

Vidmakthållande av levnadsvanor: II

Opposition till inlegg presentert av Anders Ewerman

Leif Edvard Aarø

Ewermans omvärldsanalytiska reflexioner kommenteras i detta bidrag av professor Leif Edvard Aarø från HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, Norge. Aarø är rådgivare till Norges Sosialdepartement och knuten till Norges forskningsråd (NFR) - Medisin og helse som koordinator för ett forskningsprogram om förebyggande hälsoarbete. Förutom kommentarerna till Ewermans bidrag tar Aarø upp en rad centrala frågor av betydelse för att förstå vad det är som gör av vi behåller våra levnadsvanor.

Min oppgave er å presentere en opposisjon til Anders Ewerman's innlegg. Imidlertid er vår bakgrunn ulik og våre tanker omkring temaet er ulike. Mitt innlegg vil derfor være et supplement, snarere enn forsøk på en direkte opposisjon.

Først vil jeg likevel si meg enig i noen av Ewerman's poenger.

Jeg er enig i

- at vanens makt er sterk
- at vi preges av de grupper vi inngår i og de kulturer vi lever i
- at vi lever i en verden som preges av forandring
- og jeg setter pris på Ewerman's vilje til å sette menneskelige handlinger og vaner inn i et mer omfattende samfunnsmessig perspektiv.

Jeg er langt mer skeptisk til noen av de andre utsagnene, f eks.

- "En objektiv virklighet eksisterer inte - bara en subjektiv".

- "Vi är alla rädda och reagerar utifrån våra rädslor".

Etter min syn utgör disse utsagnene altfor sterke forenklinger av en komplisert virkelighet.

I min presentasjon vil jeg følge et bestemt logisk mønster:

- Jeg vil begynne med *selve beteendet*,

- deretter vil jeg relatere det til *faktorer hos det enkelte individ*.

- Derneft vil jeg kort komme inn på *mellommenneskelige forholds betydning* for beteende, og

- till slutt forsøke å si noe om *samfunnsmessige forhold* som kan ha betydning for beteende.

Vårt tema er opprettholdelse av vaner - "vidmakthållande av levnadsvanor". Vaner har vi på så mange av livets områder. Min interesse er slike vanmønstre som vi vet har sammenheng med risiko for sykdom, eller sannsynlighet for god helse. Det dreier seg tradisjonelt om

- bruk av vanedannende stoffer (tobakk, alkohol, tabletter eller andre avhengighetsskapende stoffer)

- kosthold

- fysisk aktivitet og

- atferd som har sammenheng med ulykkesrisiko i trafikken, på arbeidsplassen eller på andre arenaer.

Etterhvert som betydningen av psykososiale sider ved helsen blir tydeligere, er det kanskje aktuelt å utvide begrepet helsevaner noe. Vi kan vel godt tenke oss at vaner har innflytelse ikke bare på den kroppslige helsen, men også den mentale. Kanskje vil vi om kort tid oppleve at våre *musikkvaner* blir gjort til gjenstand for epidemiologiske studier på linje med søvnvaner og type A eller B-atferd.

Den innbyrdes sammenhengen mellom vanemønstre

Innen forskningslitteraturen er det lansert en lang rekke hypoteser om hvordan vaner korrelerer med hverandre, hvordan de henger sammen innbyrdes. Hvis vi fant at

Vi kan väl godt tenke oss att vaner har inflytelse ikke bare på den kroppslige helse, men også den mentale

hvert vanemønster var uavhengig av alle andre, er der vel også lettere å forestille seg at det går an å påvirke slike enkelt-vaner på en effektiv måte.

En rekke studier har imidlertid vist at helserelaterte vanemønstre korrelerer med hverandre (Nutbeam, Aarø & Wold 1991; Aarø 1986). Min personlige mening er at en særlig kan skille mellom to grupper av slike vaner:

- Bruk av avhengighetsskapende stoffer som alkohol, tobakk og sterkere drugs.
- Det en aktivt gjør for å ta vare på helsen, f.eks. driver fysisk trening, spiser sunn mat og bruker refleks og bilbelte.

Noen vil kanskje innvende at dette ikke er to grupper av vaner, men bare to ytterpunkter på en skala fra sunt til usunt. Grundlige dataanalyser har imidlertid vist at det ikke bare er snakk om ytterpunkter på en skala, men at de to gruppene av vanemønstre danner to delvis uavhengige grupper. Jeg har ikke tid til å gå nærmere inn på hva dette betyr rent statistisk. Mitt poeng i denne sammenheng er bare at siden grupper av vanemønstre inbyrdes henger sammen, er ikke vaner enkeltstående fenomener. De kan være produkt av felles underliggende prosesser, og påvirkning av ett vanemønster betyr at en forsøker å endre noe som henger sammen med mye annet. At vaner henger sammen, kan bety at de er vanskeligere å forandre, at de bidrar til å stabilisere hverandre.

Sammenhengen mellom vaner, kunnskaper og holdinger (attityder)

Tradisjonelt har en innen det forebyggende helsearbeidet hatt stor tro på at våre vanemønstre har nær sammenheng med kunnskaper og attityder. Tidlig røykdebut er blitt oppfattet som et resultat av manglende kunnskap om de helsemessige konsekvensene av røyking. Imidlertid har en funnet svært lave sammenhenger mellom slike "epidemiologiske" kunnskaper på den ene siden og beteende på den andre (Aarø, Wold, Kannas & Rimpelä 1986).

Sammenhengen mellom *attityder* og beteende har vist seg å være sterkere, særlig når en måler attityder som er "proksimale", som direkte angår selve det beteende en ønsker å predikere. Imidlertid er det ikke nødvendigvis slik at en sammenheng mellom attityder og beteende skyldes at attitydene påvirker beteendet. Det kan like gjerne være motsatt, at en utvikler attityder som samsvarer med beteendet. En røyker altså ikke fordi en er så positivt innstilt til røyking, men når en angripes

av andre fordi en røyker, vil en gjerne forsvare seg, og resultatet kan bli et *attitydmessig forsvar for egne vaner*.

Mens en tidligere først og fremst betraktet attitydforandring som en nøkkel til påvirkning av beteende og vaner, er det trolig mer aktuelt å betrakte attityder som en barriere mot forandring.

Alternativer til begrepet "attityder"

Forskningen har imidlertid gitt oss alternative begreper til forståelse av hvilke forhold hos individet som særlig påvirker beteendet. Ett av disse begrepene finner vi igjen i begge de to hovedretningene innen sosialpsykologisk forskning om helseatferd: *Sosial læringstetori* (Bandura 1977; Perry, Baranowski & Parcel 1990) og *forventnings-verditeori* (Ajzen & Fishbein, 1980). Begrepet er "*resultatforventninger*" eller på engelsk: "*Outcome expectancies*".

Resultatforventninger handler om to ting:

- Hvilke virkninger - positive eller negative - tror den enkelte at atferden har
- Hvordan vurderer individet disse effektene.

Dersom en tror at alkohol gjør at en blir i godt humør og samtidig flinkere til å mestre sosiale situasjoner, f.eks. overfor det motsatte kjønn, og dersom en ser på dette som svært positivt og ønskelig, kan en regne med at dette er en faktor som bidrar til å opprettholde alkoholbruket.

Overfor et individ med svært positive forventninger til virkningene av alkoholen er det sannsynlig at påfyll av epidemiologisk kunnskap om sammenhengen mellom alkoholbruk og helsemessig risiko vil ha begrenset effekt.

Jeg har ikke dermed sagt at kunnskaper er uinteressante eller at attityder ikke er viktige. Det jeg vil påstå er at i den moderne forskningslitteraturen eksisterer det en lang rekke begreper som er viktigere for å forstå atferd enn de tradisjonelle begrepene kunnskaper og attityder. "Resultatforventninger" er bare ett blant mange slike begreper.

Mellom-menneskelige påvirkningsfaktorer

Våre vaner og vårt beteende er i stor grad bestemt av

Når en angripes for en røyker, vil en gjerne forsvare seg, og resultatet kan bli et attitydmessig forsvar for egen vaner

Våre vaner og vårt beteende er i stor grad bestemt av mellommenneskelige påvirkninger

mellom-menneskelige påvirkninger. Andres eksempel, andres reaksjoner og andres forventninger er avgjørende for vår livsstil. Undersøkelser som ble gjennomført for 18 år siden viste at i miljøer som virker ensidig røykeforsterkende, ble mer enn 90 prosent av 15-år gamle ungdommer dagligrøykere. I ensidig røykehindrende miljøer, var det mindre enn 2 prosent som ble dagligrøykere (Aarø, Hauknes & Berglund 1981).

Disse funn er senere bekreftet i en rekke undersøkelser. Vi må dessuten regne med at ikke bare debut og vaner i ung alder, men også vanenes stabilitet i voksen alder i stor grad bestemmes av de påvirkningene en utsattes for blant de nærmeste i hjem, skole, på arbeidsplass og blant venner og kjente.

Vidmakthållande av beteende i et samhällsperspektiv

Det eksisterer også teorier, eller kanskje mer presist, begrepsmodeller som forteller hvordan endringene i vaner skjer i en hel befolkning. Disse modellene forteller også noe om faktorer som bidrar til å opprettholde eller vidmakthålla beteende. En av de mer kjente modellene er Everett Rogers' (1983) modell for diffusjon (spredning) av innovasjoner.

Everett Rogers tar utgangspunkt i en normalfordelingskurve. Han deler deretter befolkningen inn i grupper langs en tidsakse. De som raskest tar etter en såkalt "innovasjon" kalles pionerer. De som følger etter på et svært tidlig tidspunkt kalles innovatører. Deretter følger tidlig majoritet, sein majoritet, og til slutt de som med en nokså uærbødig betegnelse kalles "etterslentrere".

En rekke studier har vist at endringer i helsevaner og livsstil kan beskrives ved hjelp av en slik modell. Det har vist seg at særlig høystatusgruppene går først i denne endringsprosessen. Deretter fortplanter endringene seg gjennom befolkningen langs et temmelig entydig mønster. De som har en langvarig almenutdannelse og en høy inntekt går først. De som har en kortvarig almenutdannelse og lav inntekt går sist.

For å beskrive aktuelle faktorer som kan tenkes å påvirke beteendet, har vi holdt oss til en tredeling

(Hiebsch & Vorwerk 1972):

- Egenskaper ved personen selv - ofte kalt *det individuelle nivået*
- Mellom-menneskelige forhold - ofte kalt *gruppenivået*.
- Samfunnsmessige forhold - ofte kalt *det strukturelle nivået*.

Når vi skal beskrive forhold som bidrar til å hindre beteendeforandring, kan vi altså bruke begreper fra alle disse nivåene. Dette kan illustreres ved følgende sammenfatning: Sannsynligheten for at helsemessig negativ atferd eller beteende skal holde seg konstant øker når

- Den det gjelder har bygt seg opp et holdningsmessig forsvar for sine vaner og har utviklet et sett av stabile forventninger om positive effekter av beteendet,
- Når en er omgitt av et sosialt nærmiljø der slik atferd er en norm,
- Når en tilhører de såkalte sosioøkonomiske lavstatusgruppene.

Utalget av faktorer kunne vært et helt annet. Litteraturen flyter over av interessante teoretiske modeller og nyttige begreper som kan anvendes til å forstå hvordan ulike forhold bidrar til å stabilisere eller påvirke vaner (Zimbardo, Ebbesen & Maslach 1977).

Tidligere i dag er det blitt sagt at det er ønskelig at en går videre fra den mer deskriptive forskningen om beteende og vaner til den mer årsakssøkende. Dette kan jeg uten videre slutte meg til. Jeg vil likevel tilføye følgende:

- Dersom en i Sverige velger å satse sterkere på slik forskning, så forsyn dere av den rikdom på teorier og bereper som eksisterer i atferds- og samfunnsforskningen. Ikke la denne forskningen bli en teoriløs ørkenvandring. Eller for å si det enda klarere: Beskytt denne forskningen mot medisinsk dominans.
- Helseatferd kan ikke forstås tilstrekkelig ut fra ett analysnivå. Det er nødvendig med en forståelse av både personlige, mellom-menneskelige og samfunnsmessige prosesser. Innen helseatferdsforskningen har det imidlertid vært en tendens til nokså ensidig å fokusere på det individuelle og det subjektive. Beskytt derfor denne forskningen også mot psykologiens dominans.
- Helseatferd kan imidlertid ikke forstås tilstrekkelig dersom en neglisjerer de prosessene som finner sted hos den enkelte individ. Derfor er min tredje konklusjon: Beskytt denne forskningen mot en sosiologisk dominans.

Forskning om helsebeteende inviterer til samarbeid

mellom fagene.

I Norge har vi de siste årene satset sterkt på forskning om helseatferd og forebyggende helsearbeid. Dette har vi blant annet fått til gjennom opprettelse av *et eget forskningsprogram om forebyggende helsearbeid*. Programmet administreres i dag av Norges forskningsråd, Områdestyret for Medisin og helse (Norges forskningsråd 1993).

Det hører med til historien at det innsatsområdet som dette programmet er en del av - den såkalte Helse- miljø- og levekårsforskningen - ble initiert av det norske Stortinget, etter initiativ fra stortingsrepresentanter.

Resultatene begynner å vise seg i form av publikasjoner og doktordisputaser. En slik kompetanseoppbygging er likevel ikke det endelige målet. Målet er ikke artikler som bare leses av utenlandske kolleger og forøvrig glemmes. Det endelige målet er en styrking av selve det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet.

Som et skritt på veien mener vi det er viktig å få fram en ny generasjon av unge forskere som ser verdien av forskning om helsebeteende og forebyggende helsearbeid. Det må være en forskning som *både holder høy kvalitet og som er rettet mot praktisk viktige problemstillinger*.

Tiden vil vise i hvilken grad dette lykkes.

Avslutningsvis vil jeg gjerne påpeke at forskning om levevaner har aktualitet langt ut over det forebyggende helsearbeidet. I disse dager starter en i Norge opp et nytt forskningsprogram der ett av formålene er å forske

omkring miljøvernrelaterte levevaner. I følge lederen for Norsk naturvernforbund, Dag Hareide, er det av miljøvern hensyn nødvendig å endre et stort antall vanemønstre.

Forskning om vaner og beteende er derfor ikke bare et tema som har å gjøre med individets helse, men også med vårt naturmiljø. Det er derfor slett ingen liten utfordring vi står overfor.

REFERENSER

- Aarø L E, Hauknes A, Berglund E-L (1981): Smoking among Norwegian schoolchildren 1975-80. II: The influence of the social environment. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol 22:297-309.
- Aarø L E, Wold B, Kannas L, Rimpelä (1986): Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of the First Survey. *Health Promotion*, Vol 1 (No 1):17-33.
- Aarø L E: Health behaviour and socioeconomic status. A survey among the adult Norwegian population. Bergen: Universitetet. (Doktorsavhandling 1986).
- Ajzen I, Fishbein M (1980): Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura A (1977): Social Learning Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Hiebisch H, Vorweg M (1972): Einführung in die marxistische Sozialpsychologie. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Norges forskningsråd (1993): Programnotat. Program for forskning om virkemidler i det forebyggende helsearbeidet 1993-96. Oslo: Norges forskningsråd, medisin og helse.
- Nutbeam D, Aarø L E, Wold B (1991): Dimensions of health behaviours. *World Health Statistics Quarterly*, Vol 44:55-61.
- Perry C L, Baranowski T, Parcel G S (1990): How individuals, environments and health behaviour interact: social learning theory. In Glanz K, Lewis F M, Rimer B K (eds): Health behaviour and health education. Theory, research and practice. San Francisco - Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers E (1983): Diffusion of innovations. New York: The Free Press.
- Zimbardo P G, Ebbesen E B, Maslach C (1977): Influencing attitudes and changing behaviour. New York: Random House.