

"Du bestämmer!"

Informatinsmetod med effekt.

Elisabeth Arborelius

En alternativ metod för hälsovägledning med ungdomar utarbetades där man konsekvent utgick från eleverna själva. Målet för metoden var att "Klargöra det egna förhållandet till begreppet hälsa och dra slutsatserna av detta". Eleverna - åk 9 - värvades frivilligt till metoden och deltog i 3 gruppsamtal och 3 individuella samtal. En utvärdering av metoden visade på signifikanta skillnader mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. Eleverna i experimentgruppen hade blivit klarare över vad hälsa innebar för dem personligen och ändrade sitt beteende såtillvida att de på egen hand satte igång med aktiviteter som befrämjade deras såväl fysiska som psykiska/sociala hälsa. Även deras självbild och upplevelsen av att kunna påverka sin situation förbättrades. Skillnaderna var störst för flickor samt för elever med låg social bakgrund.

Elisabeth Arborelius är docent i psykologi och arbetade 1985-1991 på inst för samhällsmedicin i Linköping. Hon är för närvarande verksam på allmänmedicinska enheten, NVSO, Karolinska sjukhuset med metodutveckling, handledning och undervisning om hur professionella samtal inom vården utformas.

I mitten av 80-talet hade man sedan länge lång erfarenhet av att arbeta med hälsofostran i skolan och speciellt den så kallade A(lkohol)N(arkotika)T(obak)-undervisningen. Endast i ett fåtal projekt kunde man visa på beteendeffekter hos eleverna, däremot många gånger på kunskapseffekter. Men sambandet mellan kunskaper/information och beteende (1-3) är som vi väl vet idag inte särskilt övertygande!

Det är onekligen anmärkningsvärt att så mycket hälsoupplysning genomfördes i skolan utan att visa på effekter. Några företeelser var speciellt slående i de metoder man dittills huvudsakligen använt sig av:

- Hälsofostran bedrevs som vilket annat skolämne som helst, dvs man inriktade sig till stor del på att förmedla kunskaper (4). Denna undervisning var obligatorisk.
- Målet för undervisningen var bestämt av andra än eleverna själva. Undersökningar visar att eleverna själva

anser andra mål som betydelsefulla (2, 5).

- Effekterna av de hälsobefrämjande åtgärder man hoppades påverka låg i framtiden, inte i nuet - något som såväl för ungdomar som för vuxna är svårt att överblicka (6).

Bakgrund och syfte för det aktuella forskningsprojektet.

Upprepade försök med hälsofostran i Linköpings skolor under 80-talet visade få eller inga effekter. Man beslöt att tillsammans med länskolnämnden och samhällsmedicinska enheten vid landstinget att lägga ekonomiska resurser under ett par år på ett projekt, där uppgiften var att utifrån beteendevetenskaplig empirisk och teoretisk kunskap utarbeta en metod som förhoppningsvis skulle ge påvisbara effekter. Förutsättningar var att metoden skulle vara genomförbar inom skolans ramar och av ordinarie personal, kunna upprepas samt ha en tidsåtgång av högst 6 tim/elev.

METODIK

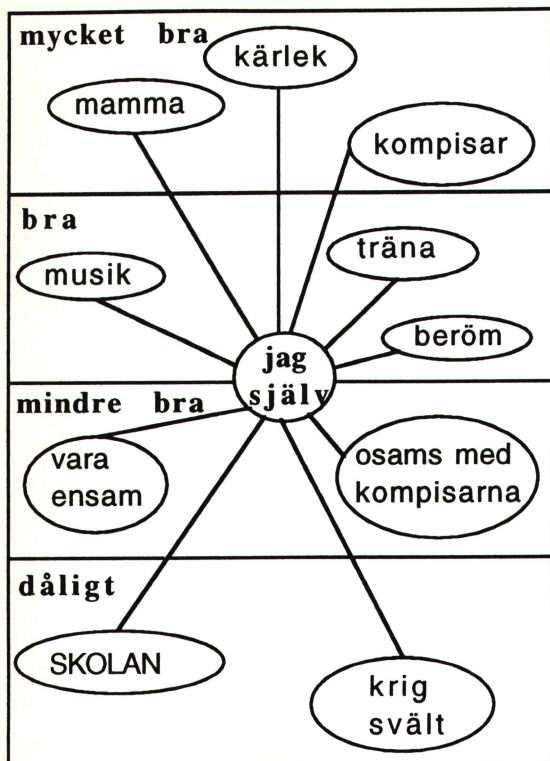
Utarbetandet av en alternativ metod för hälsovägledning.

Syftet med metoden var att "Klargöra det egna förhållandet till begreppet hälsa och dra slutsatserna av detta". Detta innebar att varje elev själv skall komma fram till vad just han/hon mår bra av samt att ta ställning till vilka eventuella åtgärder han ville vidta för att nå dit.

Beskrivning av metodens karakteristika

- *Deltaandet är frivilligt.* Eleverna informeras om arbetssättet och väljer frivilligt om de vill delta eller ej.
- *Eleverna definierar själva vad de menar med hälsa.*

Syftet med metoden var att 'Klargöra det egna förhållandet till begreppet hälsa och dra slutsatser av detta'



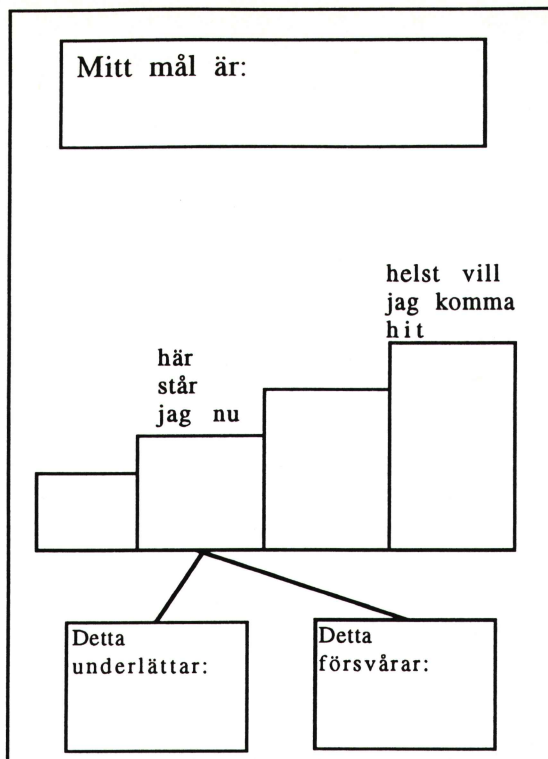
Figur 1. Arbetsblad för beskrivning av elevens aktuella situation. Exempel.

Utgångspunkten är att eleven själv ska komma fram till vad hälsa, "att må bra" innebär för just honom/henne. Eleven får bli på ett arbetsblad (figur 1) rita upp sin nuvarande livssituation, vilket innebär en konfrontation med innebörden: "Hur ser Ditt liv ut just nu?"

- Eleverna erbjuds en *modell för problemlösning*. De konfronteras med ett arbetsblad (figur 2) där de - om de vill - kan sätta upp ett mål och diskutera sig fram till en strategi för att nå målet. Detta innebär också en konfrontation med innebörden: "Vad vill Du göra åt Din nuvarande livssituation?"

- *Anpassning av metodiken till individuella behov*. Eleven deltar i 3 smågruppsdiskussioner (ca 5 elever) och 3 individuella samtal varvade under ca 2 månader. Arbets sättet möjliggör för varje elev att arbeta utifrån sina individuella behov.

- *Konkret arbetsmetodik*. I såväl gruppsamtal som enskilda samtal används genomgående arbetsblad för att rita upp och tydliggöra vad man pratar om och vad man kommer fram till. En sådan metodik underlättar för elever med begränsad verbal förmåga.



Figur 2. Arbetsblad för problemlösningstrategi.

- *Värderingsfrihet*. Hälsovägledarens uppgift är genomgående att *vägleda*, inte att styra, värdera eller moralisera, när han är eleven behjälplig med att definiera hälsa, sätta upp mål och lägga upp en problemlösningstrategi.

Utvärdering

Vi använde oss av en kvasi-experimentell design med för- och eftermätningar i en experiment- och en kontrollgrupp. Eleverna värvades frivilligt i början på höstterminen 1986 och projektet genomfördes under denna termin. Kontrollgruppens elever - som också värvats frivilligt - fick ta del av metoden i början på vårterminen, dvs efter det att eftermätningarna genomförts.

I experimentgruppen deltog 35 flickor och 16 pojkar, i kontrollgruppen 24 flickor och 23 pojkar - samtliga i årskurs 9. Den högre andelen pojkar i kontrollgruppen kan förklaras med en högre andel manliga hälsovägledare på dessa skolor. Eleverna i experiment- respektive kontrollgruppen kom från vardera två grundskolor; en i ett mellanskiktssamhälle med villabebyggelse, en i ett förortssamhälle med hyreshus.

Samtliga elever intervjuades före och efter interven-

tionen. Intervjuerna (*tabell 1*) - helt strukturerade - avsåg frågor om klagörande respektive agerande kring elevens hälsa. Klagörande(I) bedömdes med tre typer av frågor: elevens uppfattning om begreppet hälsa(Ia) (om eleven hade ett traditionellt eller ett vidgat hälsobegrepp dvs även inkluderade psykiska och sociala aspekter), klagörande i form av konkreta exempel på god/dålig hälsa för eleven personligen(Ib) samt elevens förmåga att antecipera för honom själv aktuella problem(Ic). Hälsobefrämjande aktiviteter bedömdes utifrån huruvida eleven under terminen vidtagit åtgärder för att "må bättre"(IIa) och för problem i skolan (IIb).

Eleverna fick också besvara enkäter (*tabell 1*) som avsåg självvärdering(III) (7) och förmåga att påverka sin situation 'locus of control' (IV) (8).

RESULTAT

Alla typer av elever fanns med bland de som valde att delta: "vanliga" elever, elever med påtagliga skolproblem, mogna elever, ambitiösa elever, udda/avvikande elever, elever med alkoholproblem etc.

Bakgrundsdata visar på att inga större skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp fanns beträffande bostad, socialklass, val till gymnasiet, påfrestningar i livssituationen etc.

Resultaten (*tabell 1*) visade skillnader mellan experiment- och kontrollgruppen till förmån för experimentgruppen med avseende på variablerna klagörande, hälsobefrämjande aktiviteter och självbild. En tendens

Tabell 1. Skillnader¹ mellan experiment- och kontrollgrupp för variablerna I-IV samt subgruppering i kön resp socialklass.

	Totalt	Subgruppering:		Subgruppering	
		kön:		socialklass:	
		Pojkar	Flickor	Låg	Mellan
I. Klagörande					
a. Vidgat hälsobegrepp	<.0001 ***	.01 **	.0004 ***	.0003 ***	.001 ***
b. Klagörande av hälsa	.003 **	.41	.0002 ***	.005 **	.10
c. Anteciperar av problem	.0005 ***	.005 **	.02*	.02 *	.004 **
II. Hälsobefrämjande aktiviteter					
a. Agerande för att må bättre	.002 **	.33	.002 **	.001 ***	.22
b. Agerande ang. skolproblem	.0005 ***	.005 **	.03*	.01 **	.01 **
III. Självvärdering	.03 *	.10	.11	.02 *	.38
IV. Upplevelse att påverka sin situation	.10	.29	.03*	.20	.07

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

¹ Signifikantestningar gjordes med Kruskal-Wallis metod (ensidiga hypoteser).

Eleverna styrde innehållet mot psykiska och sociala frågeställningar, som personligen berörde dem

i samma riktning visade sig när det gällde upplevelsen av att kunna påverka sin situation.

När det gäller hälsobefrämjande aktiviteter fann man signifikanta skillnader mellan experiment- och kontrollgrupp såväl med avseende på aktiviteter relaterade till fysisk hälsa som aktiviteter relaterade till psykisk och social hälsa. Dessa aktiviteter var till 90% andra aktiviteter än de eleverna arbetat med under projektet.

Skillnaderna mellan experiment- och kontrollgrupp var mest påtagliga för flickor och för elever med låg social bakgrund (*tabell 1*).

Nästan 90% av eleverna satte upp mål; samtliga "lyckades" helt eller delvis med de mål de satt upp. Hälften av de elever som drack alkohol och/eller rökte (35/51) tog spontant upp dessa ämnen under samtalen. Fem av dessa elever satte upp som mål att minska alternativt att upphöra med sin konsumtion. Samtliga lyckades också genomföra detta.

DISKUSSION

Den allmänna erfarenheten från traditionell ANT-undervisning på högstadiet är att ungdomar vanligen inte är särskilt positiva i sin inställning. Ett lik-

artat projekt på samma ort som det aktuella (9) visade att eleverna såväl var negativa till projektet som att de påtagligt försämrades i sin inställning till såväl skolan som skolhälsovård. Elevernas attityder i detta projekt visade att de var klart positiva till projektet.

Genomgående är att *eleverna styr innehållet mot psykiska och sociala frågeställningar*, som *personligen berör* dem, både beträffande de individuella samtalen, gruppsamtalen och de mål de själva tar itu och arbetar med. Det är intressant att jämföra denna inriktning under projektets gång med resultaten beträffande hälsobefrämjande aktiviteter. Efter projektets slut tillfrågades eleverna om de gjort något under höstterminen (projektiden) för att "må bättre". Det visade sig då att experimentgruppen hade initierat avsevärt fler aktiviteter för att må bättre, men dessa avsåg ungefär *lika ofta* fysisk (44%) som psykisk och social hälsa (56%). Endast ett fåtal av dessa aktiviteter (6/48) var desamma som eleverna satt upp som mål och arbetat med under projektet. Den mest förekommande aktiviteten beträffande fysisk hälsa var att eleverna ökade sitt motionerande - de hade börjat springa, simma, gymnastisera etc. Detta var ämnen som överhuvudtaget inte diskuterats under projektets gång.

När man på detta sätt betraktar resultaten i relation till elevernas inriktning under projektet, ligger det nära till hands att dra slutsatsen att den *process* som skett, handlar om att eleverna anammat en modell för en problemlösning, som de sedan själva kan generalisera och använda sig av i andra sammanhang. Denna typ av process kännetecknas av att eleverna tar hälsovägledarna till hjälp för personliga psykiska och sociala frågeställningar, blir mer medvetna om sin egen inställning och konfronteras att göra egna ställningstagande. Att eleverna efteråt även tar itu med andra typer av frågeställningar utöver den typ de fått hjälp med, kan dels bero på en ökad förmåga att överhuvudtaget ta itu med problem, men också på ökad ork att även ta itu med den fysiska hälsan.

Det visar sig också att metodiken - till skillnad från andra liknande interventioner - i första hand går fram till elever med låg social bakgrund. I skolan drar mellanskiktselever ofta mer nytta av undervisningen. Anledningen till resultaten i projektet "Du bestämmer!"

är sannolikt att vi arbetade mycket konkret och åskådligt; t ex använder vi genomgående metodiken att rita upp och tydliggöra på olika typer av arbetsblad vad vi pratade om och vad vi kom fram till.

Det är frapperande att man med så enkla medel kunat nå så genomgripande resultat. Metoden innebär egentligen inget annat än att man utgår från eleven själv och lyssnar på och försöker förstå vad han menar utan att styra med sina egna åsikter och värderingar. De hälsoproblem som eleverna själva definierar - skolan och relationer - visar sig *inte* vara desamma som de hälsoproblem vi vuxna definierat åt dem i traditionell hälsoundervisning, t ex alkohol, tobak och kost. Ungdomarnas hälsoproblem berörde istället i hög utsträckning psykisk och social hälsa. Trots detta rapporterade ungdomarna aktiviteter även beträffande fysisk hälsa.

Sedan metoden utvecklades i Östergötland i mitten av 1980-talet utbildades ett flertal handledare som inom den samhällsmedicinska institutionens regi hållt kurser och utbildat hälsovägledare på ett stort antal skolor i Sverige. Metoden har också översatts och används idag i Schweiz, Polen och Danmark.

Den aktuella metoden har också kommit att användas inom andra områden än skolan, t ex inom barnhälsovård (10) och primärvård (11-12). Inom primärvården har principerna vidareutvecklats för att användas på vårdcentraler i samtal om levnadsvanor med patienter (13).

REFERENSER

1. Gatherer A, Parfit J, Porter E, Vessey M: Is health education effective? The Health Education Council, London 1979.
2. Bartlett E: The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? Am J Public Health 1981;71:1984-1391.
3. Becker D, Levine D: Risk perception, knowledge and lifestyles in siblings of people with premature coronary disease. Am J Prev Med 1987;3:45-50.
9. Levin J, Persson H, Bjurulf P, Bremberg S: Health careers - a method of health education for adolescents. Scand J Soc Med. 1988;2:95-100.
10. Arborelius E, Bremberg S: Post A. Rökfria barn. En handledning för sjuksköterskor på BVC om att prata rökning med föräldrar. Cancerfonden 1995.
11. Arborelius E: Hur förmå patienter att ändra livsstil? Framgångsrika strategier finns. Läkartidningen 1994;91(10):990-995.
12. Arborelius E: Patientcentrerat förhållningssätt i alkoholrådgivning. AllmänMedicin 1995;16:285-287.
13. Arborelius E: Varför gör dom inte som vi säger?? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Stockholm, UpJohn 1993.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.