alvorlig fedme (BMI over 40)
... er gravid	
11. Har du tatt svineinflusavaksinen?
- Ja..... ₁
- Nei..... ₂

NB: Spørsmål 12 er til deg som har tatt svineinfluensavaksinen. Er du ikke vaksinert, hopper du til spørsmål 13.

12. Hvorfor valgte du å la deg vaksinere?	Svært uenig				Svært enig		
	1	2	3	4	5	6	7
a. Jeg vaksinerte meg etter anbefaling fra lege/helsepersonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg vaksinerte meg etter anbefalinger i media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg vaksinerte meg fordi jeg er/var i en av risikogruppene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg vaksinerte meg fordi jeg hadde barn i husholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg vaksinerte meg fordi jeg hadde familie og/eller venner i en risikogruppe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg vaksinerte meg for å redusere omfanget/spredningen av viruset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg vaksinerte meg fordi jeg var redd jeg hadde en hittil uopdaget underliggende sykdom, som kunne gjøre meg svært syk av svineinfluenzaen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg vaksinerte meg fordi jeg var sikker på at svineinfluensavaksinen var en trygg og sikker vaksine, på lik linje med andre vaksiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg vaksinerte meg fordi jeg ikke ønsket å bli syk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg vaksinerte meg fordi vaksinasjoner er en effektiv måte å bekjempe pandemier på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: Spørsmål 13 er til deg som ikke har tatt svineinfluensavaksinen. Er du vaksinert, hopper du til spørsmål 14.

13. Hvorfor valgte du å ikke la deg vaksinere?	Svært uenig				Svært enig		
	1	2	3	4	5	6	7
a. Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til for å bekjempe denne pandemien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har et sterkt immunforsvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg har en generell frykt for sprøyter, og unnlot derfor å vaksinere meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jeg frykter at vaksinen kan ha mange langsiktige og alvorlige bivirkninger som ikke vil vise seg før om flere år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg frykter at jeg vil få store bivirkninger dersom jeg velger å vaksinere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg er allergisk mot noen av virkestoffene i vaksinen, og har derfor ikke blitt vaksinert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har troen på at det å holde en god håndhygiene er et like effektivt hjelpemiddel som vaksinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg forventer å bli veldig syk dersom jeg vaksinerer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg visste ikke når jeg kunne vaksinere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Jeg visste ikke hvor jeg kunne vaksinere meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Det var økonomiske grunner til at jeg ikke vaksinerte meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Jeg hadde andre og viktigere ting å tenke på.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Jeg hadde ikke tid til å vaksinere meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Jeg er generelt skeptisk til nye vaksiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Svineinfluenzaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien? ⇨ Prøv så godt du kan å huske hva du følte den gangen!	Overhodet ikke redd				Svært redd		
	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om objektiviteten til informasjon du mottok om svineinfluensaen?
- | | Svært uenig | | | | | | | Svært enig | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| a. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra venner og familie, var objektiv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra lege og helsepersonell, var objektiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra tv, radio og aviser, var objektiv.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra kollegaer/ medstudenter og andre bekjentskaper, var objektiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra offentlige helsemyndigheters nettsider (folkehelseinstituttet, verdens helseorganisasjon og/eller kommunale nettsider) var objektiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Informasjonen jeg fikk om svineinfluensaen fra private fora og diskusjonsgrupper på internett, var objektiv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

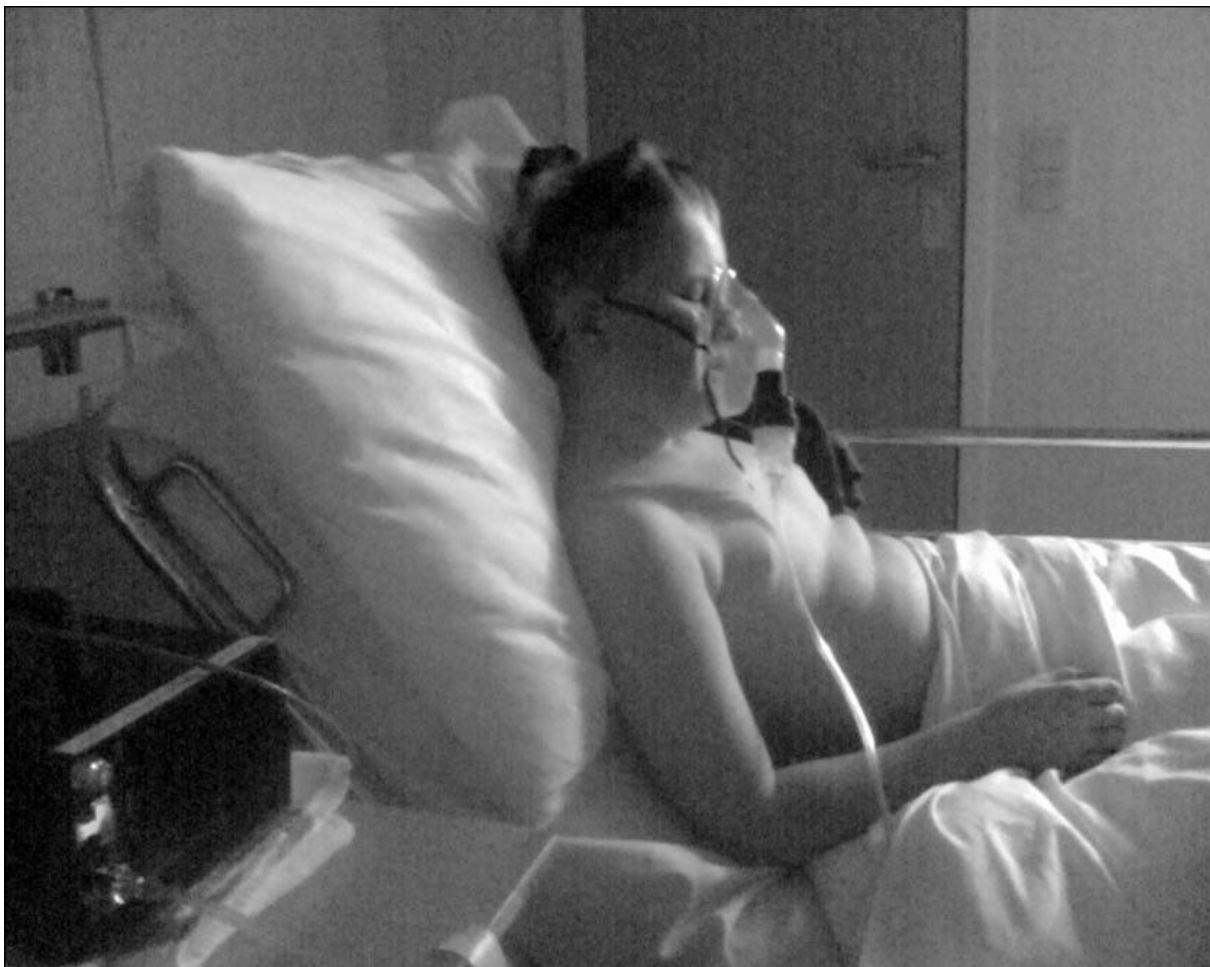
21. Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?
- | | Svært uenig | | | | | | | Svært enig | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| a. I perioden da svineinfluensaen herjet vasket jeg hendene oftere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I perioden da svineinfluensaen herjet brukte jeg munnbind..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I perioden da svineinfluensaen herjet unngikk jeg store folkemengder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Det er ren skjebne og flaks/uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet av svineinfluensaen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Jeg kan unngå å bli smittet av svineinfluensa ved å ta godt vare på meg selv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Svineinfluensaen har blitt riktig fremstilt i tv, radio og aviser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. TV, radio og aviser har fremstilt svineinfluensaen basert på virkelige fakta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Jeg har tillit til at tv, radio og aviser formidler sann informasjon om beredskapstiltak rundt svineinfluensaen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Svineinfluensaen har vært et tema som har fått nødvendig oppmerksomhet i alle mediekkanaler..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Jeg ble mer nøye med hygienetiltak etter medieoppslag om svineinfluensaen i TV, radio og aviser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du en kommentar til denne undersøkelsen eller om temaene som tas opp, kan du skrive her. ↓

Vedlegg 2: Artikkene (den eksperimentelle variasjonen).

Artikkel versjon 1:

Skremmende bilde, høy nyhet og lav kontrollerbarhet.



Det nye influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinfluensaen,” har vi ikke sett før, verken hos gris eller mennesker. Tester viser at viruset er en ny blanding av influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor et nytt og ukjent virus for oss, selv om det tidligere har blitt oppdaget forløpere av viruset hos griser.

Da svineinfluensaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt krisetiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at det ikke lenger var mulig å kontrollere spredningen av H1N1.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, og det kan bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 2:

Nøytralt bilde, høy nyhet og lav kontrollerbarhet



Det nye influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinflensaen,” har vi ikke sett før, verken hos gris eller mennesker. Tester viser at viruset er en ny blanding av influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor et nytt og ukjent virus for oss, selv om det tidligere har blitt oppdaget forløpere av viruset hos griser.

Da svineinflensaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt krisetiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at det ikke lenger var mulig å kontrollere spredningen av H1N1.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer

at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, og det kan bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 3:

Skremmende bilde, høy nyhet og høy kontrollerbarhet



Det nye influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinfluenzaen,” har vi ikke sett før, verken hos gris eller mennesker. Tester viser at viruset er en ny blanding av influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor et nytt og ukjent virus for oss, selv om det tidligere har blitt oppdaget forløpere av viruset hos griser.

Da svineinfluenzaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt tiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at tallet på antall svineinfluensasmittede verden over er synkende, og at viruset nå er under kontroll.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, men det er usannsynlig at dette viruset vil bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 4:

Nøytralt bilde, høy nyhet og høy kontrollerbarhet



Det nye influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinflensaen,” har vi ikke sett før, verken hos gris eller mennesker. Tester viser at viruset er en ny blanding av influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor et nytt og ukjent virus for oss, selv om det tidligere har blitt oppdaget forløpere av viruset hos griser.

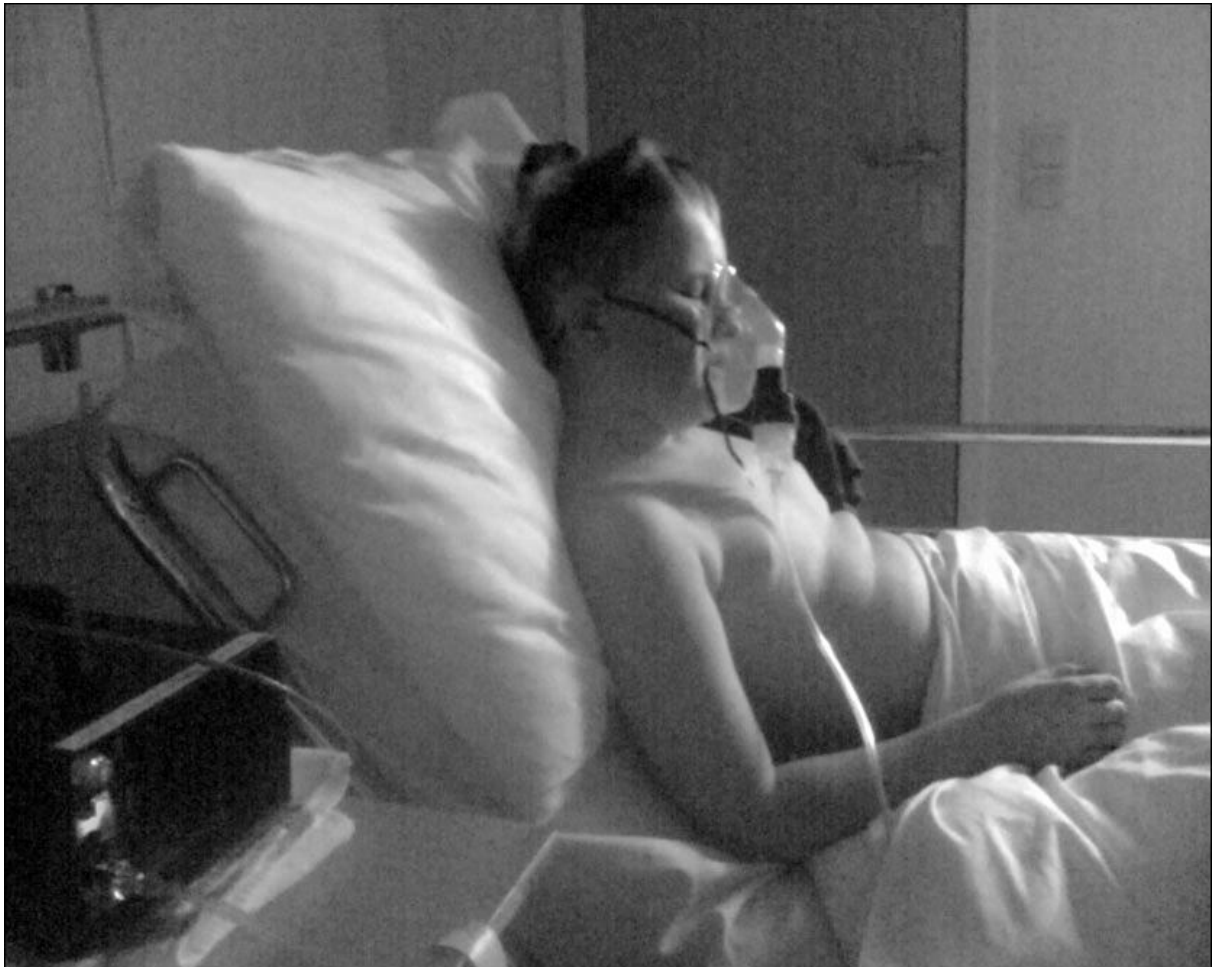
Da svineinflensaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt tiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at tallet på antall svineinflensasmittede verden over er synkende, og at viruset nå er under kontroll.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, men det er usannsynlig

at dette viruset vil bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 5:

Skremmende bilde, lav nyhet og lav kontrollerbarhet



Influsaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinflusansen,” er ganske identisk med et virus som er alminnelig blant griser. Tester viser at viruset er en vanlig blanding av kjente influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor ikke noe nytt og ukjent virus for oss, da det ble oppdaget forløpere av viruset hos griser allerede i 1930.

Da svineinflusansen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt krisetiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at det ikke lenger var mulig å kontrollere spredningen av H1N1.

Selv om svineinflusapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det

ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, og det kan bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 6:

Nøytralt bilde, lav nyhet og lav kontrollerbarhet



Influsaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinflusansen,” er ganske identisk med et virus som er alminnelig blant griser. Tester viser at viruset er en vanlig blanding av kjente influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor ikke noe nytt og ukjent virus for oss, da det ble oppdaget forløpere av viruset hos griser allerede i 1930.

Da svineinflusansen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt krisetiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at det ikke lenger var mulig å kontrollere spredningen av H1N1.

Selv om svineinflusansapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, og det kan bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 7:

Skremmende bilde, lav nyhet og høy kontrollerbarhet



Influensaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinfluentaen,” er ganske identisk med et virus som er alminnelig blant griser. Tester viser at viruset er en vanlig blanding av kjente influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor ikke noe nytt og ukjent virus for oss, da det ble oppdaget forløpere av viruset hos griser allerede i 1930.

Da svineinfluentaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt tiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at tallet på antall svineinfluensasmittede verden over er synkende, og at viruset nå er under kontroll.

Selv om svineinfluensapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, men det er usannsynlig at dette viruset vil bli mer aggressivt med tiden.

Artikkel versjon 8:

Nøytralt bilde, lav nyhet og høy kontrollerbarhet



Influsnaviruset A(H1N1), eller bedre kjent som ”svineinflusnaen,” er ganske identisk med et virus som er alminnelig blant griser. Tester viser at viruset er en vanlig blanding av kjente influensavirus fra gris, menneske og fugl. H1N1 er derfor ikke noe nytt og ukjent virus for oss, da det ble oppdaget forløpere av viruset hos griser allerede i 1930.

Da svineinflusnaen fikk sitt utbrudd i april 2009, ble det iverksatt tiltak for å hindre smitte og spredning på verdensbasis. Noen måneder senere meldte verdens helseorganisasjon (WHO) at tallet på antall svineinflusnasmittede verden over er synkende, og at viruset nå er under kontroll.

Selv om svineinflusnapandemien nå nærmest har forduftet her til lands, er det ikke ensbetydende med at viruset har forsvunnet for godt. Noen forskere forventer at viruset vil ligge latent en stund før det blir aktivt igjen, men det er usannsynlig at dette viruset vil bli mer aggressivt med tiden.

Vedlegg 3: Supplerende informasjon til faktoranalysene

Tabell 1.1:

Offisielle kilder

KMO:	.50
Bartlett's test:	
Chi-Square	93.43
df	1
Sig	<.001

Tabell 1.2:

Offisielle kilder

	Eigenverdier i SPSS	Forklart varians
Component 1	1,50	74.81
Component 2	.50	25.19

Tabell 1.3:

Offisielle kilder

Kommunalitet:	H2
"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom WHI og FHI."	.75
"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluensaens utvikling gjennom lege og helsepersonell."	.75

Tabell 2.1:

Frykt

KMO:	.72
Bartlett's test:	
Chi-Square	658.33
df	6
Sig	<.001

Tabell 2.2:

Frykt

	Eigenverdier i SPSS	Eigenverdier i Monte Carlo	Forklart varians
Component 1	2.65	1.12	66.12
Component 2	.75	1.03	18.75
Component 3	.44	.96	11.09
Component 4	.16	.88	4.05

Tabell 2.3:

Frykt

Kommunalitet:	H2
<i>"Når du i dag tenker på svineinfluenzaen, hvor redd blir du?"</i>	.36
<i>"Svineinfluenzaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009 Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	.66
<i>"6. September 2009 ble det kjent at Norge hadde hatt sitt første dødsfall pga svineinfluensaviruset. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	.86
<i>"Svineinfluenzaen nådde sitt toppunkt her til lands i november 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av pandemien?"</i>	.77

Tabell 3.1:

Tillit til media

KMO:	.87
Bartlett's test:	
Chi-Square	1157.61
df	15
Sig	<.001

Tabell 3.2:

Tillit til media

	Eigenverdier i SPSS	Eigenverdier i Monte Carlo	Forklart varians
Component 1	3.98	1.18	66.31
Component 2	.72	1.10	11.93
Component 3	.49	1.03	8.22
Component 4	.33	.97	5.50
Component 5	.32	.90	5.29
Component 6	.17	.82	2.75

Tabell 3.3:

Tillit til media

Kommunalitet:	H2
<i>"Tv, radio og aviser har fremstilt svineinfluensaen på virkelige fakta."</i>	.80
<i>"Svineinfluensaen har blitt riktig fremstilt i tv, radio og aviser."</i>	.79
<i>"Jeg har tillit til at tv, radio og aviser formidler sann informasjon om beredskapstiltak rundt svineinfluensaen."</i>	.68
<i>"Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var troverdig."</i>	.68

"Informasjonen jeg fikk fra tv, radio og aviser var objektiv." .65

"Svineinfluensaen har vært et tema som har fått nødvendig oppmerksomhet i alle mediekkanaler." .38

Tabell 4.1:

Forhåndsregler

KMO:	.59
Bartlett's test:	
Chi-Square	274.59
df	3
Sig	<.001

Tabell 4.2:

Forhåndsregler

	Eigenverdier i SPSS	Eigenverdier i Monte Carlo	Forklart varians
Component 1	1.93	1.09	64.30
Component 2	.78	1.00	26.02
Component 3	.29	.91	9.69

Tabell 4.3:

Forhåndsregler

Kommunalitet:	H2
"I perioden da svineinfluensaen herjet vasket jeg ofte hendene."	.79
"I perioden da svineinfluensaen herjet unngikk jeg store folkemengder."	.37
"Jeg ble mer nøye med hygienetiltak etter medieoppslag om svineinfluensaen i tv, radio og"	.77

aviser.”

Tabell 5.1:

Self efficacy

KMO:	.50
Bartlett's test:	
Chi-Square	120.43
df	1
Sig	<.001

Tabell 5.2:

Self efficacy

	Eigenvalues	Forklart varians
Component 1	1.55	77.67
Component 2	.45	22.34

Tabell 5.3:

Self efficacy

Kommunalitet:	H2
<i>”Jeg kan unngå å bli smittet av svineinfluensaen ved å ta godt vare på meg selv.”</i>	.77
<i>”Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen.”</i>	.77

Tabell 6.1:

Felles faktoranalyse

KMO:	.83
Bartlett's test:	

Chi-Square	2456.13
df	136
Sig	<.001

Tabell 6.2:

Felles faktoranalyse

	Eigenvalues	Forklart varians
Component 1	5.38	31.62
Component 2	2.39	14.05
Component 3	1.88	11.04
Component 4	1.18	6.95
Component 5	1.01	5.96
Component 6	.83	4.91
Component 7	.71	4.20
Component 8	.67	3.96
Component 9	.53	3.13
Component 10	.44	2.62
Component 11	.41	2.41
Component 12	.38	2.22
Component 13	.32	1.86
Component 14	.30	1.78
Component 15	.26	1.50
Component 16	.16	.93
Component 17	.15	.86

Tabell 6.3:

Felles faktoranalyse

Kommunalitet:	H2
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaen utvikling gjennom lege og helsepersonell."</i>	.76
<i>"Jeg holdt meg oppdatert på svineinfluentaens utvikling gjennom who og fhi."</i>	.71
<i>"Når du i dag tenker på svineinfluentaen, hvor redd blir du?"</i>	.40
<i>"Svineinfluentaen fikk sitt første utbrudd i Mexico i april 2009. Hvor redd var du på det tidspunktet for å bli berørt av</i>	.70

pandemien?”

- ”6. September 2009 ble det kjent at .87
Norge hadde hatt sitt første
dødsfall
pga svineinflusaviruset. Hvor
redd var du på det tidspunktet for å
bli berørt av pandemien?”
- ”Svineinflusaen nådde sitt .77
toppunkt her til lands i november
2009. Hvor redd var du på det
tidspunktet for å bli berørt av
pandemien?”
- ”Tv, radio og aviser har fremstilt .81
svineinflusaen på virkelige
fakta.”
- ”Svineinflusaen har blitt riktig .78
fremstilt i tv, radio og aviser.”
- ”Jeg har tillit til at tv, radio og .70
aviser formidler sann informasjon
om beredskapstiltak rundt
svineinflusaen.”
- ”Informasjonen jeg fikk fra tv, .69
radio og aviser var troverdig.”
- ”Informasjonen jeg fikk fra tv, .66
radio og aviser var objektiv.”
- ”Svineinflusaen har vært et tema .42
som har fått nødvendig
oppmerksomhet i alle
mediekanaler.”
- ”I perioden da svineinflusaen .81
herjet vasket jeg ofte hendene.”
- ”I perioden da svineinflusaen .37
herjet unngikk jeg store
folkemengder.”
- ”Jeg ble mer nøye med .81
hygienetiltak etter medieoppslag
om svineinflusaen i tv, radio og
aviser.”
- ”Jeg kan unngå å bli smittet av .79
svineinflusaen
ved å ta godt vare på meg selv.”
-

<i>"Det er mye jeg kan gjøre for å unngå å bli smittet av svineinfluensaen."</i>	.78
--	-----

Tabell 7.1:

Lokus av kontroll

KMO:	.50
Bartlett's test:	
Chi-Square	4.97
df	1
Sig	0.03

Tabell 7.2:

Lokus av kontroll

	Eigenvalues	Forklart varians
Component 1	1.17	58.58
Component 2	.83	41.43

Tabell 7.3:

Lokus av kontroll

Kommunalitet:	H2
<i>"Det er ren skjebne og flaks/ uflaks som bestemmer hvorvidt jeg blir smittet eller ei."</i>	.59
<i>"Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har liten tro på at det er noe jeg kan gjøre fra eller til for å bekjempe denne pandemien."</i>	.59

Tabell 8.1:

Illusjon av kontroll

KMO:	.50
Bartlett's test:	
Chi-Square	8.12
df	1
Sig	<.001

Tabell 8.2:

Illusjon av kontroll

	Eigenvalues	Forklart varians
Component 1	1.22	60.85
Component 2	.78	39.15

Tabell 8.3:

Illusjon av kontroll

Kommunalitet:	H2
<i>"Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har et sterkt immunforsvar."</i>	.61
<i>"Jeg unnlot å vaksinere meg fordi jeg har troen på at det å holde en god håndhygiene er et like effektivt hjelpemiddel som vaksinering."</i>	.61