

Hälsoundervisning III

Arbetsområden och praktisk tillämpning

Av länsläkare *Sixten Haraldson*,¹⁾ Mariestad, och
leg. sjuksköterskan *Maja Tjellström*,²⁾ Stockholm

I två tidigare artiklar har behandlats bl. a. hälsoundervisningens målsättning, principer, metoder och medel (38:7/61:286 och 38:10/61:412).

Aktivitet av typen hälsoundervisning bedrivs i de flesta länder dels från vederbörande hälsovårdsministerium eller motsvarande centrala institution, dels regionalt på läns- eller provinsplanet och slutligen perifert ute i kommunerna eller de enskilda läkardistrikten.

På *riksplanet* distribueras medicinförfattningar, råd och anvisningar i olika hälsovårdsfrågor samt underlag för upplysningsverksamhet i press, radio och TV. Dessutom förekommer punktformiga insatser, i Sverige rörande exempelvis veneriska sjukdomar och tandvård, genom distribution av affischer och broschyrer. I vissa fall sker detta i samarbete med försäkringsbolag eller ideella organisationer. I många länder ombesörjes hela denna verksamhet av en särskild "health-education"-avdelning inom hälsovårdsministeriet. I länder som satsar mera på denna gren av hälsovårdsarbetet, kan denna verksamhet anta mycket stora dimensioner och man tar till sin hjälp konsulter i exempelvis psykologi, sociologi och reklamteknik.

En expertkommitté tillsatt av WHO har föreslagit att huvuduppgifterna för ett sådant centralt organ bör vara att samordna verksamheten hos alla centrala myndigheter och organisationer beträffande aktiviteten på hälsovårdsunder-

visningens område, att planera utbildning och fortbildning inom ämnet samt att producera och distribuera upplysningsmaterial, audio-visuella hjälpmedel etc. Alla resurser bör på detta sätt effektivt kunna utnyttjas för att bästa möjliga resultat skall kunna uppnås och dubbelarbete, "overlapping" och konkurrens skall undvikas.

På *länsplanet* inriktar man sig mera direkt på den egna provinsens problem och förhållanden genom artiklar och intervjuer i pressen, föredrag, hälsokampanjer och utställningar, rundabords- och estraddiskussioner, distribution av bandinspelade föredrag m. m.

Arbetet kan här bedrivas i samarbete med olika bildningsförbund och ideella organisationer såsom Arbetarnas Bildningsförbund, gymnastikförbund, Röda Korset m. fl. Pressen och genom denna även allmänheten bör ständigt hållas underrättad om vad som händer. Kataloger över filmer och annat studiematerial bör distribueras och en expert sändas ut för att perifert stimulera och organisera upplysningsverksamheten.

På *distriktsplanet* är aktiviteten mycket beroende av hälsovårdspersonalens intresse och tid. Den mest effektiva hälsoundervisningen torde vara den som meddelas på våra *mödra- och barnavårdscentraler* samt genom hembesök av barnavårdscentralsköterskor, barnmorskor och distriktssköterskor. För hälsopropaganda anses modern vara nyckelpersonen i familjen. Upplysningsverksamhet via barnen eller familjefadern tillgodogöres i allmänhet inte lika bra av familjen. Speciellt har graviditetstiden sedan gammalt utnyttjats för hälsoundervisning — "teachable moment". Den sjunkande spädbarnsdödligheten

¹⁾ D.H.E. (Diploma in Health Education).

²⁾ P.H.C. (Public Health Certificate), rektor vid statens distriktssköterskeskola.

torde i stor utsträckning vara resultat av olika former av hälsoundervisning och av denna åstadkommen allmänt förhöjd hygienisk levnadsstandard.

I *folkskolan* ges hälsoundervisning under ämnen hembygdkunskap, naturkunnighet och biologi. Vidare ges i alla skolor viss undervisning av skolläkaren och distriktssköterskan i samband med de årliga läkarundersökningarna, dessutom genom distriktssköterskan, som håller kortare eller längre lektioner i hälsovård och hygien, så kallade "hälsostunder". I högre klasser har sexualundervisning och upplysning rörande tobaksrökning den största betydelse. Effekten av denna undervisning ökar om föräldrarnas auktoritet befrämjas och om föräldrarna samtidigt orienteras, exempelvis genom föräldraföreningen, om den undervisning som barnen erhåller. Det anses däremot vara både opsykologiskt och omöjligt att via skolbarnen undervisa föräldrarna om levnadsvanor, dietfrågor m. m.

Förutom speciella hälsolektioner, som noga bör anpassas efter rådande lokala förhållanden och efter vad som efter förhandenvarande omständigheter är möjligt och realistiskt, kan väsentliga frågor och aspekter rörande hälsan tagas upp i många skolämnen, såsom uppsatsskrivning, historia, geografi, främmande språk och matematik. Undervisning om våra möjligheter, att bekämpa vår tids tuberkulos och malaria m. m. genom allmänhygieniska och medicinska åtgärder samt om gångna tiders förödande farsoter, måste anses vara av lika stor betydelse för skolungdomen som undervisning i ämnen såsom förekomsten av krig, växter och djur på jordklotet.

Skolan varken kan eller skall emellertid övertaga hemmets uppgift och auktoritet då det gäller hälsofostran. Såväl dietvanor som personlig och allmän hygien, grunderna för allmän livsföring, sexualkunskap, trafikvett osv. bör inläras framför allt i hemmet, av föräldrarna och med dessa som föredöme.

Värnpliktsiden utnyttjas ofta för hälsoundervisning av olika slag. — Ideella föreningar, större industrier samt idrotts- och friluftsga-

nisationer bedriver numera en intensiv och resultatrik hälsoundervisande verksamhet. Ofta avspeglar sig resultaten direkt i exempelvis frånvarofrekvensen i arbetet.

Svenska Röda Korset, Arbetarnas Bildningsförbund, Samaritföreningar är välkända för sin kursverksamhet. NTF och Simfrämjandet uträttar även ett väsentligt arbete av hälsoundervisningskaraktär.

Nu liksom i gamla tider gäller det att höja den personliga och allmänna hygien. I vårt land är kampen mot smuts och ohyra praktiskt taget avslutad och huvudintresset koncentreras hos oss alltmer på mentalhygien och samlevnadsproblem. Hälso problemen växlar givetvis från land till land och många av Afrikas problem idag var våra problem för kanske 50—100 år sedan. I mindre utvecklade områden har infektiösa och parasitära sjukdomar samt olika former av näringsrubbningar det största ansvaret för den höga morbiditeten och mortaliteten, medan hos oss degenerativa rubbningar härvidlag spelar en allt mer dominerande roll. Utvecklingsländernas problem ersätts hos oss av — om man så vill — civilisations- eller kultursjukdomar, övernutrition, stress, hjärt- och kärlsjukdomar, trafikskador m. m.

WHO har nu främst inriktat sig på att utrota malaria och att förbättra dricksvattenförsörjningen för stora befolkningsgrupper. Flera andra hälso problem, också med globala dimensioner, skulle inom överskådlig tid kunna elimineras genom stora ekonomiska insatser, preventiva och kurativa åtgärder och hälso undervisning, exempelvis spetälska, den egyptiska ögonsjukdomen, smittkoppor, tuberkulos och masksjukdomar.

I vårt land finns en serie problem som väl lämpar sig att angripa med upplysningsverksamhet: tobakscancer, alkoholism, kostfrågor, åldersproblem, tandröta, uppfostrings-, sexual- och skilsmässoproblem. Varje tidsepok har sina speciella hälso problem. Även om vår spädbarnsdödlighet och medellivslängd för närvarande ligger mycket bra till i världsstatistiken, har vi och kommer vi alltid att ha olösta problem kvar. Det

gäller ju inte enbart att höja medellivslängden utan också att uppnå så god hälsa som möjligt. Detta innebär inte endast att vi för tillfället har en god prestationsförmåga och en subjektiv känsla av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, utan också att våra olika funktioner och aktiviteter — arbetsförmåga, förmåga att etablera goda mänskliga kontakter — måste ha utsikter att förbli tillfredsställande även i framtiden. Önskemålet är att skapa ett optimalt förhållande mellan individen och den miljö vederbörande lever i. Steget mellan ytterligheterna, full hälsa respektive död, är stort och det är inte likgiltigt var på skalan man befinner sig.

En expertkommitté tillkallad av WHO har till ledning för *planering av program, upplysningsverksamhet och kampanjer*, gjort upp ett prioritetssystem, som rekommenderar största hänsynstagande till förhållanden och sjukdomar av väsentlig betydelse för befolkningens arbetsförmåga och ekonomi. Ex.: den malariasjuka familjen gör ett sämre arbete på risfälten, skörden blir mindre, svälten nedsätter arbetsförmågan och motståndskraften mot sjukdomar samt bromsar tillfrisknandet. Cirkeln kan brytas genom att malariamyggan angripes.

Vidare måste kampanjer planeras med hänsyn till för ändamålet tillgängliga medel i form av personella ekonomiska resurser, möjligheter att få internationell hjälp och med hänsyn till huruvida programmet accepteras av den befolkningsgrupp det vänder sig till.

WHO startar principiellt kampanjer endast på särskild begäran från något land. Landets eget folk engageras alltid i verksamheten — man arbetar *med* dem, inte bara *för* dem — och så snart det visar sig möjligt får landet själv överta programmet. Man ger hjälp till självhjälp.

Vanligen göres före en kampanj en bedömning av området och dess situation, varvid uppgifter insamlas rörande fysiskt och mentalt hälsotillstånd, social struktur och kulturellt mönster, tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal m. m. Sålunda är vitalstatistiska uppgifter angående spädbarnsdödlighet, medellivslängd, ut-

bredning av infektionssjukdomar och nutritionsrubbnings värdefulla, liksom uppgifter angående psykologisk nivå, bildningsgrad och utbredning av analfabetism. Skolväsende, ledare, inflytelserika personer, traditioner och intressen är andra faktorer av betydelse för verksamhetens uppläggning vare sig det rör sig om ett helt land eller en mindre landsända. För att få till stånd ett gott samarbete med befolkningen är det viktigt, att man känner till vad denna önskar och anser vara väsentligt för att sedan använda sig därav i sina reformförslag.

Då det är ansvarsfullt att påverka människors föreställningar, kanske för generationer framåt, är det viktigt att programmet är baserat på säkra vetenskapliga fakta, att det tar hänsyn till befolkningens aspekter, värderingar och målsättningar och att man inte kommer i konflikt med något som är väsentligt för denna. Hela programmet måste sedan anpassas efter befolkningens bildningsnivå och kulturella standard.

Den första åtgärden behöver inte nödvändigt vara av medicinsk natur. ”Man kan inte predika hygien för hungriga människor”. Det kan primärt vara mera angeläget att förbättra transportmöjligheterna, så att olika teknisk utrustning m. m. kan föras fram för att underlätta kampanjens genomförande, förbilliga materialkostnader etc. Det gäller att börja i mindre skala och gott samarbete, och därefter successivt öka omfattningen av verksamheten.

Redan vid planeringen skall också ett system för värdering av själva kampanjen byggas in. *Statistiska uppgifter* såsom spädbarnsdödighet, incidensen av vissa sjukdomar, antalet latriner eller brunnar kan exempelvis användas som mått på effekten av arbetet.

En del *forskning* har gjorts för att utröna, hur man på rätt sätt skall kunna anpassa hälsoundervisning till olika grupper. Allmänhetens inställning till tuberkulos, vaccinationer, vissa livsmedel etc. kan vara viktig att känna till. Man har också gjort undersökningar för att bevisa, att hälsoundervisning verkligen lönar sig. Två i övrigt likvärda barnpolikliniker i Sydafrika jäm-

fördes 1942—46. Vid den ena kliniken bedrevs systematisk upplysningsverksamhet. Spädbarnsdödligheten sjönk småningom i dess upptagningsområde till hälften av det andra distriktets. I Sovjet och även i Sverige har påvisats, att industrier med hälsoundervisning väsentligt kan nedbringa olycksfallsfrekvensen. I ett område kring Manchester i England har ett läkarteam i flera år bedrivit en intensiv och psykologiskt väl utformad upplysning beträffande vissa cancerformer, och man har som resultat härav kunnat påvisa en ökning av andelen tidigt diagnosticerade och sålunda terapeutiskt gynnsammare fall inom försöksområdet jämfört med ett kontroll-distrikt. Propagandan för simundervisning är otvivelaktigt orsak till den starkt sjunkande frekvensen av drunkningsolyckor i Sverige etc.

Det är viktigt att kunna visa att upplysningsverksamhet är värd att satsa på, även om resultaten kanske inte syns förrän efter decennier. Effekten kan också vara svår att påvisa, då många andra faktorer liksom ett allmänt socialt framåtskridande blandar sig i bilden. Det är ofta omöjligt att bevisa att man med hälsoundervisning kan förebygga uppkomsten av vissa sjukdomar. Det är lättare att visa upp en bortopererad blindtarm än att bevisa, att man förebyggt uppkomsten av ett antal tobakscancer. Hälsoundervisningens preventiva verksamhet möter därför ofta ringa förståelse hos anslagsbeviljande myndigheter — man vill se resultat "före mandattidens utgång".

Det finns emellertid också exempel på att stora och dyrbara kampanjer mot t. ex. tobakscancer och tandkaries inte givit resultat. Konflikten med individens inövade sociala beteendemönster och hans värderingar bromsar ofta. I vårt land är detta förhållande liksom en generell obenägenhet att ändra på levnadsvanorna de viktigaste hindren, som hälsoundervisningen har att övervinna, medan man i tekniskt mindre utvecklade länder framför allt har att kämpa mot fattigdom, okunnighet, vidskepelse, tabuföreställningar och traditioner.

En internationell organisation med säte i Ge-

nève, "*International Union for Health Education*", utgör en sammanslutning av framför allt medicinskt utbildad personal med speciellt intresse för här berörda problem inom "health education"-området.

Beroende på de lokala problemens art och den lokala bristen på tillgång till mera kvalificerad personal måste i många länder hälsovårdsinspektörer eller motsvarande personalgrupper ensamma bedriva hälsoundervisning. Hos oss är det knappast möjligt för andra än sjuksköterskor och läkare att bedriva och övervaka hälsoundervisningen. Det gäller för dessa att ha goda kunskaper i det aktuella ämnet, viss rutin beträffande upplysningsverksamhet samt framför allt att äga allmänhetens förtroende och gehör. Detta befrämjas inte minst genom det egna personliga uppträdandet och föredömet. Man kan inte hålla föredrag om tobakens hälsovådslighet och själv röka under pausen. Den som skall tala om fysisk kondition och ett sunt levnadssätt bör ha en fysik, som talar för, att han själv tillämpar de goda råden. Undervisningen bör gärna avspejla något av föredragshållarens rent personliga erfarenhet. Vare sig teknik eller audio-visuella hjälpmedel kan ersätta den egna erfarenheten eller den direkta personliga kontakten med ett auditorium.

Förutom vad som meddelas av hälsoundervisningsteknik i grundläggande medicinsk utbildning förekommer i en del länder, bl. a. England och USA, fortbildningskurser och expertutbildning för sådana som avser att speciellt ägna sig åt denna sida av hälsovårdsarbetet i hemlandet eller i utvecklingsländer. Men det är också angeläget, att så många som möjligt av hälsovårdspersonalen intresserar sig för och i någon mån utbildar sig för denna speciella uppgift. *Hälsoundervisning, dvs. konsten att praktiskt utnyttja medicinskt vetande*, bör vara en allmänt accepterad arbetsmetod och en naturlig beståndsdel i allt hälso- och sjukvårdsarbete.

Fortbildningskurser för medicinalpersonal kan lämpligen ges ett inslag, där aktuella hälsoundervisningsproblem behandlas. Samarbete mellan

olika personalgrupper kan härigenom lättare etableras och befordras.

Sammanfattning (tre artiklar)

Ändamålet med hälsoundervisning är att göra hälsan till en angelägen personlig ägodel för alla och att upplysa allmänheten om vad som befrämjar hälsan. Detta kräver förändringar av attityder, levnadssätt och sociala beteendemöns-ter. Man vill lära ut levnadskonst baserad på utnyttjandet av medicinskt vetande.

Hälsoundervisning har visat sig i många fall vara en förutsättning för befolkningens medverkan i kampanjer och har visat sig överlägsen tvångsåtgärder. Många bevis finns för att hälsoundervisning i olika former ger betydande resultat, exempelvis minskad spädbarnsdödlighet, minskad bortovaro från arbete. Trots detta kan upplysningsverksamhet ännu ej påräkna det stöd som andra medicinska åtgärder åtnjuter.

Hälsoundervisningens utformning och teknik har framför allt tagit sikte på problem i u-länder, men denna form av förebyggande åtgärder kommer till användning även i tekniskt mera utvecklade länder som Sverige. Praktiskt tillämpas hälsoundervisning dels på rikspanet från en sektion av hälsovårdsministeriet eller motsvarande centrala organ med bl. a. utnyttjande av moderna masskommunikationsmedia, dels på läns- och distriktsplanet, där man inriktar sig på lokala problem och utnyttjar mera personliga kontakter. Vid mödra- och barnavårdscentraler, sjukvårdsinrättningar, skolor, arbetsplatser och i ideella föreningar bedrivs hälsoundervisning med växlande aktivitet och framgång.

Sjukdomspanoramat och problemen växlar från land till land och från en tid till en annan. Många av *våra* nu dominerande problem är att hänföra till degenerationssjukdomar, mentala rubbningar eller civilisationsåkommor, som ofta lämpar sig bättre för förebyggande hälsoundervisning än för konventionell kurativ medicin.

Vid planering av kampanjer måste målsättningen vara klart vetenskapligt motiverad och förundersökning göras av existerande lokala för-

hållanden (ex. spädbarnsdödlighet, medellivslängd, utbredning av infektionssjukdomar och felnäring) och ett värderingssystem för själva kampanjen byggas in i denna. För att resultat skall nås krävs anpassning till lokala förhållanden och önskemål, samarbete, personliga kontakter och ett successivt övertagande av arbetet av gruppen själv.

Den tillväxande arsenalen av metoder och medel inom hälsoundervisningen kan delas i "didaktiska", rent undervisande metoder; "sokratiska", som förutsätter en positiv medverkan från mottagaren; praktiska demonstrationer och audio-visuella hjälpmedel. Gruppdiskussionen har visat sig vara ett enkelt och effektivt medel i hälsoundervisningen, medan material som filmer, affischer och broschyrer måste betraktas som hjälpmedel till den outhärliga personliga kontakten.

Utbildning i hälsoundervisningsteknik bör utökas i all grundläggande utbildning av hälsovårdspersonal och även införas som återkommande inslag i fortsättningskurser. Specialistutbildning bedrivs bl. a. vid universitet i England och USA.

LITTERATUR:

- Kleinschmidt, H. E. & Zimand, S.: Public Health Education (Lärobok; New York, The Mac Millan Company).
- Bibby, Cyril: Health Education (Lärobok; William Heineman Ltd, London).
- Grout, Ruth E.: Health Teaching in Schools (W. B. Saunders Company, Philadelphia and London).
- World Health Organization: Technical Reports series no 89 and 156.
- International Union for Health Education (bl. a. kvartalstidskrift; 3 Rue Viollier, Genève).
- Central Council for Health Education (Kurser, skrifter, undervisningsmateriel etc.; Tavistock House, Tavistock Sq., London W.C. 1).
- Adult Education Association of USA (Adult Leadership — monthly; Adult Education — quarterly; 743 N. Wabash Ave. Chicago 11, Ill.).