

Hur reagerar tonåringar på en konsekvent genomförd deltagarstyrd metod för hälsofostran?

Elisabeth Arborelius

I en konsekvent elevcentrerad alternativ metod "Du bestämmer!" – belyste man processen och fann att eleverna använde sig av metoden på fyra sinsemellan mycket olika sätt:

- elever som väljer att prata om egna stora problem
- elever som använder sig mycket aktivt av den speciella metodiken
- elever som förhåller sig avvaktande och deltar relativt passivt
- elever som frustreras av metoden

Oavsett dessa fyra användningsområden, visade det sig att eleverna styrde innehållet mot huvudsakligen psykisk och social hälsa och att de uppnådde lika goda resultat. Åtskilliga fakta ger stöd för att de avgörande faktorerna i processen är: att eleverna känner sig personligt berörda, och att eleverna känner att de själva kan agera och påverka sina liv.

Elisabeth Arborelius är docent i psykologi och verksam vid utvecklingsenheten för allmänmedicin vid Sollentuna vårdcentral i Stockholm.

BAKGRUND

Inom skolan har man sedan länge arbetat med hälsofostran. Utvärderingar har visat att man framför allt lyckats med att förmedla faktakunskaper till eleverna (1), däremot i liten utsträckning att påverka beteenden (1–3), med undantag för speciell metodik angående rökning (4).

I högstadiåldern blir val av hälsovanor och livsstil mer medvetna än i lägre åldrar. Om man inom skolans ram aktivt syftar till att påverka elevernas beteende med avseende på hälsa, bör man därför rikta sig mot denna grupp och utarbeta alternativa metoder till de gängse traditionella.

För detta syfte utarbetades 1985–1987 metoden

"Du bestämmer!" inom skolhälsovården i Linköping (5). Metoden genomfördes konsekvent elevcentrerat: eleverna definierade själva hälsa och satte upp hälsorelaterade mål att arbeta med. Deltagandet var frivilligt. Utvärderingen av metoden visade att eleverna i experimentgruppen förändrades signifikant i jämförelse med kontrollgruppen med avseende på variabler som klargörande av egen hälsa, hälsobefrämjande aktiviteter och självbild. De hälsofrämjande aktiviteterna avsåg såväl aktiviteter relaterade till fysisk hälsa som psykisk och social hälsa.

Skillnaden mellan experiment- och kontrollgrupp var mest påtaglig för flickor och för elever med låg social bakgrund.

Hittills har få studier visat på beteendeförändringar beträffande hälsofostran i skolan. Metoden "Du bestämmer!" visar på sådana förändringar. Syftet med föreliggande studie är att belysa processen – dvs vad som händer med eleverna när de tar del av metoden.

En elevcentrerad metod för hälsofostran

Metodens karaktistika

Deltagandet är frivilligt

Eleverna informeras om arbetssättet och väljer frivilligt huruvida de vill delta eller inte. Erfarenheterna hittills visar på att alla typer av elever tycks välja att delta: ambitiösa, mogna elever, udda elever, elever som

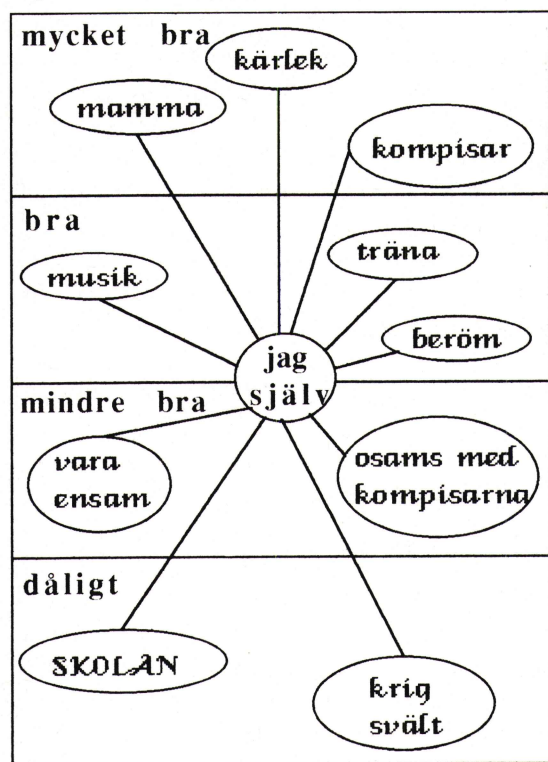
Om man vill påverka elevernas hälsobeteende bör man rikta sig mot 15–16-åringar och utarbeta alternativa metoder till de gängse traditionella

Den elevcentrerade metoden "Du bestämmer!" visade på klara skillnader i hälsobefrämjande beteenden mellan kontroll- och experimentgrupp

missbrukar alkohol, elever som är syndabockar på skolan samt "helt vanliga" elever.

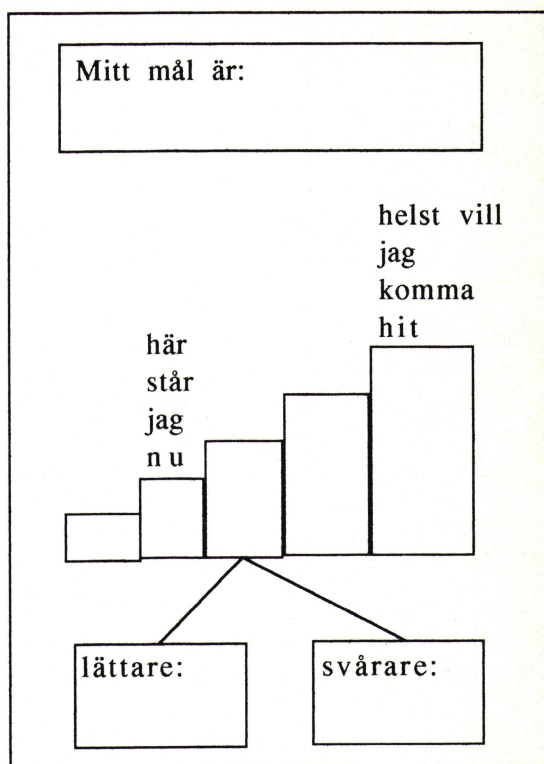
Eleverna definierar själva vad de menar med hälsa. Utgångspunkten är att eleven själv ska komma fram till vad hälsa, "att må bra", innebär just för honom/henne. Eleverna får bl a på ett arbetsblad (figur 1) rita upp sin nuvarande livssituation, vilket innebär en konfrontation, med innebörden: "Hur ser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

Figur 1. Arbetsblad för beskrivning av situationen.



Eleverna erbjuds en modell för problemlösning. Eleverna konfronteras med ett arbetsblad (figur 2) där de – om de vill – kan formulera ett mål och lägga upp en strategi för att nå målet. Detta innebär också en konfrontation, med innebörden: "Vad vill Du göra åt Din nuvarande livssituation?"

Figur 2. Arbetsblad för problemlösningstrategi.



Anpassning av metodiken till individuella behov. Eleven deltar i 3 smågruppsdiskussioner (ca 5 elever) och 3 individuella samtal varvade under ca 2 månader. Arbetssättet 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 som inte är så tränade i verbal förmåga.

Värderingsfrihet

Hälsovägledarens uppgift är genomgående att vägleda, dvs undvika att styra, värdera eller moralisera, när han är eleven behjälplig med att definiera hälsa, sätta upp mål och lägga upp strategier.

METOD

Undersökningspopulation

I denna studie ingick samtliga elever i experimentgruppen: 16 pojkar och 35 flickor i åk 9. De kom från

två olika skolor; en skola i ett villaområde någon mil utanför stadskärnan samt en skola i ett förortsområde med hyreshus.

Datainsamling

De data som används för att beskriva processen härrör från följande källor:

1. Minnesanteckningar från de kontinuerliga träffar då hälsovägledarna erhöll handledning av projektledaren.
2. Hälsovägledarnas:
 - a) noteringar utifrån ett strukturerat protokoll om innehållet i varje individuellt samtal respektive gruppssamtal.
 - b) skattningar med avseende på i vilken utsträckning eleven använt sig av den individuella samtals-situationen. Sistnämnda gjordes på en skala från 1–4 (hög siffra indikerar positivt värde). Det innebär att varje elev för sina tre samtal kunde erhålla 3–12 poäng. Skattningar under pilotstudien, då två oberoende bedömare skattade varje elev, visade en interbedömarreliabilitet på .86.
3. Skattningar av i vilken utsträckning eleverna uppnått de mål de formulerat – utifrån strukturerade intervjuer med eleverna i kombination med hälsovägledarnas bedömningar.
4. Variablerna:
 - hälsobefrämjande aktiviteter (5)
 - ”klargörande/medvetandegörande” mätt utifrån strukturerade intervjuer med eleverna. Variabeln har mätts genom att räkna samman antalet påståenden av typ ”klargörande” som eleverna instämmer i på en lista och de spontana yttranden av karaktären ”klargörande” som eleven gör
 - självbild (5).

Statistiska metoder

Signifikansberäkningar mellan grupper har gjorts med Kruskal-Wallis test, tvåsidiga hypoteser.

PROCESSBESKRIVNING

Hur styr eleverna innehållet i metoden?

Under såväl de enskilda samtalen som gruppssamtalen tar eleverna till allra största delen upp ämnen som berör deras psykiska och sociala hälsa (86%). De mest förekommande samtalsämnena är hemsituationen,

Genomgående var att eleverna styrde innehållet mot psykiska och sociala frågeställningar, som personligen berörde dem

skolan, funderingar över sig själv, relationer till kompisar och fritidsaktiviteter. Fysisk hälsa berörs betydligt mindre (14%) och handlar huvudsakligen om alkohol och rökning.

De mål eleverna formulerar och lägger upp strategier för att ta itu med berör också till största delen psykisk och social hälsa (82%). Det är mål som i hög grad berör dem personligen, t ex:

- ”bestämma mer över mitt liv och samtidigt komma överens med mina föräldrar”
- ”få bättre självförtroende”
- ”komma ifrån vanan att dricka varenda helg”

Genomgående är således att eleverna styr innehållet mot *psykiska och sociala frågeställningar, som personligen berör dem*, både beträffande de individuella samtalen, gruppssamtalen och de mål de själva tar itu och arbetar med.

Det är intressant att jämföra denna inriktning under projektets gång med de beteendeförändringar som äger rum efter projektets slut. Dessa är nämligen i ungefär lika hög grad relaterade till fysisk (44%) som till psykisk och social hälsa (56%). Den mest förekommande aktiviteten beträffande fysisk hälsa är att eleverna ökar sitt motionerande – de har börjat springa, simma, gymnastisera etc. Dessa är ämnen som överhuvudtaget inte diskuterats under projektets gång.

Det ligger nära till hands att dra slutsatsen att den process som skett handlar om att eleverna anammat en modell, som de sedan själva kan generalisera och använda sig av i andra sammanhang. Denna typ av process kännetecknas av att eleverna tar hälsovägledaren till hjälp för personliga psykiska och sociala frågeställningar, konfronteras att göra egna ställningstagande och blir mer medvetna om sin egen inställning. 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.

Eleverna reagerade på metoden på följande sätt:

- pratade om påtagligt stora problem
- använde sig mycket aktivt av metoden
- använde sig måttligt/lite aktivt av metoden
- blev frustrerade av metoden

Hur använder sig eleverna av metoden?

Utifrån samlade data kunde förloppet för varje enskild elev beskrivas. Det framkom tydligt ett flertal *olika* förlopp, dvs för i stort sett varje individ kunde man beskriva en unik process. Trots dessa enskilda processer kunde en typologi urskiljas med avseende på elevernas olika sätt att använda sig av metoden. De grupper som lätt kunde urskiljas var:

- grupp I: elever som kunde prata om påtagligt stora problem
- grupp II: elever som använde sig mycket aktivt av metoden
- grupp III: elever som använde sig måttligt/lite aktivt av metoden
- grupp IV: elever som blev frustrerade av metoden

För att belysa processen har jag därför valt att beskriva dessa olika grupper, dvs elevernas sätt att ta emot och använda sig av metoden. Dessförinnan redovisar jag kriterierna för indelningen av de olika grupperna.

Kriterier för typologin

Grupp I:

Eleverna har plockats fram från minnesanteckningar då hälsovägledarna erhållit handledning. Dessa elever har alltid tagits upp vid handledningstillfällen därför att hälsovägledarna varit påtagligt berörda av elevens problematik.

Grupp II och Grupp III:

Dessa elever har plockats fram utifrån samma kriterium, nämligen skattningar av i vilken utsträckning eleven använder sig av den individuella samtalssituationen. Kriterium för grupp II: lägst 9 poäng, för grupp III: högst 8 poäng.

Grupp IV:

Denna grupp elever har plockats fram utifrån endera av följande:

- en kombination av två kriterier: mycket låga poäng på skattningen ”använda sig av samtalssituationen” (6–7 poäng) och en negativ attityd till projektet
- att eleven p g a frustration direkt begärt att bara få delta i vissa delar av projektet (gällde en elev som ej ville fortsätta delta i de individuella samtalen).

Denna kvalitativa indelning i elevens sätt att använda sig av metoden får stöd av signifikanta skillnader mellan de fyra grupperna (*tabell 1*) med avseende på ’utsträckningen i vilken eleven använder sig av samtalssituationen’.

Tabell 1. Medianer och p-värden för grupp I–IV med avseende på tre typer av variabler ’utsträckningen i vilken eleven använder sig av samtalssituationen’, ’attityder’ och ’resultatvariabler’.

Variabler	(Skala)	GRUPP I Median	GRUPP II Median	GRUPP III Median	GRUPP IV Median	p-värde
Använda samtalet	(3–12)	10.0	10.0	7.5	7.0	<.0001 **
Attityder	(0–1)	1.0	1.0	1.0	1.0	.01 **
Resultatvariabler:						
– Klargörande	(0–20)	3.0	6.0	4.0	4.5	.69
– Hälsobefrämjande aktiviteter	(0–3)	1.0	1.0	1.0	0	.56
– Självbild	(0 ± 144)	-7.2	5.3	11.5	3.7	.09
Påverka sin situation	(0 ± 20)	1.9	2.0	0.6	-0.1	.65

Beskrivning av de olika grupperna

Grupp I: Elever som använder sig av metodens ramar för att prata om egna personliga stora problem (23 %, 12 elever).

Utmärkande för denna grupp är att eleverna har stora personliga problem (t ex skilsmässa i familjen, relationsproblem med föräldrar, svår sjukdom i hemmet) som de väljer att ta upp (även elever i de andra grupperna kan ha stora problem). De använder mesta tiden till att prata om sina personliga problem, men utnyttjar också den speciella metodiken (arbetsblad etc) och försöker dra nytta av denna, antingen beträffande det stora problemet eller beträffande lite enklare, konkreta problem. Denna verksamhet påminner om 'samtalsterapi'. Hälsovägledaren blir vanligen mycket berörd av dessa elever, både i sin önskan att hjälpa och sin önskan att orka hårbärgera elevens problematik.

I stort sett alla elever (11/12) sätter upp mål att arbeta med under projektet. Samtliga dessa mål faller inom området psykisk/social hälsa. Det är uppenbart att eleverna prioriterar detta område framför fysisk hälsa. Alla elever som sätter upp mål lyckas också helt eller delvis nå målen. Den typ av mål eleverna sätter upp faller inom två grupper: antingen mål som direkt berör elevens stora problem (eller delaskpekter av detta), eller mål som inte alls berör elevens stora problem utan handlar om något mer konkret, lättuppnåeligt mål.

Exempel på mål som berör elevens stora problem: STEFAN sätter upp målet "att slippa kamraternas tjat, bli respekterad för den man är". Han är utmobbad ur kamratgruppen.

Exempel på mål som berör delaskpekter av elevens stora problem:

ANNA sätter upp som mål "att få bättre självförtroende". Hennes strategi går ut på att säga ifrån mer till kompisar vad hon själv tycker. Under samtalens gång börjar hon så småningom förstå att det mål hon satt upp inte bara handlar om att säga ifrån till kamraterna utan också om hennes totala hemsituation. Anna lever i ett socialt mycket nedslitet hem. Hon har t ex aldrig möjlighet att köpa nya kläder vilket påverkar hennes självförtroende.

Exempel på mål som inte berör elevens stora problem utan något mer konkret, lättuppnåeligt mål:

MIKAEL, vars pappa är döende under projektets gång, sätter upp som mål att "plugga mer för att få bättre

betyg". Huvuddelen av tiden använder han emellertid till att prata om sitt största problem – den sjuka föräldern.

Denna sistnämnda typ av process kan man se för flera elever. Det tycks ibland vara så att de allra största problemet orkar man nått och jämt röra vid. Det är ett stort steg att eleven överhuvudtaget pratar om det. Att göra det så tydligt att man formulerar det på ett arbetsblad, är eleven ännu inte beredd till. Det kan man emellertid göra med något annat, lite mindre laddat problem. Detta innebär att eleven faktiskt kan lyckas med ett lite enklare problem, vilket kan påverka självförtroendet att överhuvudtaget våga ta itu med problem.

Grupp II: Eleverna använder sig mycket aktivt av den speciella metodiken (53 %, 27 st).

Dessa elever deltar med liv och lust i individuella samtal och gruppdiskussioner. De tar tillfället i akt att reflektera över sin nuvarande situation. Eleverna drar nytta av arbetsblad, målformuleringar, strategier etc och gör aktiva ställningstaganden. Samtal med dessa elever är mycket stimulerande för hälsovägledaren!

Så gott som samtliga elever (25/27) sätter upp mål. Dessa mål berör till 25 % fysisk hälsa och till 75 % psykisk/social hälsa. Samtliga lyckas med att helt eller delvis nå målen. Denna grupp är inte "uppslukade" av problem kring psykisk och social hälsa utan har även utrymme/ork att ta itu med fysisk hälsa.

Typexempel på en elev i denna grupp: JENNY sätter upp 2 mål: att "få bättre betyg genom att plugga mer" och att "komma ifrån vanan att dricka varje helg". Hon lyckas med båda dessa mål. Hälsovägledaren noterar också andra förändringar: Att Jenny (som är en ganska blyg flicka) vågar prata mer i gruppen och att hon lättare ser hur hon kan arbeta med problem. Hälsovägledaren bedömer det som en stor förändring.

Det kan onekligen hända rätt mycket på kort tid: här är det fyra påtagliga förändringar som skett; två på de mål eleven satt upp och två mer indirekta effekter. Det framkommer också att eleven vid de enskilda samtalen tagit upp sina funderingar om att sluta röka, så kanske kan ännu mer hända. Eleven tycks i hög grad tagit till sig och dragit nytta av den speciella metodiken.

Grupp III: Eleverna använder sig måttligt/lite aktivt av den speciella metodiken (16 %, 8 st).

Påfallande för denna grupp elever är att de "ligger lågt", är förhållandevis tysta och avvaktande. De använder sig inte i särskilt stor utsträckning av samtalssituationen. Eleverna går igenom arbetsbladen men fyller ofta i dem på ett lite konventionellt, dvs inte så personligt sätt. Hälsovägledaren kan emellanåt känna sig osäker på vad dessa elever får ut av metoden p g a att de ger så lite gensvar.

Flertalet elever inom denna grupp (6/8) sätter upp mål att jobba med inom projektet. Samtliga dessa mål faller inom området psykisk/social hälsa. Alla elever, med ett undantag, lyckas med de mål de har satt upp.

Typexempel på en elev i denna grupp:

JONAS använder sig av de enskilda samtalen "så-där". Han fyller bara i positiva saker på det första arbetsbladet (figur 1). Han formulerar inte något mål. Han pratar lite grann om sin alkoholkonsumtion och rökning vid de enskilda samtalen. När Jonas vid det sista samtalet får se alla sina arbetsblad, pekar han på det med strategin (figur 2) - som han alltså inte fyllt i - och kommenterar enligt följande:

- "hade kunnat fylla i nu: att supa mindre"
- "det finns mycket man skulle kunna ändra på"
- "har bestämt mig för att skära ner på supandet".

Det intressanta med denna process är att det *under* projektets gång inte sker särskilt mycket påtagligt med Jonas, men att den process han genomgår påverkar honom så mycket att den troligtvis kommer att leda till förändringar.

Grupp IV: Eleverna frustreras av metodiken, vilket i hög grad hindrar dem från att använda sig av den (8 %, 4 st).

Dessa elever kännetecknas framför allt av att de blir frustrerade vilket kan ta sig olika uttryck. Vanligt är en påfallande negativ attityd som antingen förmedlas direkt eller indirekt, men trots det väljer eleven inte att hoppa av projektet. Ett annat uttryck är att eleven "krånglar" med tider, irriterar sig på uppgifter etc. Ytterligare ett uttryck är att eleven direkt begär att slippa delta i vissa uppgifter som blir alltför provocerande. Detta fåtal elever utgör en heterogen grupp. Hälsovägledaren upplever ofta dessa elever som arbetsamma och känner sig osäkra.

Man kan inte se något mönster hos de 4 elever som

hör till denna grupp när det gäller att sätta upp mål. Flera elever (3/4) sätter upp mål, men bara en lyckas genomföra det.

Typexempel av en elev i denna grupp:

LASSE - en stökig, speciell kille som hela mellanstadiet gått på skoldaghem. Han sätter upp som mål att gå ner i vikt (påtagligt överviktig). Vid det andra enskilda samtalet vidhåller Lasse sin ambition att gå ner i vikt men vill inte tala om vikten, har inte vägt sig, "har inte tid". I gruppssamtalen är Lasse så stökig och splittrad att det i stort sett blir omöjligt att föra något vettigt samtal. Hälsovägledaren föreslår att Lasse istället för att vara med vid tredje gruppssamtalet, erbjuds ett extra enskilt samtal, vilket Lasse accepterar.

Vid det sista enskilda samtalet blir Lasse obehagligt berörd när hälsovägledaren konfronterar honom med målet han satt upp: varför han inte vägt sig eller gjort något åt det. När Lasse vid samma tillfälle fyller i ett annat arbetsblad, framgår att han ständigt uppträder som ett "offer" men säger att han själv kan påverka sin situation. Det sker dock en öppning i samtalet så-tillvida att Lasse verkade förstå i hur hög grad hans humör påverkar honom. Han inser motvilligt att han kanske skulle kunna göra något åt det själv ... enligt hälsovägledaren verkar han vid detta samtal allvarlig och eftertänksam.

Vid intervjun säger Lasse om projektet att det varit "tråkigt". Han kommer inte ihåg någonting från samtalen och tycker inte han fått ut något av dem. Han skulle *inte* föreslå sina kompisar att delta i projektet, däremot sina ovänner! Hans attityd till projektet är som framgår inte särskilt positiv. Vid slutintervjun framkommer emellertid att Lasse blivit mer klart medveten om sin personliga hälsa.

Skillnader mellan grupperna i attityder till projektet

De elever som blir frustrerade av metodiken - Grupp IV - är mer negativa/likgiltiga jämfört med de andra grupperna som samtliga är positiva till projektet (tabell 1). Påfallande är emellertid att eleverna i denna grupp

.....
Anmärkningsvärt var att samtliga fyra grupper nådde lika goda resultat, dvs resultaten påverkas inte av elevens problembelastning, frustration, aktivitet eller attityd
.....

Det gick inte att påvisa några könsskillnader
vare sig beträffande hur de styrde innehållet
eller hur de använde sig av metoden

trots allt inte hoppar av projektet.

*Skillnader mellan grupperna beträffande de resultat
eleverna uppnår*

Anmärkningsvärt är att de fyra gruppernas resultat inte skiljer sig åt (tabell 1). För de elever som väljer att delta i metoden, sker således både ett ökat klagörande – konkret uttryckt som ökad insikt om sig själv, sin situation och sin relation till andra – och en ökad aktivitet med avseende på såväl fysisk som psykisk/social hälsa oavsett:

- hur problembelastade eleverna är
- hur aktivt de tar del av metoden
- hur frustrerade de blir av metoden – vilken attityd de har till metoden

Könsskillnader

Det har inte gått att påvisa några skillnader mellan pojkar och flickor vare sig beträffande hur de styr innehållet eller hur de använder sig av metoden.

DISKUSSION

Till skillnad från många gängse metoder för hälsofostran får vi tydliga beteendeeffekter med metoden "Du bestämmer!" Det som skiljer denna metod från många andra är den konsekvent genomförda elevcentreringen.

Vilka är då de avgörande faktorerna i processen? De bakomliggande faktorerna som i hög grad styrde det konkreta utformandet av metoden (frivillighet, individuell anpassning, värderingsfrihet etc) var att eleverna skulle känna sig personligt berörda och att eleverna skulle känna att de själva kunde agera och påverka sina liv.

Att eleverna genomgående styr innehållet i samtalen mot psykisk och social hälsa styrker antagandet att berördhet är en avgörande faktor, likaså att de individuella samtalen (den mest individanpassade delen i metoden) är de som värderas högst av eleverna. Att uppemot en fjärdedel av eleverna väljer att använda

metodikens ramar för att tala om stora personliga problem ger ytterligare stöd för att eleverna i hög grad är personligt berörda. De mål eleverna formulerar tyder också på detta, t ex "ej spela bort mina pengar utan använda dom till det jag vill", "att killarna ska se den Lotta jag är och inte ta mig på mitt utseende".

Att formulera ett mål som man är personligt berörd av, kan innebära en smärtsam process. RITA, som sätter upp som mål "att få det bättre med killen", planerar som första steg att prata ut med honom när han är hemma på permission från en ungdomsvårdsskola. Rita genomför detta – men det leder till att hennes kille väljer kompisarna framför henne. TINA, vars mål är att arbeta i U-land, tar som första steg kontakt med Sida för att få mer upplysningar om vad som krävs dvs hon omvärderar sitt mål efter genomförd strategi. Båda dessa elever går in och *agerar i sitt liv*, vilket innebär att något händer – i dessa fall att deras drömmar/förhoppningar konfronteras med verkligheten och därmed brister.

Genomgående för de individuella beskrivningarna av hur eleverna använder sig av metoden, är kommentarer från eleven alternativt hälsovägledaren att eleven i slutet av projektet känner att han faktiskt kan *påverka sin situation*, t ex:

- "Pelle markerar vid detta sista samtal också en tydlig inställning att han själv kan påverka sitt liv."
- "Vid sista samtalet framkommer att Lisa verkligen vill plugga mer och att hon är medveten om sin egen möjlighet att bestämma."
- "När Sussi får se alla sina arbetsblad och skall utvärdera sin egen insats, säger hon att hon inte tyckte hon hade några problem när hon började, men upptäckte att hon hade det, men även att man kan göra något åt det!"

Processen att agera i sitt liv kan handla om att man *konfronteras* med en förändringsstrategi gentemot vilken man gör ett *aktivt ställningstagande* – men *vilket ställningstagande* man gör är kanske av mindre betydelse. Det ligger nära till hands att en elev som formulerar ett mål, lägger upp en strategi och helt eller delvis lyckas genomföra denna, upplever att han själv kan påverka sin situation. Det faktum att samtliga elever (med 2 undantag) helt eller delvis når de mål de formulerat, alternativt omvärderar strategin eller målet, ger ytterligare stöd för att faktorn "att vara agent i sitt liv"

Åtskilliga fakta ger stöd åt mer generella bakomliggande faktorer i processen som 'berördhet' och 'agent-motivet'

också är avgörande i processen. Resultaten är i linje med studier kring begrepp som 'self-efficacy' (7), 'locus of control' (8), 'self-management' (9), 'coping mechanisms' (10) och 'personal control' (11) som också tyder på att eget agerande är betydelsefullt i hälso- rådgivning.

Att variabeln locus of control inte gav ännu större utslag (Arborelius och Bremberg 1988) kan bero på att eleverna stod mitt uppe i en process och just höll på att förvärva insikten att han/hon själv kan agera. Fråge- formuläret för variabeln gav vid flera tillfällen dess- utom upphov till missförstånd p g a komplicerade språkliga formuleringar.

I denna studie går det inte att fastställa kausalsam- band angående vilka faktorer som är de avgörande i processen. Vad man kan konstatera är emellertid att re- sultaten *inte* påverkas av elevens problembelastning, frustration, aktivitet eller attityd. Istället får man stöd åt mer generella bakomliggande faktorer i processen som att vara berörd och att vara den som agerar i sitt liv.

REFERENSER

1. Bartlett E E: The contribution of school health education to community health promotion: What can we reasonably expect? Am J Publ Health 1981;71:1384-1391.
2. Gray J A M: The failure of preventive medicine. Lancet 1977;ii:1338-1339.
3. Connell D B, Turner R R, Mason E F: Summary of find- ings of the school health education evaluation: Health promotion effectiveness, implementation, and costs. J Sch Health 1985;55:316-321.
4. Borvin G J: Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. J Sch Health 1986;56:369-374.
5. Arborelius E, Bremberg S: "Its your decision!" Behavio- ral effects of a student-centred health education model at school for adolescents. Accepted by J Adolescence.
6. Barrows H, Tamblyn R: Problem-based Learning. New York. Springer Publishing Company 1980.
7. Strecher V J, McEvoy DeVellis B, Becker M H, Rosen- stock I M: The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. Health Educ Quart 1986;13:73-91.
8. Nowicki S, Stickland B R: A locus of control scale for children. J Consult Clin Psychol 1971;40:148-154.
9. Petosa R: Enhancing the health competence of school-age children through behavioral self-management skills. J Sch Health 1986;56:211-14.
10. Parcel G, Baranowski T: Social learning theory and health education. Health Educ 1981;11:14-180.
11. Flannery R: Toward stress-resistant persons: a stress ma- nagement approach to the treatment of anxiety. Am J Prev Med 1987;3:25-30.

CSA

Centralförbundet för socialt arbete utdelar anslag för bl a forskningsinformation och kommunikation mellan det sociala fältet och forskningen, bidrag kan t ex gälla anordnande av konferenser, symposier, publicering av rappor- ter och liknande från det sociala utvecklings- och forskningsarbetet. *Bidrag till resor lämnas icke.*

Bidrag till verksamhet som anordnas av stat, landsting eller kommun lämnas ej.

Anslag beviljas vanligen med belopp om högst 20.000 kr.

CSA fyller i år 90 år och för att högtidlighålla detta anordnar CSA en konferens kring levnadsförhållandena i Ryss- land, Polen, Estland och Lettland med forskare från universiteten i Moskva, Lodz, Tartu och Riga tillsammans med forskare från de svenska socialhögskolorna. Omfattande kostnadskrävande förberedelser har skett under år 1992 och då kostnaderna detta år blir ännu större måste en viss restriktivitet iakttagas vid utdelning av anslag 1993.

Kortfattad ansökan om bidrag med kostnadsberäkning och med angivande av event. övriga finansiärer insändes till

Centralförbundet för socialt arbete, Karlavägen 100, 115 26 Stockholm, tel 08/663 96 07
före den 1 mars 1993.