

Om hälsopropaganda mot rökning

IV. Reaktionen på hälsouppllysning om sambandet mellan rökning och cancer.

Av docent *Per Bjurulf*, Lund

Den hälsouppllysning som förts mot tobaksrökning har till stor del avsett att skapa olustkänslor hos rökarna på grund av cancerrisken och därmed minska deras tobakskonsumtion. Som exempel kan nämnas att förslag framförts att cigarretter skulle kallas canceretter (Proosdij 1960).

Som tidigare visats har denna upplysningsverksamhet medfört god kunskap om väsentliga data rörande sambandet mellan rökning och cancer (III). I föreliggande avsnitt skall granskas i vad mån kännedomen om den ökade cancerrisken hos rökare har medfört rädsla för cancer respektive ändrade rökvanor och vidare om det förhållandet att en individ röker påverkar hans attityd gentemot denna hälsopropaganda. Vidare skall undersökas om en rad faktorer av betydelse för individens sociala situation påverkar hans benägenhet att reagera för denna hälsopropaganda.

Material och metoder

Materialet omfattar något över 3.000 enkätsvar från män bosatta i Malmö. Undersökningen genomfördes mot slutet av år 1959. Beträffande övriga data om materialet och beskrivning av metoderna hänvisas till tidigare avsnitt i denna serie.

De frågor i enkätmaterialet som är av intresse för föreliggande avsnitt återges nedan.

44. Är Ni själv tobaksrökare?
Ja, huvudsakligen piprökare
Ja, huvudsakligen cigarrökare
Ja, huvudsakligen cigarrétrökare
Nej, använder ej tobak.

1) Från Lunds Universitets Socialmedicinska Institution (Föreståndare: Prof. G. Lindgren) och Lunds Universitets Anatomiska Institution (Föreståndare: Prof. C.-H. Hjortsjö).

Medel för genomförandet av detta avsnitt har erhållits från Statens Medicinska Forskningsråd.

45. Om Ni använder tobak, räknar Ni Er då som:
"Storförbrukare" (mer än 20 cigarretter per dag eller motsvarande mängd tobak i annan form)
"Måttlighetsförbrukare" (10—20 cigarretter per dag eller motsvarande)
"Småförbrukare" (1—10 cigarretter per dag eller motsvarande)
"Tillfällighetsförbrukare" (röker ej dagligen).
46. Har Ni känt olust eller rädsla för egen del med anledning av vad Ni hört om den ökade risken för kräfta bland tobaksrökare?
47. Har Ni sökt läkare huvudsakligen för att få undersökt om Ni lider av kräfta i någon form?
48. Har detta i så fall haft samband med Era tobaksvanor och upplysningskampanjen mot tobaken?
49. Har Ni på senare år ändrat Era tobaksvanor? I så fall på vad sätt?
Nej, ingen förändring
Ja, minskat tobaksförbrukningen något
Ja, minskat tobaksförbrukningen betydligt
Ja, helt slutat röka
Ja, gått över till filtercigarretter
Ja, gått över till piprökning
Ja, gått över till cigarrökning
Ja, på annat sätt.
50. Om Ni ändrat Era tobaksvanor, har detta berott på risken för kräfta?
51. Om Ni hör till de tobaksrökare som i stort sett inte ändrat Era tobaksvanor under senare år, vad anser Ni det beror på?
a. att Ni inte har hört talas om de ökade riskerna för kräfta
b. att Ni inte tycker risken för kräfta är större än att Ni kan ta den
c. att Ni betvivlar hållbarheten i de undersökningar som redovisats rörande orsakssambandet mellan tobaksrökning och kräfta
d. att Ni inte tänker så mycket på riskerna
e. att Ni hoppas på att kunna få läkarhjälp i tid om Ni skulle få kräfta konstaterad.
f. att Ni försökt minska på konsumtionen eller sluta helt men misslyckats med det.

Reliabiliteten och validiteten av svaren beträffande uppgivna rökvanor har tidigare diskuterats och bedömts som god (II).

Vissa tolkningssvårigheter uppkommer emellertid vid bedömningen av svaren beträffande reaktionen på hälsoinformationen (frågor 46, 48 och 50). Den rapporterade reaktionen kan nämligen ej utan vidare anses tillförlitligt återge den verkliga reaktionsfrekvensen bland de medver-

kande eftersom vederbörandes attityd kan medföra att han upplever reaktionen på annat sätt än vad som motsvarar hans beteende. Svarsfrekvensen i olika grupper på dessa frågor torde därför reflektera såväl en positiv attityd som verklig reaktionsfrekvens. Den positiva attityden gentemot hälsoinformation av denna typ är ej utan intresse, vilket framhållits vid en serie konferenser i WHO regi.

Beträffande de frågor som ej berör reaktionen på hälsopropaganda mot tobak torde i mindre utsträckning sådan attitydeffekt påverka svaren ehuru viss haloeffekt ej kan uteslutas.

Svaren på frågan varför vederbörande icke ändrat sina tobaksvanor under senare åren torde såsom avsetts huvudsakligen återspegla vederbörandes attityd.

Vidare angav de deltagande det tillämpliga av följande utbildningsalternativ: folkskola, folkskola och kurser, realexamen, studentexamen, studier vid universitet eller högskola. Inkomsten kontrollerades i taxeringskalendern för Malmö stad varvid de deltagande delades upp i 5 inkomstgrupper (jämför Lindegård et al. 1961, Bjurulf et al. 1962 b).

I denna framställning har av utrymmesskäl en del av den tabellariska redovisningen utesluts. Den läsare som är intresserad av dessa data hänvisas till den detaljerade redovisningen som framlagts i stencilerad form.

Resultat

Som inledningsvis nämndes är avsikten med hälsopropagandan om sambandet mellan rökning och cancer till stor del att hos rökaren skapa så stor olust eller rädsla för cancer att han minskar respektive slutar med tobaksrökning.

Vid besvarandet av frågan om vederbörande känt olustkänsla eller rädsla vid tanken på cancerrisken vid rökning influerar som ovan nämnts förutom den direkta propagandaeffekten även personlighetsfaktorer och attityd. Det kan vidare ha haft viss betydelse att denna fråga kommer i nära samband med diskussionen om den ökade cancerrisken vid rökning. Detta förhållande torde i viss mån kunna öka inställningen att markera "ja". Vidare markerade de medverkande om de sökt läkare på grund av vad de hört om den ökade cancerrisken hos rökare. För att i någon mån minska haloeffekten av de tidigare frågorna har ytterligare en fråga inskjutits nämligen om vederbörande sökt läkare för kontroll av cancer i någon form.

Rapporterad olust på grund av cancerrisken vid rökning

I genomsnitt 16 % (488 stycken) uppger att de känt olust eller rädsla vid tanken på den ökade risken för cancer bland tobaksrökare. Frekvensen som markerat olust minskar med sti-

TABELL 1. Antalet i konsekutiva åldersklasser som uppgivit

1. att de känt olust för egen del vid tanken på den ökade cancerrisken för rökare
2. läkarbesök för kontroll av cancer överhuvudtaget
3. att detta läkarbesök föranletts av hälsopropagandan om cancer och rökning.

Födelseår	känt olust		sökt läkare för cancer överhuvudtaget		sökt läkare för cancer på grund av rökning	
	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens
—1899	22	9 %	18	7 %	2	1 %
1900—1904	31	13 %	13	5 %	6	2 %
1905—1909	44	13 %	26	8 %	6	2 %
1910—1914	69	13 %	16	3 %	7	1 %
1915—1919	90	19 %	14	3 %	11	2 %
1920—1924	106	21 %	14	3 %	10	2 %
1925—1929	72	17 %	13	3 %	9	2 %
1930—	54	20 %	5	1 %	5	2 %
Förändring med åldern	***		***		***	

TABELL 2. Antalet i konsekutiva utbildningsklasser som uppgivit

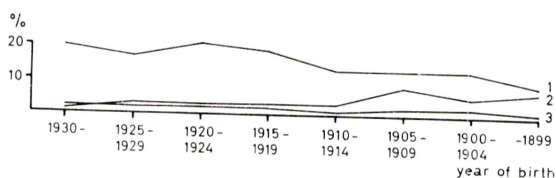
1. att de känt olust för egen del vid tanken på den ökade cancerrisken för rökare

2. läkarbesök för kontroll av cancer överhuvudtaget

3. att detta läkarbesök föranletts av hälsopropagandan om cancer och rökning.

Utbildning	känt olust		sökt läkare för cancer överhuvudtaget		sökt läkare för cancer på grund av rökning	
	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens
folkskola	120	11 %	30	3 %	18	2 %
folksk. + kurs	145	17 %	27	3 %	15	2 %
realexamen	103	20 %	32	6 %	13	2 %
studentexamen	62	24 %	19	7 %	7	3 %
akad. stud.	57	21 %	8	3 %	3	1 %
Förändring med utbildn.	***		***		—	

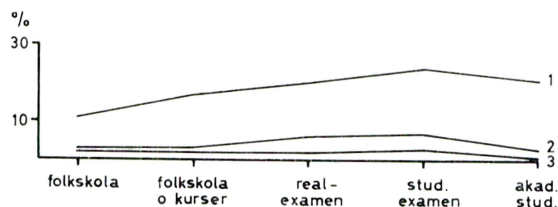
gande ålder (figur 1, tabell 1) ($X^2=32,6$, fg 7, p mindre än 0,001). Det är rimligt att relatera detta förhållande till den med åldern minskande kunskapen om sambandet mellan rökning och cancer som tidigare påvisats (III).



Figur 1. Åldersvariationen av procentuella frekvensen som uppgivit att de

1. känt olust eller rädsla för egen del med tanke på den ökade risken för kräfta bland tobaksrökare
2. sökt läkare för att få undersökt eventuell förekomst av kräfta i någon form
3. sökt läkare med tanke på cancerrisken vid tobaksrökning.

I konsekutiva utbildningsklasser och inkomstklasser ökar antalet som anger att de känt olust med tanke på cancerrisken vid rökning (figur 2, tabell 2) ($X^2=45,9$, fg 4, p mindre än 0,001 respektive $X^2=12,4$, fg 4, p mindre än 0,05).



Figur 2. Variation med utbildning av procentuella frekvensen av dem som uppgivit att de

1. känt olust eller rädsla för egen del med tanke på den ökade risken för kräfta bland tobaksrökare
2. sökt läkare för att få undersökt eventuell förekomst av kräfta i någon form
3. sökt läkare med tanke på cancerrisken vid tobaksrökning.

TABELL 3. Korsfäلتsanalys av variationen med utbildning och inkomst av antalet som rapporterat olust vid tanke på den ökade cancerrisken vid rökning.

Siffrorna anger procentuella antalet som markerat detta alternativ i förhållande till samtliga i respektive celler.

Inkomst i tusentals kronor	Utbildning					
	folkskola	folkskola + kurser	realexamen	studentexamen	akademiska studier	Förändring med utbildn.
—14	9	18	16	16	30	***
15—19	12	20	24	30	21	***
20—24	18	15	19	21	24	**
25—	20	11	20	28	17	—
Förändring med inkomsten	***	—	—	—	—	

TABELL 4. Antalet som i klasser urskilda mot bakgrund av uppgiven mängd förbrukad tobak uppgivit

1. att de känt olust för egen del vid tanken på den ökade cancerrisken för rökare
2. läkarbesök för kontroll av cancer överhuvudtaget
3. att detta läkarbesök föranletts av hälsopropagandan om cancer och rökning.

Uppgiven mängd förbrukad tobak	känt olust		sökt läkare för cancer överhuvudtaget		sökt läkare för cancer på grund av rökning	
	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens
"stor"	35	30 %	14	12 %	9	8 %
"måttlig"	205	24 %	47	5 %	23	3 %
"liten"	134	19 %	21	3 %	19	3 %
"tillfällig"	23	23 %	3	2 %	0	0 %
Förändring med förbrukad tobaksmängd	***		***		***	

Även i detta fall motsvaras det ökande antalet som rapporterat olust av en med utbildning och inkomst ökande kunskap om sambandet mellan rökning och cancer. I tabell 3 prövas med korsfältanalys vilken av de två samvarierande bakgrundsfaktorerna — inkomst respektive utbildning — som är den primära beträffande ökningen av antalet som rapporterat olust varvid framgår att denna variation till största delen kan återföras på inflytande av utbildningen. Dock framgår att i en kolumn — alternativet folkskola — ökar antalet som i konsekutiva inkomstklasser rapporterat olustkänsla. I stort sett är det emellertid variationsfaktorer i utbildningen vilka inverkar på inkomsten som åstadkommit att antalet som rapporterat olust ökar med stigande inkomst.

Som väntat varierar även känslan av olust med tanke på cancerrisken vid rökning med

mängden förbrukad tobak ($X^2=23,0$, fg 3, p mindre än 0,001). Av tabell 4 framgår att denna skillnad företrädesvis kan återföras till att fler bland "storrökarna" rapporterat olust (30 %) i jämförelse med övriga förbrukningsklasser (24, 19 respektive 23 %). Eftersom de lägre åldersklasserna ej är överrepresenterade bland "storrökare" (II) finns ej anledning antaga att åldersfaktorer har orsakat denna skillnad. Däremot kan tänkas att utbildningen kan ha inverkat. Med stigande utbildning ökar som ovan visats antalet som rapporterat olust med tanke på cancerrisken vid rökning. Vidare finnes fler "storrökare" i de högre utbildningsklasserna (II). På så sätt åstadkommes en överrepresentation av individer med högre utbildning bland "storrökarna" vilket kan orsaka att dessa i större utsträckning rapporterat olust. Denna hypotes prövades med korsfältstabell (tabell 6 b) varvid

TABELL 5. Antalet i klasser urskilda mot bakgrund av röksätt som uppgivit

1. att de känt olust för egen del vid tanken på den ökade cancerrisken för rökare
2. läkarbesök för kontroll av cancer överhuvudtaget
3. att detta läkarbesök föranletts av hälsopropagandan om cancer och rökning.

Röksätt	känt olust		sökt läkare för cancer överhuvudtaget		sökt läkare för cancer på grund av rökning	
	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens	antal	procentuell frekvens
pipa	99	18 %	24	4 %	17	3 %
cigarr	29	15 %	6	3 %	2	1 %
cigarrett	251	25 %	46	5 %	33	3 %

emellertid framkom att procentuella antalet som rapporterat olust steg i stort sett successivt med ökande mängd förbrukad tobak inom samma utbildningsklass. Oberoende av utbildningen ökar sålunda med stigande tobaksförbrukning antalet som uppgivit sig känna olust med tanke på cancerrisken.

Vidare kunde påvisas att cigarettrökarna i större frekvens än piprökarna ($X^2=9,2$, fg 2, p mindre än 0,01) respektive cigarrökarna ($X^2=8,3$, fg 2, p mindre än 0,01) hade rapporterat olust (tabell 5), medan någon säkerställd skillnad mellan pip- och cigarrökare ej kunde påvisas i detta avseende.

Den konstaterade skillnaden mellan cigarettrökare och övriga i detta avseende är rimligt mot bakgrund av att den ökade cancerrisken tillskrives cigarettrökning. Man kan därför förvänta sig att det ökade antalet bland cigarettrökare som rapporterat olust bör kunna orsakas av fak-

torer som inverkar på kunskapen om sambandet mellan rökning och cancer. Utbildningen är en sådan faktor (III). Som tidigare konstaterats ökar vidare frekvensen cigarettrökare medan antalet cigarrökare minskade med stigande utbildning (II). I och med att kunskapen om sambandet mellan rökning och lungcancer ökar med utbildningen kan detta medföra att cigarettrökarnas genomsnittligt högre utbildningsnivå ger dem ökade kunskaper om denna hälsopropaganda, vilket kan ha till följd den högre frekvensen rapporterad olust i denna grupp. Vid prövning med korsfältstabell (tabell 6 a) kunde också visas att någon enhetlig differens mellan cigarettrökare och piprökare beträffande rapporterad olust icke kvarstod då inflytandet av utbildningen eliminerats. Däremot kvarstod systematiska differenser mellan cigarett- och cigarrökare i detta avseende. Denna skillnad kan tänkas vara betingad av den differens i förbruk-

TABELL 6 a och b. Korsfältstabeller med prövning av sambandet mellan utbildning, rökvanor och rapporterad frekvens olust vid tanken på cancerrisken vid rökning. Siffrorna anger procentuella antalet markeringar i förhållande till samtliga i respektive celler.

a. I de olika utbildningsklasserna finns ej systematiska skillnader beträffande rapporterad "olustkänsla" mellan dem som uppgivit piprökning jämfört med dem som uppgivit cigarettrökning. Däremot kvarstår skillnaden mellan cigarr- och cigarettrökare i detta avseende i de flesta utbildningsklasser.

Röksätt	Känt olust					
	folkskola	folkskola +kurser	realexamen	studentexamen	akademiska studier	
pipa	10	27	25	26	32	
cigarr	8	21	14	22	16	
cigarett	20	22	31	34	28	

b. I samma utbildningsklass ökar i stort sett med stigande tobaksförbrukning antalet som rapporterat olust.

Mängden förbrukad tobak	Känt olust					
	folkskola	folkskola +kurser	realexamen	studentexamen	akademiska studier	Förändring med utbildn.
"stor"	28	20	40	50	20	**
"måttlig"	16	23	30	39	29	**
"liten"	12	25	23	19	28	*
"tillfälligt"	9	12	21	16	22	*
Förändring med stigande tobaksförbrukn.	***	*	***	***	—	

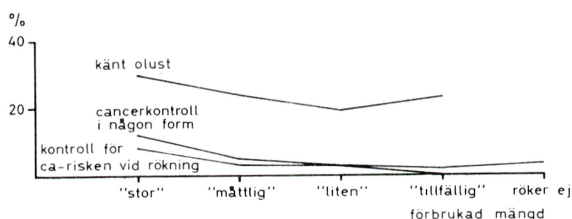
ningsmängd som påvisats mellan gruppen som uppgivit cigarrökning i förhållande till de som angivit cigaretter som förbrukningssätt (II) eftersom frekvensen rapporterad olust varierar med uppgiven förbrukningsmängd tobak (se ovan). Vid prövning med korsfältstabell visade det sig emellertid att skillnaden kvarstod, av vilken anledning det ej synes vara variationsfaktorer i förbrukad tobaksmängd som orsakar de erhållna differenserna mellan cigarr- och cigarettrökare beträffande rapporterad olust.

Sammanfattningsvis kan konkluderas att antalet som rapporterat olust vid tanke på cancer-risken vid rökning minskar med stigande ålder, ökar med utbildningen och är vidare fler bland "storrökare" och bland cigarettrökare jämfört med cigarrökare.

Läkarbesök för cancer. I genomsnitt 4 % (119 stycken) uppgav att de sökt för cancerkontroll av någon orsak medan 2 % (56 stycken) sökt med anledning av den ökade cancer-risken för rökare.

Med stigande ålder, utbildning och inkomst ökar antalet som sökt läkare för allmän cancerkontroll ($X^2=32,6$, fg 7, p mindre än 0,001; $X^2=21,7$, fg 4, p mindre än 0,001; $X^2=24,7$, fg 4, p mindre än 0,001) (tabell 1 och 2). På grund av det låga totala procentuella antalet genomfördes ej någon analys av det inbördes orsaksmönstret till dessa samband.

Någon variation med ålder, utbildning och inkomst kunde ej påvisas beträffande läkarbesök på grund av den ökade cancer-risken för rökare (tabell 1 och 2, figur 1 och 2).



Figur 3. Rapporterad reaktion på hälsopropaganda om rökning och cancer i form av olust eller rädsla i grupper urskilda på grund av differenser i uppgiven mängd förbrukad tobak. Dessutom ges frekvensen i konsekutiva förbrukningsgrupper som angivit läkarbesök på grund av cancerkontroll av någon sort.

Antalet läkarbesök för cancerkontroll överhuvudtaget ökade i klasser med stigande tobaksförbrukning ($X^2=41,9$, fg 3, p mindre än 0,001). Detta gällde som väntat även dem som sökt för den ökade cancer-risken vid rökning ($X^2=24,0$, fg 2, p mindre än 0,01) (figur 3, tabell 4). Vidare framgick att då de som sökt på grund av sambandet mellan rökning och cancer utesluts ur gruppen som angivit läkarbesök för allmän cancerkontroll ökar ej antalet av dessa med stigande mängd förbrukad tobak.

Endast två bland cigarrökarna hade uppgivit att de sökt på grund av cancer-risken vid rökning av vilken anledning någon X^2 -analys ej genomfördes. Någon skillnad i detta avseende mellan pip- och cigarettrökarna kunde ej påvisas.

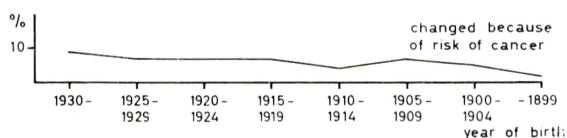
Ett fåtal hade sålunda sökt läkare för den ökade cancer-risken vid rökning och någon variation med ålder, utbildning eller inkomst kunde ej påvisas. Med stigande förbrukad tobaksmängd däremot, synes individen vara mer benägen att söka läkare på grund av cancer-risken vid rökning.

Ändrade tobaksvanor

Deltagarna markerade om de på något sätt förändrat sina rökvanor under senare år och vidare om förändringen berott på risken för cancer.

I genomsnitt 28 % (869 stycken) uppgav att de ändrat sina rökvanor. Endast 6 % (182 stycken) uppgav att förändringen var orsakad av risken för cancer. Av de 28 % som uppgivit ändrade rökvanor uppgav 10 % att de minskat "något" på den förbrukade mängden, 4 % att de minskat "betydligt", medan 9 % uppgav att de helt slutat röka. Vidare hade 2 % gått över till filtercigaretter, 3 % ändrat till piprökning och 1 % hade börjat röka cigarr.

I konsekutiva åldersklasser tenderar allt fler att ändra sina rökvanor ($X^2=16,0$, fg 7, p mindre än 0,05). Denna variationstendens med åldern kunde dock ej återföras till något av de olika alternativen som prövades. Även i konsekutiva utbildnings- och inkomstklasser kunde en



Figur 4. Variation med ålder av frekvensen förändrade rökvanor på grund av risken för cancer.

tendens noteras i riktning mot ändrade rökvanor ($X^2=10,5$, fg 4, p mindre än 0,05; $X^2=10,4$, fg 4, p mindre än 0,05). Med stigande inkomst upp till klassen omfattande intervallet 20—24 tusen kronor i årsinkomst minskar antalet som uppgivit att de slutat röka ($X^2=10,3$, fg 2, p mindre än 0,01) för att sedan åter tendera att öka till högsta inkomstklassen ($X^2=5,6$, fg 2, p mindre än 0,05). De här redovisade variationerna av totalantalet ändrade rökvanor med ålder, inkomst och utbildning är, ehuru de når statistisk signifikans respektive trolig signifikans, ej entydiga och har ringa numerisk storlek.

Däremot finns säkerställda och entydiga variationer av antalet som uppgivit att de på grund av cancerrisken ändrat sina rökvanor. Sålunda har på grund av cancerrisken färre probander i de högre åldersgrupperna ($X^2=20,0$, fg 7, p mindre än 0,01) (figur 4, tabell 7) och fler i de högre utbildningsklasserna ($X^2=28,8$, fg 4, p mindre än 0,001) angivit ändrade rökvanor (figur 5, tabell 8). Någon variation med inkomsten kan ej påvisas i detta avseende. I dessa grupper gäller sålunda i stort sett att med stigande kunskap om sambandet mellan rökning och cancer har allt fler angivit att de på grund av cancerrisken ändrat sina rökvanor.

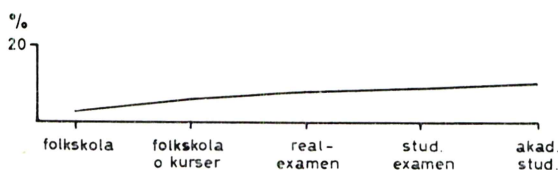
TABELL 8. Antalet i konsekutiva utbildnings- och inkomstklasser som uppgivit ändrade rökvanor på grund av risken för cancer.

Utbildning	Ändrade rökvanor på grund av cancerrisken		Inkomst i tusentals kronor	Ändrade rökvanor på grund av cancerrisken	
	antal	procentuell frekvens		antal	procentuell frekvens
folkskola	38	3 %	—	55	5 %
folkskola + kurs	51	6 %	—14	8	4 %
realexamen	40	8 %	15—19	60	7 %
studentexamen	24	9 %	20—24	24	7 %
akademiska studier	29	11 %	25—	35	8 %
Förändring med utbildning eller inkomst	***			—	

TABELL 7. Antalet i konsekutiva åldersklasser som uppgivit att de på grund av cancerrisken förändrat sina rökvanor.

Födelseår	Förändrade rökvanor på grund av cancerrisken	
	antal	procent
—1899	5	2 %
1900—1904	11	5 %
1905—1909	22	7 %
1910—1914	20	4 %
1915—1919	35	7 %
1920—1924	34	7 %
1925—1929	31	7 %
1930—	24	9 %
Förändring med åldern	**	

Som väntat varierade även totala frekvensen ändrade rökvanor med uppgiven mängd förbrukad tobak. De med "stor" förbrukning hade i mindre utsträckning uppgivit att de förändrat rökvanorna i jämförelse med de som uppgivit "måttlig", "liten" respektive "tillfälligt" förbrukning ($X^2=43,2$, fg 3, p mindre än 0,001) (tabell 9). Detta kunde huvudsakligen återföras till att bland dem med "stor" tobaksförbrukning hade färre uppgivit att



Figur 5. Variation med utbildningen av frekvensen förändrade rökvanor på grund av risken för cancer.

TABELL 9. Frekvensen ändrade tobaksvanor i förhållande till den tobaksmängd de deltagande uppgivit att de förbrukar.

Förbruknings- mängd	ingen förändr.	minskat något	minskat betydligt	gått över till		
				filtercigarrett	pipa	cigarr
"stor"	86 (76 0/0)	10 (9 0/0)	1 (1 0/0)	5 (4 0/0)	8 (7 0/0)	1 (1 0/0)
"måttlig"	588 (69 0/0)	163 (19 0/0)	18 (2 0/0)	27 (3 0/0)	50 (6 0/0)	9 (1 0/0)
"liten"	447 (63 0/0)	125 (18 0/0)	74 (10 0/0)	27 (4 0/0)	41 (6 0/0)	16 (2 0/0)
"tillfällig"	97 (59 0/0)	8 (5 0/0)	30 (18 0/0)	9 (5 0/0)	5 (3 0/0)	5 (3 0/0)

de minskat sin tobaksförbrukning "betydligt" ($X^2=77,8$, fg 3, p mindre än 0,001) (tabell 9). En helt annan variationsprincip erhålles emellertid då förändringen till följd av cancerrisken prövas. De som angivit "stor" förbrukning har av detta skäl uppgivit ändrade rökvanor i större omfattning än vad de med "måttlig", "liten" respektive "tillfällig" förbrukning har gjort ($X^2=9,05$, fg 3, p mindre än 0,05) (tabell 10). Någon skillnad beträffande förändringen av rökvanorna kunde ej påvisas mellan de olika röksätten (tabell 11).

Sammanfattningsvis kan konkluderas att totalantalet som uppgivit ändrade rökvanor ej visar någon samvariation med ålder, utbildning eller

TABELL 10. Antalet som med varierande förbrukningsmängd ändrat sina rökvanor på grund av risken för cancer.

Förbruknings- mängd	Ändringen berott på risken för cancer	
	antal	procentuell frekvens
"stor"	11	10 0/0
"måttlig"	78	9 0/0
"liten"	58	8 0/0
"tillfällig"	7	4 0/0
Förändring med uppgiven förbrukad tobaksmängd	*	

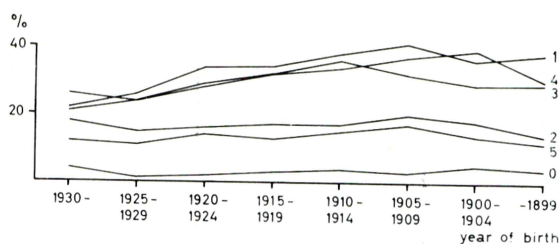
inkomst. Bland dem som uppgivit "stor" tobaksförbrukning har färre uppgivit att de ändrat sina rökvanor överhuvudtaget. Mera uttalade variationer erhålles emellertid då den rapporterade förändringen av rökvanorna på grund av den ökade cancerrisken kontrolleras. Antalet som av denna anledning angivit ändrade rökvanor minskar i konsekutiva åldersklasser men ökar med utbildningen. Bland dem som uppgivit "stor" förbrukning har fler ändrat sina rökvanor av detta skäl jämfört med dem som uppgivit "mindre" eller "tillfällig" förbrukning — ett variationsmönster som sålunda är motsatt det som erhölls beträffande totala antalet ändrade rökvanor. Principiellt har sålunda, i grupper som utmärkes av större kunskap om sambandet mellan rökning och cancer, fler angivit ändrade rökvanor på grund av cancerrisken — ett förhållande som icke kunnat påvisas beträffande totalantalet ändrade rökvanor.

Attityden till antitobakskampanjen bland dem som icke förändrat sina rökvanor

Endast 6 0/0 (182 stycken) i hela materialet hade uppgivit att de ändrat sina rökvanor till följd av risken för cancer (totalfrekvensen rökare var 58 0/0). Det är därför av intresse att

TABELL 11. Förändringen av rökvanor i förhållande till uppgivet röksätt.

Röksätt	ingen förändring	minskat något	minskat betydligt	förändringen berott på cancerrisken
pipa	342 (63 0/0)	89 (16 0/0)	32 (6 0/0)	43 (8 0/0)
cigarr	121 (64 0/0)	27 (14 0/0)	12 (6 0/0)	10 (5 0/0)
cigarrett	677 (68 0/0)	175 (17 0/0)	73 (7 0/0)	94 (9 0/0)



Figur 6. Åldersvariationen av inställningen till hälso-propaganda om rökning och cancer.

Ej ändrat rökvanorna för att vederbörande

0. ej hört talas om den ökade risken för kräfta

1. inte tycker att risken för kräfta är större än att man kan ta den

2. betvivlar hållbarheten av rönen om tobaksrökning och kräfta

3. inte tänker så mycket på riskerna

4. hoppas kunna få läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras

5. försökt minska konsumtionen eller sluta helt men misslyckats med detta.

granska attityden gentemot hälsopropagandan om rökning och cancer hos dem som *icke* ändrat sina rökvanor. Dessa anmodades markera det eller de tillämpliga av en rad alternativ beträffande sin inställning till denna hälsouppllysning.

Inalles 52 % i hela materialet (1.565 stycken) hade markerat ett eller flera alternativ på denna fråga. Några av dessa (10 %) hade emellertid tidigare angivit att de förändrat sina rökvanor. De hade emellertid ändrat rökvanorna av andra skäl än på grund av hälsopropagandan mot rökning av vilken anledning de icke uteslöts ur gruppen som analyserades i detta avsnitt.

Svarsmönstret på det första alternativet — att de oförändrade rökvanorna berodde på att vederbörande ej hört talas om den ökade risken för cancer — står i matrisrelation till den tidigare analyserade observansen av hälsopropagandan om rökning och cancer. Det är sålunda 3 % av samtliga deltagande som markerat detta alternativ. Även beträffande variationen med ålder, utbildning, inkomst och rökvanor varierar markeringsfrekvensen för detta alternativ omvänt i förhållande till observansen.

I genomsnitt 34 % av samtliga i materialet hade markerat alternativet "att risken för kräfta ej är större än att man kan ta den". I de högre åldersklasserna hade fler markerat detta alternativ än i de lägre ($X^2=28,5$, fg 7, p mindre än 0,0001) (figur 6, tabell 12). Vidare har 31 % markerat att de tror sig kunna få "läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras". I konsekutiva åldersklasser är det vidare allt fler som markerar detta alternativ ($X^2=28,6$, fg 7, p mindre än 0,001). 13 % uppgav att de försökt minska på konsumtionen eller sluta helt men misslyckats.

I konsekutiva utbildningsgrupper minskar som väntat antalet som markerat att de icke hört talas om sambandet mellan rökning och cancer ($X^2=31,3$, fg 2, p mindre än 0,001). I de högre utbildningsklasserna är det vidare markant färre som angivit att de tror sig kunna få

TABELL 12. Markeringar i konsekutiva åldersklasser för olika svarsalternativ beträffande orsaken till oförändrade rökvanor.

Födelseår	ej hört talas om risken	risken ej större än att man kan ta den	tror ej på hållbarheten av rönen	tänker ej på riskerna	hoppas kunna få läkarhjälp i fall av ca	försökt minska men ej kunnat
—1899	10 (4 %)	94 (38 %)	36 (14 %)	72 (29 %)	74 (30 %)	29 (12 %)
1900—1904	11 (5 %)	88 (36 %)	43 (18 %)	70 (29 %)	94 (39 %)	34 (14 %)
1905—1909	9 (3 %)	135 (41 %)	66 (20 %)	105 (32 %)	122 (37 %)	55 (17 %)
1910—1914	19 (4 %)	197 (38 %)	89 (17 %)	184 (36 %)	174 (34 %)	76 (15 %)
1915—1919	16 (3 %)	163 (34 %)	82 (17 %)	151 (32 %)	150 (32 %)	62 (13 %)
1920—1924	10 (2 %)	173 (34 %)	80 (16 %)	141 (28 %)	149 (29 %)	70 (14 %)
1925—1929	6 (1 %)	109 (26 %)	63 (15 %)	102 (24 %)	102 (24 %)	46 (11 %)
1930—	11 (4 %)	58 (22 %)	48 (18 %)	70 (26 %)	56 (21 %)	31 (12 %)
Förändring med åldern	—	***	—	—	***	—

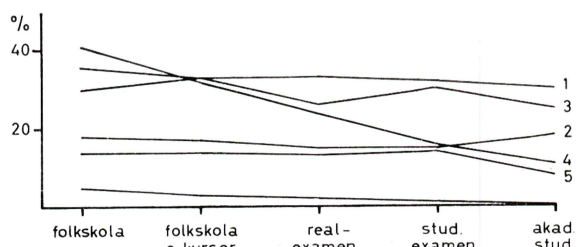
TABELL 13. Markeringar i konsekutiva utbildningsklasser för olika svarsalternativ beträffande orsaken till oförändrade rökvanor.

Utbildning	ej hört talas om risken	risken ej större än att man kan taga den	tror ej på hållbarheten av rönen	tänker ej på riskerna	hoppas kunna få läkarhjälp i fall av ca	försökt minska men ej kunnat
folkskola	57 (5 %)	397 (36 %)	203 (18 %)	340 (30 %)	459 (41 %)	157 (14 %)
folkskola +kurser	24 (3 %)	278 (33 %)	139 (17 %)	274 (33 %)	267 (32 %)	121 (14 %)
realexamen	8 (2 %)	175 (33 %)	77 (15 %)	135 (26 %)	124 (24 %)	68 (13 %)
studentexamen	2 (1 %)	82 (32 %)	39 (15 %)	77 (30 %)	41 (16 %)	36 (14 %)
akad. studier	1 (0 %)	83 (30 %)	49 (18 %)	69 (25 %)	30 (11 %)	21 (8 %)
Förändring med utbildn.	***	*	—	—	***	—

”läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras” ($X^2=146,3$, fg 4, p mindre än 0,001) (figur 7, tabell 13). I högsta utbildningsklassen var det sålunda 11 % som markerat detta alternativ jämfört med 41 % bland dem med endast folkskola. Några systematiska variationer av markeringsfrekvenserna för de övriga attitydalternativen med utbildningen kan ej påvisas.

I stort sett likartat mönster kunde konstateras beträffande variationen av svaren på dessa frågor i konsekutiva inkomstklasser. Vid analys med korsfältstabeller kunde vidare påvisas att det väsentligen var variationsfaktorer i utbildningen som även orsakade variationen av attityden till sambandet mellan rökning och cancer med inkomsten (tabell 14).

De angivna rökvanorna hade stor betydelse för attityden gentemot den hälsopropaganda som



Figur 7. Variation med utbildningen av inställningen till hälsopropaganda om rökning och cancer.

Ej ändrat rökvanorna för att vederbörande

9. ej hört talas om den ökade risken för kräfta

1. inte tycker att risken för kräfta är större än att man kan taga den

2. betvivlar hållbarheten av rönen om tobaksrökning och kräfta

3. inte tänker så mycket på riskerna

4. hoppas kunna få läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras

5. försökt minska konsumtionen eller sluta helt men misslyckats med detta.

TABELL 14. Korsfältstabell över sambandet mellan utbildning, inkomst och markeringsfrekvens för att vederbörande tror sig kunna få läkarhjälp ifall cancer konstateras. Tabellen visar att variationsorsaker i utbildning även svarar för den totala minskningen i markeringsfrekvensen i konsekutiva inkomstklasser.

Inkomst i tusentals kronor	Utbildning					Förändring med utbildn.
	folkskola	folkskola +kurser	realexamen	studentexamen	akademiska studier	
—14	42	33	21	19	14	***
15—19	40	32	26	18	9	***
20—24	39	29	25	17	16	***
25—	46	33	23	11	9	***
Förändring med inkomsten	—	—	—	—	—	

TABELL 15 a. Inflytande av uppgivet röksätt på frekvensen markeringar för olika svarsalternativ beträffande orsaken till oförändrade rökvanor.

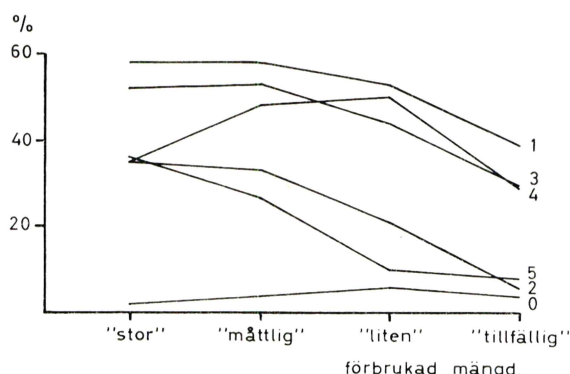
Röksätt	ej hört talas om risken	risken ej större än att man kan taga den	tror ej på hållbarheten av rönen	tänker ej på riskerna	hoppas kunna få läkarhjälp i fall av ca	försökt minska men ej kunnat
pipa	21 (4 %)	293 (54 %)	140 (26 %)	245 (45 %)	276 (51 %)	102 (19 %)
cigarr	10 (5 %)	102 (54 %)	29 (15 %)	83 (44 %)	79 (42 %)	35 (19 %)
cigarrett	47 (5 %)	544 (54 %)	280 (26 %)	494 (49 %)	444 (44 %)	235 (23 %)

TABELL 15 b. Inflytandet av uppgiven rökmängd på frekvensen markeringar för olika svarsalternativ beträffande orsaken till oförändrade rökvanor.

Förbrukning	ej hört talas om risken	risken ej större än att man kan taga den	tror ej på hållbarheten av rönen	tänker ej på riskerna	hoppas kunna få läkarhjälp i fall av ca	försökt minska men ej kunnat
"stor"	2 (2 %)	65 (58 %)	39 (35 %)	59 (52 %)	40 (35 %)	41 (36 %)
"måttlig"	30 (4 %)	497 (58 %)	282 (33 %)	450 (53 %)	413 (48 %)	227 (27 %)
"liten"	44 (6 %)	374 (53 %)	150 (21 %)	308 (44 %)	352 (50 %)	110 (10 %)
"tillfällig"	7 (4 %)	64 (39 %)	10 (6 %)	50 (30 %)	48 (29 %)	14 (8 %)
Förändring med uppgiven förbrukningsmängd	—	***	***	***	**	***

förts mot rökning (figur 8, tabell 15). Bland dem med uppgiven större förbrukad mängd tobak var det fler som uppgav att de ansåg "risken för kräfta ej vara större än att man kunde ta den" ($X^2=58,1$, fg 3, p mindre än 0,001), fler som betvivlade hållbarheten i konklusionerna om kausaliteten av sambandet mellan rökning och cancer ($X^2=101,9$, fg 3, p mindre än 0,001), fler som "inte tänkte så mycket på riskerna" ($X^2=52,0$, fg 3, p mindre än 0,001) och vidare fler som "försökt sluta men icke lyckats med detta" ($X^2=132,0$, fg 3, p mindre än 0,001). Slutligen var det fler bland dem som uppgivit "måttlig" respektive "liten" tobaksförbrukning än bland dem som uppgivit "stor" respektive "tillfällig" förbrukning som markerat att de hoppades "kunna få läkarhjälp i tid om kräfta konstaterades".

Finns det anledning antaga att dessa skillnader i attityd mellan klasser åtskilda mot bakgrund av differenser i uppgiven mängd förbrukad tobak orsakas av att andra dimensioner påverkar såväl attityd som förbrukningsmängd? Mot bakgrund av tidigare resultat beträffande varia-



Figur 8. Variation med uppgiven förbrukad mängd tobak av inställningen till hälsopropaganda om sambandet mellan rökning och cancer.

Ej ändrat rökvanorna för att vederbörande

0. ej hört talas om den ökade risken för kräfta
1. inte tycker att risken för kräfta är större än att man kan taga den
2. betvivlar hållbarheten av rönen om tobaksrökning och kräfta
3. inte tänker så mycket på riskerna
4. hoppas kunna få läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras
5. försökt minska konsumtionen eller sluta helt men misslyckats med detta.

TABELL 16. Korsfäلتsanalys beträffande antalet markeringar för alternativet "hoppas kunna få läkarhjälp om cancer konstateras" i förhållande till uppgiven mängd förbrukad tobak och utbildning. Beträffande uppställning av tabellen se tabell 3.

Förbrukning	folkskola	folkskola +kurser	realexamen	studentexamen	akademiska studier
"stor"	62	36	28	21	15
"måttlig"	60	54	39	29	19
"liten"	63	47	40	23	26
"tillfällig"	48	33	16	16	18

tionen av rökvanorna med åldern (II) finns ej anledning antaga att åldern kan inverka på detta sätt. Däremot influerar variationsfaktorer i utbildningen på mängden förbrukad tobak (II) och på inställningen beträffande "läkarhjälp i tid ifall cancer skulle konstateras" (jämför ovan). Det kan därför tänkas att variationer i utbildningen kan betinga sambandet mellan denna inställning och uppgiven mängd förbrukad tobak. Av tabell 16 framgår emellertid att även då inflytandet av utbildningen i statistisk mening hålls konstant kvarstår den tidigare registrerade lägre frekvensen som markerat alternativet "hoppas kunna få läkarhjälp i tid om kräfta konstateras" bland "tillfällighets-" och "storförbrukarna" med undantag för den lägsta utbildningsklassen. Vidare finns ej anledning antaga att variationsfaktorer i utbildningen influerat på förändringen av de övriga attitydalternativen med uppgiven mängd förbrukad tobak.

Av de här analyserade faktorerna förefaller sålunda ingen influera på den med uppgiven mängd förbrukad tobak varierande attityden till den hälsopropaganda som förts mot rökning. Det är även rimligt antaga att det förhållandet att en person röker mycket och att han icke kunnat förändra sina vanor (se ovan) direkt utformar hans attityd gentemot antitobakskampanjen.

Slutligen varierade endast i ett fall attityden med skillnader i röksätt. Cigarrökarna betvivlade i mindre utsträckning än piprökarna ($X^2=8,7$, fg 1, p mindre än 0,01) respektive cigarrettrökarna ($X^2=13,1$, fg 1, p mindre än 0,001) hållbarheten av de undersökningar som redovisats rörande orsakssambandet mellan tobaksrökning och kräfta. Som tidigare visats har emellertid cigarrför-

brukarna i genomsnitt mindre tobaksförbrukning än pip- och cigarrettrökarna, vilket kunde återföras till färre måttlighets- och fler tillfällighetsförbrukare (II). Som ovan framgår påverkar förbrukningsmängden attityden. Det kan därför tänkas att det förhållandet att cigarrförbrukaren oftare är tillfällighetsförbrukare orsakar att han i större utsträckning än pip- och cigarrettrökarna tror på kausaliteten av sambandet. Vid korsfäلتsanalysen framgick att då förbrukningsmängden hölls konstant kunde ej någon skillnad mellan röksätten påvisas beträffande inställningen till kausaliteten av sambandet. Det förefaller sålunda som om differenser i förbrukningsmängd orsakat den skillnad i attityd som påvisades mellan grupper som uppgivit olika röksätt.

Sammanfattningsvis kan, beträffande attityden gentemot sambandet mellan rökning och cancer, konkluderas att markeringsfrekvensen för att "risken för kräfta ej är större än att man kan ta den" minskar med stigande ålder och med mängden förbrukad tobak. Antalet som betvivlar orsakssammanhanget mellan rökning och cancer ökar med stigande mängd förbrukad tobak. Antalet som "icke tänker så mycket på riskerna" är fler i åldersgrupperna med födelseår mellan åren 1905—1919, minskar med utbildning och förbrukad tobaksmängd. Vidare ökar antalet som hoppas "kunna få läkarhjälp i tid om kräfta konstateras" med åldern men minskar markant med utbildning och inkomst och är vidare lägre bland dem som uppgivit "stor" respektive "tillfällig förbrukning". Slutligen hade färre bland akademikerna och fler bland dem med uppgiven större förbrukad tobaksmängd "försökt minska eller sluta röka men icke lyckats".

Diskussion

Som inledningsvis nämndes avser antitobaks-kampanjen bibringa individer som röker olust-känslor gentemot respektive rädsla för att röka. Detta sker genom information att rökning ökar risken för lungcancer. Avsikten med föreliggande meddelanden är att granska effekten av denna typ av hälsoupplýsning.

Först kan konstateras att kunskapen om vä-sentliga data i sambandet mellan rökning och cancer är genomsnittligt god i materialet. 97 % hade observerat denna hälsoupplýsning, 88 % kände till att cigarettrökning anses "farligast", 83 % att sambandet gäller lungcancer och 52 % att denna cancerform är elakartad. Denna ge-nomsnittligt goda kunskap hade i 16 % med-fört olustkänslor med tanke på cancerrisken vid rökning medan endast 6 % uppgivit att de av denna anledning ändrat sina rökvanor.

Effekten av hälsopropagandan är sålunda god beträffande bibringad kunskap, men mindre god med avseende på reaktion i form av ändrade vanor.

Åtskilliga faktorer betingar det förhållandet att en rökare ej ändrar sina tobaksvanor. Av av-görande orsaksbetydelse är tillvänjningen (ad-diction). I detta sammanhang skall emellertid endast rapporterad attityd gentemot hälsopropa-gandan om sambandet mellan rökning och can-cer diskuteras. Av stor betydelse är självfallet om vederbörande tror på kausaliteten av det samband som påvisats. Tror han icke på det finns naturligtvis ej anledning att sluta röka av detta skäl. Tror han emellertid att rökning orsa- kar cancer influerar vidare moment på hans reaktion. Han kan anse att sannolikheten att få lungcancer av denna orsak är så liten och där-för fortsätta röka. Vidare kan tron på terapeu-tiska åtgärder influera så att han av den anled-ningen ej slutar. Det kan också tänkas att en ut-veckling äger rum så att rökaren först påverkas av propagandan och av detta skäl försöker sluta röka, men då han märker att detta är svårt in-le-des en rationaliseringsprocess, vilken medför en nedvärdering av argumenten mot rökning.

Med de ovan angivna frågealternativen har

försök gjorts att i viss mån avgränsa dessa olika attitydvarianter. I de högre åldersklasserna var det fler som ansåg att "risken ej är så stor". Dessa åldersklasser utmärkes av sämre kunskap om sambandet mellan rökning och cancer (III). Det är därför frestande antaga att sämre kun-skap om detta samband ökar benägenheten att anse risken liten. Mot detta antagande talar emel-lertid att någon variation med utbildningen ej kunde påvisas. Det förhållandet att fler med stör-re tobakskonsumtion anser att "risken ej är så stor" kan överensstämma med en tendens till nedvärdering av betydelsen av sambandet. I stort sett samma mekanismer influerar på ställnings-tagandet till frågan "tänker ej så mycket på riskerna".

Med frågan om vederbörande ej tror på håll-barheten av de undersökningar som redovisats beträffande orsakssambandet mellan rökning och cancer erhålles vidare uppfattning om ett av de olika momenten för inställningen. Markerings-frekvensen för detta alternativ var oberoende av ålder och utbildning vilket tyder på att kunska-pen om sambandet föga influerar på attityden beträffande värdet av rönen. Däremot ökar med stigande tobaksförbrukning antalet som tvivlar på kausaliteten i sambandet, vilket överensstäm-mer med resultaten som erhållits vid intervjuer med amerikanska och engelska läkare om deras inställning till innebörden av sambandet mellan rökning och cancer (Wynder 1952, Snegiroff et al. 1954 och Pyke 1955).

Svaren på frågan "hoppas kunna få läkarhjälp i tid om kräfta skulle konstateras" avser att be-lysa attityden till de terapeutiska resurserna. I genomsnitt 31 % hade markerat detta alternativ. I de högre ålders- och i de lägre utbildningsklas-serna tror fler på möjligheterna till terapi. Ge-mensamt för dessa grupper är sämre kunskap om sambandet mellan rökning och cancer. Det är också naturligt att en betydelsefull faktor för in-ställningen till de terapeutiska resurserna är kun-skapen om den maligna sjukdom som sättes i samband med rökning. Dock kan variationen av kunskap om sambandet mellan rökning och can-

cer ej helt förklara den med utbildningen starkt minskande tilltron till "läkarhjälp".

Av intresse är variationen av attityden med förbrukad tobaksmängd. De med "stor" respektive "tillfällig" förbrukning tror i mindre grad på möjligheten av läkarhjälp. Den lägre tilltron till de terapeutiska resurserna bland dem med "stor" förbrukning kan förklaras av att de har bättre kunskap om cancers malignitetsgrad. Däremot har de med "tillfällig" förbrukning sämre kunskap om detta än de med "liten" respektive "måttlig" förbrukning, vidare har de i större utsträckning rapporterat en positiv attityd till hälsopropagandan om rökning och cancer. Det kan emellertid tänkas att de på grund av att de har så liten tobakskonsumtion anser att risken för dem är liten och att detta skäl har påverkat dem vid ställningstagandet till frågan om de "hoppas kunna få läkarhjälp i tid om cancer skulle konstateras".

Attityden till antitobakskampanjen varierar sålunda med ålder, utbildning och inkomst. Denna variation förefaller i stort sett kunna återföras till skillnader i kunskap om sambandet mellan rökning och cancer så att en bättre kunskap gör individen benägen att acceptera argumenten i denna hälsopropaganda.

Reaktionen hos rökarna förefaller vara en annan. Med stigande förbrukad mängd tobak ökar kunskapen om sambandet mellan rökning och cancer och vidare har fler med större förbrukning rapporterat olust respektive läkarbesök med tanke på den ökade risken för cancer vid rökning. Fler bland dem med "stor" respektive "måttlig" förbrukning i jämförelse med dem som uppgivit "liten" eller "tillfällig" förbrukning har vidare försökt minska ned sin konsumtion eller sluta helt men ej lyckats. Trots detta ökar benägenheten att nedvärdera riskmomenten respektive betvivla hållbarheten i de undersökningar som redovisats rörande orsakssambandet mellan tobaksrökning och cancer. Dessa resultat stämmer väl med hypotesen att rökaren genomgår en utveckling i samband med hälsopropagandan mot tobaksrökning så att han lägger märke till detaljerna i informationen mer än vad ge-

nomsnittsindividen gör, försöker därpå ändra sina rökvanor, men då han finner detta svårt genomföres en rationalisering med en nedvärdering av argumenten mot rökning.

Sammanfattning

Föreliggande meddelande ingår i en serie undersökningar över effekten av hälsoinformation beträffande rökning. Materialet består av enkät-svar från något fler än 3.000 män bosatta i Malmö stad. Enkätundersökningen genomfördes mot slutet av år 1959.

I detta avsnitt har granskats reaktionen på hälsopropagandan om sambandet mellan rökning och cancer.

För att få en bakgrund för bedömningen av reaktionen skall först relateras kunskapen om väsentliga data beträffande sambandet mellan rökning och cancer. 97 % hade observerat att det bedrivits en sådan propaganda, 88 % kände till att cigarrettrökning ansågs "farligast", 83 % att sambandet gäller lungcancer och 52 % att denna cancerform är elakartad.

I genomsnitt 16 % (dvs. 24 % av rökarna) rapporterar olust vid tanken på den ökande cancer-risken vid rökning. Antalet som rapporterar olust är fler i de lägre åldersklasserna och ökar vidare med utbildning och inkomst och med mängden förbrukad tobak. Vidare har fler bland cigarrettrökarna än bland cigarr- och piprökarna markerat olustkänsla med tanke på den ökade cancer-risken. Skillnaden mellan pip- och cigarrettrökarna kunde emellertid återföras på differenser i utbildningen på så sätt att en genomsnittligt högre utbildningsnivå bland cigarrettrökarna gör dem benägna att rapportera olust med tanke på cancer-risken.

2 % uppgav att de sökt läkare på grund av cancer-risken vid rökning. Någon variation med ålder, utbildning eller inkomst kunde ej påvisas beträffande läkarbesök av denna anledning. Däremot hade med stigande mängd förbrukad tobak fler uppgivit läkarbesök av denna anledning. Bland "storrökarna" uppgav sålunda 8 % läkarbesök på grund av den ökade cancer-risken.

I genomsnitt 28 % uppgav att de ändrat sina

rökvanor. Det var dock endast 6 % som uppgav att förändringen var orsakad av risken för cancer. Antalet som rapporterat ändrade rökvanor överhuvudtaget varierar på annat sätt än ändrade rökvanor på grund av cancerrisken. I de lägre ålders- och i de högre utbildningsklasserna och med stigande uppgiven tobaksförbrukning har relativt sett fler uppgivit ändrade rökvanor på grund av cancerrisken vid rökning.

Hälsopropagandan mot rökning har sålunda medfört god kunskap om sambandet mellan rökning och cancer. Denna kunskap synes emellertid i betydligt mindre utsträckning ha medfört reaktion i form av olust, läkarbesök och ändrade rökvanor på grund av den ökade cancerrisken. Som väntat varierade reaktionen i stort sett som kunskapen om sambandet mellan rökning och cancer då den jämföres med en rad bakgrundsfaktorer av intresse för kunskap och reaktion.

Även attityden gentemot antitobakskampanjen varierar med ålder, utbildning och inkomst. Denna variation förefaller även kunna återföras till skillnader i kunskap om denna hälsopropaganda på så sätt att med sämre kännedom om informationsstoffet blir i stort sett attityden allt mer kritisk. Som betydelsefullt undantag till denna princip kunde påvisas att trots en bättre kunskap om sambandet mellan rökning och cancer och trots en större reaktion i form av olust, läkarbesök och ändrade rökvanor på grund av cancerrisken blev med stigande tobaksförbrukning attityden mot argumenten i denna propaganda alltmer kritisk.

Innebörden av de olika sambanden som påvi-

sats diskuterades och förslag till tolkningar framfördes.

LITTERATURFÖRTECKNING:

- Bjurulf, P.*, 1963 a: Om effekten av icke organiserad hälsouppllysning. Soc.med. tskr. Skriftserie 29.
- Bjurulf, P.*, 1963 b: Om hälsopropaganda mot rökning. I. Den medicinska debatten. Soc.med. tskr., 40:280.
- Bjurulf, P.*, 1963 c: Om hälsopropaganda mot rökning. II. Rökvanor i förhållande till ålder, inkomst och utbildning. Soc.med. tskr., 40:344.
- Bjurulf, P.*, 1963 d: Om hälsopropaganda mot rökning. III. Kännedom om hälsouppllysning beträffande sambandet mellan rökning och cancer. Soc.med. tskr., 40:385.
- Bjurulf, P., Lindegård, B. och Lindström, B.*, 1962 b: Inbördes samband mellan ålder samt inkomst och utbildningsnivå. I manuskript.
- Lilienfeld, A. M., Levin, M. L. and Moore, G. E.*, 1956: The association of smoking with cancer of the urinary bladder in humans. A.M.A. Arch. Intern. Med. 98, 129.
- Lindegård, B., Lindström, B. och Theander, S.*, 1959: Frågeformulär till trafiksäkerhetsundersökningen 1959. Lund.
- Lindegård, B., Lindström, B. och Theander, S.*, 1961 a: Upplysning och propaganda från medicinsk-psykologisk synpunkt. Soc.med. tskr., 38:91 och 150.
- Lindegård, B., Lindström, B. och Theander, S.*, 1961 b: Medicinsk-psykologisk undersökning. Analys av bortfall från respektive benägenhet att medverka. Soc.med. tskr., 38:215.
- Nations Unies O.M.S. WHO techn. rep. series No 89. Expert committee on health education of the public.
- Proosdij, Van, C.*, 1960: Smoking. Elsevier, Amsterdam.
- Pyke, D. A.*, 1955: Cigarette smoking and bronchial carcinoma. Effect of association upon smoking habits of a group of doctors. Brit. med. J., I, 1115.
- Snegiroff, L. S. and Lombard, D. H.*, 1959: Smoking habits of Massachusetts physicians. New Engl. J. Med., 261, 603.
- Wynder, E. L.*, 1952: Some practical aspects of cancer prevention. New Engl. J. Med., 246, 573.

Markeringarna I, II och III i texten refererar till de tre tidigare avsnitten om hälsopropaganda mot rökning. De har i denna litteraturlista betecknats som 1963 b, c och d.