

Hälsofrämjande arbete bland skolungdomar – en forskningsöversikt

Victoria Lassander

Examensarbete

Ergoterapi

2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Utbildningsprogrammet för ergoterapi
Identifikationsnummer:	9602
Författare:	Victoria Lassander
Arbetets namn:	Hälsofrämjande arbete bland skolungdomar – en forskningsöversikt
Handledare (Arcada):	Denice Haldin
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag: Syftet med detta arbete är att med hjälp av en forskningsöversikt kartlägga aktiviteter som använts i hälsofrämjande syfte inom skolan. Arbetet utgår från ett hälsofrämjande perspektiv och bakgrundsinformationerna behandlar begreppen hälsa och hälsofrämjande, samt de ungas hälsa och skolan som hälsofrämjande arena. Forskningsfrågorna behandlar vilka aktiviteter som kan användas i hälsofrämjande syfte, och hur de kan användas i skolan. 12 artiklar inkluderades och analyserades med hjälp av en innehållsanalys. Resultaten visar att hälsofrämjande aktiviteter behövs i skolan och att de ger resultat. Det är viktigt att man främjar både den fysiska, psykiska och sociala hälsan samt stärker de ungas självkänsla och självförtroende. Ett bra sätt att göra de unga uppmärksamma på hälsa, samt introducera en hälsosammare livsstil bland ungdomarna är att låta äldre elever fungera som rollmodeller. Ett sådant arrangemang främjar hälsan både för de äldre och yngre eleverna. Man bör också utveckla samarbetet mellan olika yrkesgrupper och låta fler yrkesgrupper verka i skolan.</p>	
Nyckelord:	ergoterapi, hälsofrämjande, ungdomar, skolmiljö, aktivitet
Sidantal:	46
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	15.12.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	9602
Author:	Victoria Lassander
Title:	Health promoting intervention with school youth – a literature review
Supervisor (Arcada):	Denice Haldin
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this thesis is, with the help of a research survey, to find health promotion activities used in schools. The work has a health promotion perspective and the background information deals with the concepts of health and health promotion, the young people's health and school as a health promoting arena. The research questions deal with activities that can be used to promote health, and how they can be used in schools. 12 articles were included and analyzed using a content analysis. The results show that health promotion activities are needed in schools and show good results. It is important to promote physical, mental and social health, and to strengthen young people's self esteem and confidence. A good way to make young people aware of health, and to introduce a healthier lifestyle to the youth, is to let older students act as role models. Such an arrangement promotes health for both the older and younger students. Cooperation between different professional groups should be developed and also allow more professional groups to work in the school.</p>	
Keywords:	occupational therapy, health promotion, youth, school environment, activity
Number of pages:	46
Language:	Swedish
Date of acceptance:	15.12.2011

INNEHÅLL

1	INLEDNING	7
2	BAKGRUND	9
2.1	Hälsa och hälsofrämjande verksamhet	9
2.2	Ungdomars hälsotillstånd idag	13
2.3	Skolan som hälsofrämjande arena.....	15
2.4	Tidigare forskning	18
2.5	Teoretisk referensram	21
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	27
4	METOD	28
4.1	Urval	29
4.2	Artikelsökning	29
4.3	Kvalitetsgranskning	30
4.4	Analys av materialet	31
4.5	Etiska aspekter	32
5	RESULTAT	33
5.1	Den fysiska hälsan	34
5.2	Den psykiska hälsan.....	36
5.3	Den sociala hälsan	37
5.4	Sammanfattning	38
6	DISKUSSION	40
6.1	Resultatdiskussion.....	40
6.2	Metoddiskussion.....	42
6.3	Betydelse för ergoterapi och förslag på vidare forskning	44
	Källor	47

Bilagor

Bilaga 1 Egen checklista

Bilaga 2 Checklista för kvalitativa studier

Bilaga 3 Checklista för kvantitativa studier - kvasi-experimentella studier

Bilaga 4 Checklista för kvantitativa studier - RCT (randomiserade kontrollerade studier)

Bilaga 5 Checklista för systematiska litteraturstudier

Figurer

Figur 1. Hur hälsan påverkas (jfr Wilcock, 2006).....	25
-------------------------------------------------------	----

Tabeller

Tabell 1 Sammanfattning av artikelsökning.....	29
Tabell 2 Resultat av kvalitetsgranskning.....	31
Tabell 3 Sammanfattning av inkluderade artiklar	33

FÖRORD

Det har varit en lång process. Från en idé som föddes i Norge och skickades in till lärarna, till ett färdigt examensarbete som färdats många gånger mellan Helsingfors och Pampas. Ett arbete som både förargat och inspirerat.

Att veta vad man vill kan vara lätt, men att få något vettigt till stånd är desto svårare. Jag har många gånger under processens gång varit på väg att ge upp, att helt enkelt byta ämne och ta något enklare. Men mitt intresse för hälsofrämjande bland ungdomar har ändå sist och slutligen segrat. Och med facit i hand är jag glad över det!

Här vill jag nu passa på att tacka min handledare Denice, för uppmuntran och stöd i en utdragen process. Jag vill också tacka min klass, ergo07, för en fristad där både glädje och sorg har flödat. Det stöd som ni gett mig och den kraft som strömmat genom oss alla har tagit mig till slutet och ett färdigt examensarbete. Jag vill tacka min familj, för den trygghet som är grunden till allt. Och sist men inte minst, min underbara fästman och sambo, för din uthållighet under hela denna process, för att du lyssnat och läst igenom, hjälpt till med dataproblem och kommit med åsikter, trots att du inte alltid har haft på klart vad jag håller på med!

Men nu är det över och jag hoppas att alla ni som läser detta arbete känner samma inspiration som jag har gjort under arbetets gång!

1 INLEDNING

Hälsofrämjande är något som jag upplever att man stöter på allt oftare idag. Vi verkar bli mer och mer medvetna om vikten av att fokusera på hälsofrämjande åtgärder och nu kan man till och med utbilda sig inom hälsofrämjande arbete. Hälsofrämjande finns inom i princip alla områden, men i det här arbetet ska jag fokusera på hälsofrämjande i skolmiljön. Dessutom ska jag begränsa mig till grundskolans övre klasser, alltså årskurs 7-9. Där går ungdomar i åldern 12-16 och när jag talar om ungdomar i mitt arbete så är det denna åldersgrupp som jag avser.

I barndomen och ungdomen skapas grunden till en sund utveckling och därför borde vi i ett tidigt skede satsa på barns och ungas välmående. (Undervisningsministeriet 2008). För om vi lyckas bygga en bra grund så kan samhället faktiskt bli bättre. Ekonomiskt är det också positivt att jobba hälsofrämjande och förebyggande, eftersom man minskar vård- och servicekostnader för att man har tagit itu med problemen innan de uppstår (Social- och hälsovårdsministeriet 2007).

Att främja hälsa är hela samhällets ansvar och genom att göra det i skolmiljö så har man möjlighet att påverka och ta hjälp av många yrkesgrupper i samhället på samma gång. Inom skolan jobbar lärare, men också skolhälsovårdare, kurator, speciallärare samt annan personal så som städ- och kökspersonal. (Undervisningsministeriet 2008). Eftersom man kan säga att barn och unga fostras både hemma och i skolan, så bör det finnas en enhetlig linje och ett helhetstänkande, och därför är det viktigt att det finns ett gott samarbete mellan hemmet och skolan. (Utbildningsstyrelsen 2004).

Mitt intresse för skolan har jag haft väldigt länge och jag har en dröm om att kunna jobba som ergoterapeut inom utbildning eftersom jag anser att vår yrkesgrupp skulle ha mycket att ge inom det området. Ända från början av mina studier har jag också vetat att jag vill göra slutarbete inom barnområdet och under mina utbytesstudier i Norge stärktes den känslan. I Norge jobbade vi med fysisk aktivitet i grundskolans lägre klasser (4-6), men jag kände då att det nog är högstadiet där jag vill befinna mig, för det är den tiden i livet som jag fascinerats mest av.

Orsaken till att jag tycker så mycket om barn är deras äkthet. Barn ljuger sällan, och när de gör det så är det oftast ofrivilligt. Därför borde man också alltid ta barn och unga på allvar om de uttrycker att de inte mår bra. Eftersom tonårstiden är en svår tid så kan unga ofta klassas som bråkiga och stökiga och därför inte tas på allvar, trots att det kanske är ett rop om hjälp (Klepp & Aarø 2009:295). I sådana situationer tror jag att det är viktigt att man finns där, eftersom det faktiskt inte är för sent att göra något när det gäller barn (jfr Klepp & Aarø 2009:298). Det finns en möjlighet att hjälpa barn med problem, att ge dem en stadig grund att fortsätta bygga sitt liv på. Men det finns också den möjligheten att undvika problemutveckling genom att jobba hälsofrämjande, och det vill jag belysa i detta arbete.

Ergoterapi är ett brett område vars utgångspunkt är klientcentrering. Det handlar om att man inte gör för klienten, utan istället gör åt klienten för att hjälpa denne att göra saker för sig själv. (Kielhofner 2008:3-4). Och just det är ju egentligen vad hälsofrämjande arbete handlar om, att skapa förutsättningar för människor att hjälpa sig själva.

Eftersom aktivitet är en faktor för att uppnå hälsa, så kommer vi därmed in på ergoterapi eftersom aktivitet är vårt gebit. Och eftersom allt vi gör är aktivitet, så bör vi ergoterapeuter finnas ute i samhället som en hälsofrämjare, för att lokalisera rätt aktivitet till rätt person. Jag hoppas därför att detta arbete ska kunna konkretisera det hälsofrämjande synsättet inom ergoterapi och hjälpa skolor och politiker att få upp ögonen för att ergoterapeuter behövs inom skolväsendet.

2 BAKGRUND

Mina centrala begrepp i detta arbete är ergoterapi, hälsofrämjande, ungdomar, skolmiljö och aktivitet. Jag kommer därför att i min bakgrund definiera begreppen hälsa och hälsofrämjande. Jag kommer också att skriva om hur dagens ungdomar mår samt presentera information om vad skolan har för förutsättningar för att vara en hälsofrämjande arena.

2.1 Hälsa och hälsofrämjande verksamhet

Det finns oändligt många olika definitioner på hälsa och även många som anser att hälsa bör definieras enskilt av varje individ. Också begreppet hälsofrämjande har många olika definitioner. Medin & Alexanderson (2000) har undersökt olika definitioner på begreppen hälsa och hälsofrämjande.

World Health Organisationa (WHO) skapade en definition redan 1948 som löd: "hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom och svaghet" (Ewles & Simnett 2005). Denna definition har sedan dess utvecklats många gånger och åt många olika håll. Den har också fått kritik för att definitionen innefattar ordet "fullständigt", eftersom många menar att det är omöjligt att uppnå fullständig hälsa. Det finns också de som menar att välbefinnandet i WHO's definition av hälsa blir personligt och därför också svårt att mäta objektivt. Därför anses hälsa vara något som man måste mäta skilt utgående från varje enskild individ. (Medin & Alexanderson 2000).

Den engelska termen för hälsofrämjande är *health promotion*, och befrämja är det begrepp med vilket man har översatt engelskans *promotion*. Rydqvist & Winroth (2004) anser att vi inte kan begränsa oss till bara en begreppsmässig översättning eftersom health promotion är ett helt nytt sätt att tänka kring hälsa och hälsoarbete.

Detta kan vara en orsak till att Medin & Alexanderson (2000) konstaterar att begreppet hälsofrämjande sällan definieras, utan att man istället förklarar vilka handlingar som kan anses vara hälsofrämjande. Men genom att vi utvecklar begreppet hälsa så kan vi också

utveckla begreppet hälsofrämjande. Detta hör ihop eftersom man för att kunna jobba hälsofrämjande bör kunna mäta hälsa.

1991 reviderade WHO det gamla hälsobegreppet och kom då fram med följande:

Health itself should be seen as a resource and an essential prerequisite of human life and social development rather than the ultimate aim of life. It is not a fixed end-point, a "product" we can acquire, but rather something ever changing, always in the process of becoming. (Medin & Alexanderson 2000:79).

Hälsan som en resurs får vi när vi ser på hälsa ur ett holistiskt perspektiv och den humanistiska inriktningen. Grundtanken inom den holistiska synen är att en person har hälsa om det föreligger en balans mellan dennes aktivitetsförmåga och dennes mål för handling. Hälsan ses som en resurs som påverkar handlingsförmågan. (se Rydqvist & Winroth 2004:16)

Hälsofrämjande som ord har många olika synonymer, men det är också viktigt att särskilja hälsofrämjande från sjukdomsprevention, behandling, rehabilitering och upprätthållande av hälsa. Hur man ser på skillnaden mellan dessa ord och begrepp har att göra med hur man ser på hälsa, som en motsats till sjukdom, eller som två olika utgångspunkter. Vissa anser att sådant som vaccinering är hälsofrämjande, medan andra menar att hälsofrämjande är något annat än den, så att säga, fysiska vården. (Medin & Alexanderson 2000).

Det finns två stora inriktningar för att se på hälsa, den biomedicinska och den humanistiska inriktningen. Inom dessa inriktningar finns också flera olika ansatser. Den stora skillnaden mellan den biomedicinska och humanistiska inriktningen är var utgångspunkten för hälsa ligger. I den biomedicinska inriktningen menar man att hälsa är frånvaro av sjukdom, alltså att sjukdom är utgångspunkten och att hälsa uppnås när man saknar sjukdom. Den humanistiska inriktningen menar å sin sida att utgångspunkten är själva hälsan och att människan består av så mycket mer än bara biologi. (Medin & Alexanderson 2000).

När vi då ska diskutera och undersöka begreppet hälsofrämjande, och också prata om hälsofrämjande verksamhet så tror jag att det är viktigt att ha på klart hur man ser på hälsa. För att kunna jobba hälsofrämjande bör vi se människors hälsa från den

humanistiska inriktningen, där hälsa är utgångspunkten, men också ett tillstånd som kan försämrans om vi inte jobbar hälsofrämjande.

Liss anser att hälsofrämjande enbart kan utövas på personer som redan innehar hälsa men ligger i riskzonen för ohälsa. Då används hälsofrämjande insatser för att förbättra situationen och förhindra ohälsa. (se Medin & Alexanderson 2000:119). Där ser man också tydligt skillnaden mellan prevention och hälsofrämjande. Om hälsofrämjande tar utgångspunkt i själva hälsan så riktar sig hälsofrämjande arbete till friska människor som redan har hälsa i någon mån. Prevention tar då istället utgångspunkt i sjukdom och handlar om att hjälpa sjuka människor att återfå sin hälsa. (Medin & Alexanderson 2000:141).

Rydqvist & Winroth (2004) funderar kring var hälsa skapas och fastnar också vid skillnaden mellan ett biologiskt och humanistiskt synsätt. De anser att hälsa skapas där människor arbetar, lever och älskar, inte på sjukhus och vårdcentraler. På sjukhus finns människor som förlorat sin hälsa och sjukhuset får då en viktig roll för människor när det gäller att återfå hälsan. Rydqvist & Winroth menar dock att sjukhuset inte är någon hälsofrämjande plats.

Inom den humanistiska inriktningen finns två ansatser som jag fastnar för, den ekologiska och den teleologiska. Den ekologiska ansatsen anser att hälsa omfattar ett tillstånd där det råder ett positivt samspel mellan individen och dennes fysiska, psykiska och sociala omgivning (Medin & Alexanderson 2000:55). Den teleologiska ansatsen anser däremot att hälsa är att uppleva att det finns en mening med livet, men att hälsa inte behöver betyda frånvaro av sjukdom eller handikapp. Vi består av kropp, själ och ande, och därför är vi inte beroende av att vara i "normal" fysisk form. (Medin & Alexanderson 2000:58).

Detta att uppleva hälsa trots att man gör mindre hälsosamma saker kan vi se i situationer när människor liksom förhandlar med sig själva kring sin hälsa. "Jag vet att det är skadligt att röka, men det gör mig lugn och jag skulle må sämre om jag inte rökte". Här upplever personen i fråga att hon skulle känna sig sjukare om hon gjorde ett mera hälsosamt val. Vi kan då se att vissa anser att hälsa är förknippat med känslor. (Ewles & Simnett 2005:17-18).

En återkommande definition på hälsofrämjande arbete är att det är aktiviteter för att främja hälsa, eller studier av sådana aktiviteter. Hälsofrämjande arbete beskrivs ibland som en process, ibland som konkreta insatser och ibland som mål. Mål för hälsofrämjande arbete anses då vara hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Ett allmänt drag i de flesta definitioner är att hälsofrämjande åtgärder ska hjälpa individer att ta kontroll över de faktorer som inverkar på hälsan. (Medin & Alexanderson 2000).

Ewles & Simnett (2005) är inne på denna definition när de talar om att hälsofrämjande arbete ska stärka människors förmåga att hjälpa sig själva. Att alla människor ska kunna kontrollera de aspekterna i sina liv som påverkar deras hälsa. De anser att kärnan i det hälsofrämjande arbetet är just att hjälpa människor att själva ta kontroll över sin hälsa.

Detta ser vi också tydligt i WHO's definition från 1986:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. (Medin & Alexanderson 2000:113).

O'Donnell konstaterar att människans eget ansvar för sin hälsa är centralt och att hälsofrämjande arbete skördar mest framgångar ifall det lyckas bidra till att individen själv tar sitt ansvar. De hälsofrämjande aktörerna kan å sin sida skapa stödjande miljöer för att hjälpa individen att kunna uppnå hälsa. Taylor säger å sin sida att hälsofrämjande är en metod för att stärka välbefinnande och livskvalitet. (se Medin & Alexanderson 2000:116).

WHO's definition av hälsofrämjande har, liksom med hälsa, utvecklats genom åren. Nu ses begreppet hälsofrämjande dels som en definition och dels som ett övergripande begrepp för olika handlingar som anses främja hälsa. I Ottawa-manifestet från 1986 förklaras det hälsofrämjande arbetet i fem grundprinciper. Den första grundprincipen säger att hälsofrämjande arbete ska inrikta sig på hela befolkningen och inte i första hand på enskilda individer, som löper risk för att drabbas av vissa sjukdomar.

Den andra grundprincipen säger att hälsofrämjande arbete ska inrikta sig på de åtgärder som är avgörande för samt bidrar till hälsa medan den tredje principen säger att hälsofrämjande arbete också ska kombinera olika metoder och sätt, såväl samhälleliga

som lokala instanser för att nå hälsa (en slags samverkan). Den fjärde principen lyder som så att hälsofrämjande arbete också ska syfta till att förstärka befolkningens aktiva medverkan i hälsoarbete (så kallas delaktighet).

Den femte och sista principen säger att även om hälsofrämjande är en aktivitet inom den sociala sektorn och inte inom medicinsk vård, så har hälso- och sjukvårdspersonalen, särskilt inom primärvården, en mycket viktig uppgift i hälsoarbetet. (Medin & Alexanderson 2000:120-121). WHO konstaterar också att det är nödvändigt att hälsofrämjande är en sektoröverskridande verksamhet och innefattar ett multiprofessionellt tänkande. Exempel på hälsofrämjande arenor är skolor och arbetsplatser. (Medin & Alexanderson 2000).

Ordet hälsa betyder olika saker för olika människor, och därför är det viktigt att alla som jobbar med hälsofrämjande arbete själva definierar hur de ser på hälsa (Ewles & Simnett 2005). Jag kommer i detta arbete att se på hälsa som en utgångspunkt, alltså att alla människor i grunden har hälsa, men att hälsan, av olika orsaker, kan försämrans. Jag kommer också att, liksom WHO gjorde redan 1948, spjälka hälsan i fysisk, psykisk och social hälsa, samt begära att alla tre bör uppfyllas för att en människa ska kunna uppnå hälsa.

Vad gäller begreppet hälsofrämjande verksamhet så är jag inne på att hälsofrämjande inte är vaccinering eller annan fysisk omvårdnad, utan att hälsofrämjande verksamhet är mindre konkreta handlingar som förhoppningsvis leder till att behovet av den fysiska omvårdnaden minskar. Jag kommer också att jobba utgående från den devisen att hälsofrämjande verksamhet endast går att utöva på personer som redan innehar hälsa, men som kanske finns i riskzonen för att få problem av något slag.

2.2 Ungdomars hälsotillstånd idag

Barndomen är ett nyckelstadium vad gäller vikten av att främja hälsa eftersom man har kunnat konstatera att barn och ungas välmående under barndomen påverkar deras hälsa i det vuxna livet. De beteenden och vanor som man formar tidigt i livet är det meningen att man ska få med sig vidare i livet. (Earle 2007).

Med detta kapitel vill jag belysa några av de problem som finns bland dagens ungdomar och också visa på vikten av att vi skulle jobba mera hälsofrämjande. Med mer hälsofrämjande åtgärder och en större medvetenhet kring hälsa tror jag att många av dagens problemområden skulle kunna minskas och våra ungdomar skulle ha en större chans att anamma ett hälsosamt leverne.

På grund av att barndomen påverkar även det vuxna livet så är det viktigt för barns och ungas utveckling att de trivs i skolan. I en studie av Andersson & Strander har man undersökt hur det gått senare i livet för de ungdomar som vantrivdes i skolan. Vid 18 års ålder kunde man konstatera att de ungdomar som vantrivts i skolan och som upplevt skolan som tråkig och meningslös, hade mer problem med sin hälsa och sitt välbefinnande än de ungdomar som hade trivts i skolan. (se Giota 2005). Därför är det glädjande att se att 98 % av de finländska gymnasieeleverna och 96 % av högstadieeleverna faktiskt trivs i skolan idag (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010).

Om man ser på statistik för psykiatrisk vård och omhändertagande av barn kan man se att barn och unga som far illa har ökat de senaste åren. År 2008 fick 2431 ungdomar i åldern 13-17 psykiatrisk sjukhusvård, en ökning med 6 % från år 2007. En ökning under, i princip, hela 2000-talet ses i statistiken. (Forsström & Pelanteri 2010). Liknande statistik ser vi bland antalet klienter i barnskyddets öppenvård. År 2008 hade barnskyddets öppenvård över 67000 klienter, vilket var en ökning med 8 % från år 2007. Också en ökning bland omhändertagna barn ses i statistiken, där en ökning med 2-6 % ses årligen. Det största antalet omhändertagna barn under 2008, 872 stycken, ser vi i åldersgruppen 12-15 år. (Kuoppala & Säkkinen 2009).

Med enkätundersökningen Hälsa i skolan 2006 kunde man konstatera att trots att dagens ungdomar har bättre levnadsförhållanden och hälsovanor än förut så har deras hälsa inte förbättrats. Bland elever i klass 8 och 9, samt gymnasieklasserna 1 och 2, är skoltrötthet och depression vanligt. 13 % av de tillfrågade högstadieeleverna upplevde att de led av medelsvår eller svår depression. (Institutet för hälsa och välfärd 2006).

Var tionde elev upplevde också att de inte fick tillräckligt med hjälp varken i skolan eller hemma med skolrelaterade uppgifter. I fråga om problem som inte direkt handlade om själva studierna upplevde eleverna att de fick bäst hjälp av skolhälsovårdaren, och därefter skolläkaren. Av lärarna, skolkuratorn eller skolpsykologen kände de däremot att

de inte fick någon hjälp. Av alla elever ansåg hela 12 % att de inte fick någon hjälp alls av någon av de nämnda yrkesgrupperna i frågor som gällde annat än själva studierna. (Institutet för hälsa och välfärd 2006). Också idag upplever 18 % av de finländska ungdomarna att ingen lyssnar på dem i skolan. Däremot upplever 91 % att de kan prata med sina föräldrar. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010).

Vad vi ser från dessa rapporter är att ungdomar mår sämre än förut och att orsakerna är många. Klepp & Aarø myntar begreppet ”ungdom i høyrisikozonen” och avser med detta de ungdomar som kan tänkas ramla in i ett destruktivt beteende. Generellt kan ungdomstiden betraktas som en riskperiod när ungdomar börjar pröva sina vingar. De testar på olika roller, experimenterar med olika livsstilar och testar gränser med så väl föräldrar, lärare och andra auktoritetspersoner. Ungdomstiden innehåller nya drömmar, nya erfarenheter med därmed också många riskfaktorer. (Klepp & Aarø 2009:291).

På många sätt är ungdomstiden en riskfylld period för alla ungdomar, men det är ändå bara en del av ungdomarna som avses med begreppet ”ungdom i høyrisikozonen”. För vi måste komma ihåg att de flesta ungdomar ändå går igenom ungdomstiden utan desto större problem. Kortfattat kan man säga att de ungdomar som hör till högriskzonen är de ungdomar som har sina behov för att uppnå hälsa dåligt tillfredsställda. (Klepp & Aarø 2009:291-292). Genom att hjälpa dessa ungdomar att ta kontroll över sin egen hälsa före de möter på problem så kan vi minska vårdbehovet bland ungdomar.

Det finns många forskning och undersökningar som visar på att barn mår dåligt. Men hur ser då barnen själva på det här med hälsa. I en brittisk undersökning visade det sig att barn förknippade hälsa med fysisk aktivitet, och att äta nyttigt, t.ex. frukt och grönsaker. Ohälsa ansåg de vara t.ex. rökning och onyttig mat. (Ewles & Simnett 2005:18).

2.3 Skolan som hälsofrämjande arena

Utgångspunkten för en hälsofrämjande arena är att skapa en miljö där individen har stort inflytande. I skolan kan det handla om att utgå från en helhetssyn på elever och lärare (även andra anställda) och deras verklighet. (Medin & Alexanderson 2000:137). Att skolan som arena har potential att fungera som hälsofrämjare beror mycket på att

barn och unga tillbringar en stor del av sin uppväxt i skolmiljö. I industriländerna uppskattas skoltiden idag uppgå till ca 15000 timmar. (Tones & Green 2004:277). Trots att skolan har verkligt bra förutsättningar för att vara en hälsofrämjande arena så får man inte ha orealistiska förväntningar på skolan. För även om skolan kan påverka många saker så finns det fortfarande avgörande hälsfaktorer, så som fattigdom, som skolan inte kan rå på. (Tones & Tilford 2001).

Att utveckla hela skolans vardag är ett måste för att verka hälsofrämjande. Det kan man uppnå genom att göra skolan till en stödjande och främjande miljö både fysiskt, psykiskt och socialt. Det å sin sida kräver större delaktighet och ansvar hos både elever, lärare och den övriga skolpersonalen. (Rydqvist & Winroth 2004:228). Men så är skolan också en instans där man inte bara når ut till ungdomar utan också har en möjlighet att påverka hälsotänkandet hos så väl personalen som det övriga samhället. (Tones & Green 2004:278).

Enligt WHO Euro-EC-CE (1993) ska en hälsofrämjande skola sträva efter:

Healthy lifestyles for the total school population by developing supportive environments conducive to the promotion of health. It offers opportunities for, and requires commitments to, the provision of a safe and health-enhancing social and physical environment. (Tones & Green 2004:278).

För att en hälsofrämjande skola skall lyckas måste den hälsofrämjande visionen delas inte bara av eleverna och skolans personal, utan också av föräldrarna. Dessutom bör man stärka och/eller utveckla hälsoundervisningen. (Rydqvist & Winroth 2004:230). Detta finns också deklarerat i publikationen "*The Healthy School*" från 1989, där Young & Williams identifierar tre huvudpunkter för en hälsofrämjande skola. Den första punkten handlar om att man ska lära ut hälsa genom den vanliga undervisningen. Den andra punkten handlar om skolans miljö och etik, medan den tredje punkten handlar om relationen mellan skolan, hemmet och det omkringliggande samhället. (se Tones & Green 2004:278).

En hälsofrämjande skola bör därför verka för att stärka elevernas känsla av sammanhang. Alla elever bör få en känsla av skolan som en meningsfull arena och de bör också känna att de har möjlighet att förstå och påverka sin skolvardag. (Medin & Alexanderson 2000:137). Fokuset för det hälsofrämjande arbetet ska ligga på eleverna

och de ska kunna känna att de är involverade. Hälsoundervisningen bör därför också möta elevernas behov medan de utvecklas genom att anta en lämplig nivå. (Tones & Green 2004:278).

Eftersom olika författare har identifierat de tre elementen för en hälsofrämjande skola på olika sätt, så har man spjälkt de tre elementen i 12 kriterier. En hälsofrämjande skola ska aktivt främja elevernas självförtroende genom att visa på att alla kan påverka skolmiljön samt utveckla goda relationer mellan både elever och personal och mellan eleverna själva. Man bör också klargöra för både elever och personal om skolans sociala målsättning. Den hälsofrämjande skolan ska också erbjuda stimulerande utmaningar för alla elever genom olika aktiviteter, ta till vara varje möjlighet att förbättra den fysiska miljön samt att utveckla ett gott samarbete mellan skolan, hemmet och samhället. (Tones & Tilford 2001).

En hälsofrämjande skola kan också utveckla goda förbindelser mellan närliggande skolor för att utveckla en gemensam läroplan för hälsoundervisningen. Skolan bör också fundera över personalens roll som föredömen i hälsorelaterade frågor samt att aktivt främja även personalens hälsa och välbefinnande. Att se skolmaten som en viktig del i hälsoundervisningen är också viktigt, samt att ta hjälp av experter ur samhället för råd och support kring hälsofrågor. Slutligen ska den hälsofrämjande skolan utöka skolhälsovårdens uppgifter till att förutom rutinarbete också innefatta ett aktivt bidragande med kunskap till hälsoundervisningen. (Tones & Tilford 2001). Oberoende av vem som jobbar med hälsofrämjande så är samarbete en av de absolut viktigaste aspekterna.

Man måste också skilja mellan hälsoundervisning i skolan och en hälsofrämjande skola. En förändring från den traditionella hälsoundervisningen till en hälsofrämjande skola är något som är på väg. Den hälsofrämjande skolan kännetecknas av att den har en policy och procedur samt aktiviteter och strukturer som främjar hälsa och välbefinnande hos elever, personal och andra ute i samhället. (Tones & Tilford 2001).

På vilket sätt kan då lärare främja hälsa genom sin roll som lärare, i själva undervisningen? Naidoo & Earle (2007) menar att lärare främjar hälsa genom att ge trygghet och inläringsmiljöer som uppmuntrar elever att använda sin potential. De kan också ge information i olika hälsofrågor och låta eleverna diskutera sina attityder kring

hälsa. Det, i sin tur, stöder elevernas självständighet och självkänsla, något som är viktigt att ha för att uppnå hälsa.

2.4 Tidigare forskning

Mina artiklar har jag funnit i databasen Cinahl (EBSCO) med sökorden *health-promotion, school environment, occupational therapy, adolescent* och *school health* i olika former och kombinationer.

Att skolor i dagens värld strävar efter att bli hälsofrämjande skolor verkar bli allt vanligare. I flera artiklar tar man upp detta med vad som krävs av en hälsofrämjande skola och hur en skola ska lyckas bli hälsofrämjande (Whitehead 2006, Hoyle et al 2008).

Whitehead (2006) menar i sin forskning att skolor numera måste anamma ett hälsofrämjande tänkande. Han undersöker skolhälsovårdarens roll i dagens skolor men resultaten blir rätt intressanta även för andra yrkesgrupper. Whitehead har kommit fram till två olika möjligheter för skolhälsovårdaren att jobba, där den andra möjligheten presenteras som den bästa. Den handlar om att skolhälsovårdaren istället för att jobba ensam, ska hitta sin roll bland alla de yrkesgrupper som jobbar för att främja hälsa. Att få skolhälsovårdare att samarbeta med andra hälsoprofessioner har varit svårt, men bör nu genomföras på så sätt att de börjar samarbeta, inte bara med medicinska yrkesgrupper, utan också med yrkesgrupper inom bl.a. den sociala och ekonomiska servicen. (Whitehead 2006).

Att skolan jobbar tillsammans med aktörer ute i samhället för att främja hälsa verkar vara en genomgående tanke i flera artiklar (Whitehead 2006, Hoyle 2008), på samma gång som forskarna också tycks vara överens om att skolan de facto är en väldigt bra arena för att idka hälsofrämjande (O'brien et al 2010, Weintraub & Erez 2009), vilket till stor del beror på att barn och unga tillbringar en stor del av sin tid i skolan. Hoyle et al (2008) påpekar dock att skolan inte ensam kan, eller ska behöva, tackla hälso problemen utan ska få samarbeta med andra instanser. Det skolan kan göra är ett vara en förenande institution, dit de olika samarbetspartnerna kan komma.

Ett konkret exempel på ett dylikt samarbete hittar vi i artikeln *"Impact of a School Health Coordinator Intervention on Health-Related School Policies and Student Behavior"* (O'brien et al 2010). I januari 2001 bildades i delstaten Maine i USA nätverket *"Healthy Maine Partnership"* (HMP), ett partnerskap mellan skola och samhälle. Sammanlagt bildades 31 olika nätverk och varje skola i Maine tillhörde ett av nätverken. Antalet skolor per nätverk låg mellan 3 och 12. Nästan alla HMP's valde att anställa en *"School Health Coordinator"* (SHC) som de fick placera i valfri skola. Koordinatorernas uppgifter var att implementera ett hälsosamt perspektiv i skolorna.

Man hade utarbetat 8 punkter som koordinatören skulle jobba med: 1. omfattande hälsoundervisning, 2. fysisk utbildning och fysisk aktivitet, 3. näringslära och matservice, 4. hälsofrämjande och välbefinnande, 5. rådgivning kring psykisk och beteendemässig hälsoservice, 6. skolmiljö/klimat, 7. fysiska skolmiljön samt 8. de ungas, familjernas och samhällets engagemang. (O'brien et al 2008).

Dessa 8 punkter kan man också skymta när Whitehead diskuterar kring vad en hälsofrämjande skola är. WHO har listat 6 riktlinjer som är viktiga för en hälsofrämjande skola: skolans fysiska miljö, skolans hälsopolicy, den sociala miljön i skolan, relationen till samhället (och till föräldrar och familj), personliga hälsofärdigheter samt relationen till hälsoservice. (Whitehead 2006).

Resultaten i O'brien et al's (2010) forskning visade att skolor med en koordinator hade en hälsosammare miljö än skolorna utan koordinator. De områden som forskarna speciellt fokuserade på var fysisk aktivitet, tobaksrökning och utbudet av nyttig mat i skolan. I de skolor som hade koordinator (SHC) var utbudet av fysisk aktivitet drygt 3 gånger större än i skolor utan koordinator. Likaså var utbudet av nyttig mat och mellanmål 2,5 gånger större i de skolor som hade en koordinator. Forskarna menar att SHC kan föra fram tankar om hälsa i skolmiljön utanför klassrummet och att det kan vara en positiv sak.

"School Health Coordinator" är ett begrepp som är spritt i USA. Det visar sig av att Hoyle et al (2008) talar om *"Coordinated School Health Programs"* som ett effektivt sätt att förbättra både elevers hälsa och kunskapsnivå. De talar också om vikten av att skolan utvecklar en kapacitet för att, så att säga, behålla sin status som hälsofrämjande

skola. För att göra det bör skolan utveckla policy, praxis och strukturer som integrerar grunderna för en hälsofrämjande skola i skolans nuvarande arbetsätt.

Hälsofrämjande aktiviteter, eller kanske förhållningssätt, som redan framkommit är den 8-steps modell som beskrivits (O'brien et al 2008), samt WHO's riktlinjer för en hälsofrämjande skola (Whitehead 2006). Det finns också forskning som undersöker mer specifika aktiviteter. Joronen et al's (2008) har undersökt skolbaserad drama som hälsofrämjande aktivitet för barn och ungdomar. De har anammat WHO's koncept om fysisk, psykisk och social hälsa och beskriver ungdomars fysiska hälsa som avsaknad av fysiska sjukdomar, skador eller handikapp. Mental och social hälsa ser de som ett tillstånd av fungerande mentala funktioner som resulterar i produktiva aktiviteter, att hantera relationer och förmåga att anpassa sig till förändringar och klara av motgångar. (Joronen et al 2008).

Själva undersökningen gick ut på att göra en översikt av vetenskapliga artiklar som behandlar effekter av skolbaserad drama eller teater. De studier som behandlade mental och social hälsa visade goda resultat inom vissa områden, och mindre goda resultat inom andra områden. Ett exempel är en studie som ville undersöka de ungas självbild och självdistans samt deras förmåga att gå in i en roll, visade positiva resultat vad gällde rolltagning och självbild, men inte vad gällde självdistans. Forskarna summerar sin studie som så att kortsiktig skolbaserad drama ökar skolelevens kunskap om och intresse för hälsa. (Joronen et al 2008).

Ett annat konkret exempel på hur man skulle kunna förbättra elevernas vistelse i skolan är det frågeformulär som utvecklats och utvärderats av Weintraub & Erez (2009). Formuläret i sig behandlar inte direkt skolan som en hälsofrämjande arena utan undersöker "*Quality of Live in Schools*". Formuläret är dock indelat i fyra olika delar: relationen mellan elever och lärare och skolaktiviteter, den fysiska skolmiljön samt negativa och positiva känslor och vi kan se att det tangerar några av de faktorer som anses främja hälsa i skolan.

Man kan alltså konstatera att relationen mellan elever och skolpersonal, den fysiska skolmiljön, de aktiviteter som skolan erbjuder samt elevernas känslor inför och i skolan är viktiga faktorer att ta i beaktande om man vill främja hälsa i skolan.

2.5 Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som jag har valt att använda är ”*An Occupational Perspective of Health*” av Ann A. Wilcock. Det är en referensram som poängterar vikten av aktivitet för att uppnå hälsa och som jag därför tycker passar bra ihop med det hälsofrämjande synsätt som jag vill framföra med mitt slutarbete.

Ergoterapeuter är en profession som genom aktivitet jobbar med hälsofrämjande och välmående. Huvudmålet för ergoterapi är att möjliggöra för människor att vara aktiva i sina liv. Detta kan ergoterapeuter uppnå genom att hjälpa människor att göra saker som stärker deras förmåga att vara aktiva, eller genom att förändra miljön så att den, i sin tur, möjliggör för aktivitet. (Wilcock 2006).

Wilcock talar om hälsa som ett helhetstänkandet snarare än som enskilda åkommor och hon konstaterar att man har bortsett från viktiga faktorer när det kommer till hälsa. Dessa faktorer är *vad* människor gör, *varför* de gör som de gör och *hur* de agerar. Det är nämligen bara genom att agera som människor kan visa vem de på riktigt är. Det är också viktigt att vara aktiv för att undvika att bli uttråkad, deprimerad eller destruktiv. Sådant kan uppstå om man berövar människor aktivitet, som ju de facto faktiskt är det normala sättet att använda sin tid på, att vara just aktiv. (Wilcock 2006:9).

Det är svårt att exakt säga vad hälsa är (jfr kap 2.1.1), men man har kunnat konstatera att det finns många faktorer som påverkar hälsan. Dessa faktorer kan påverka oss negativt eller positiv och bland faktorerna finns sådana som man själv kan påverka och sådana som man inte kan påverka. (Wilcock 2006:31). Wilcock listar många olika faktorer, och de kommer att presenteras framöver.

Det finns olika åsikter om vad som krävs för att inneha hälsa men Wilcock beskriver hur WHO ser på den högsta standarden av hälsa. Den inkluderar rätten till mat, vatten, kläder, hem, sjukvård, utbildning och hjälp ifall det uppkommer t.ex. sjukdom eller arbetslöshet på grund av faktorer som individen själv inte kan påverka. Dessa faktorer kopplas vanligtvis ihop med social och ekonomisk status, men WHO ser en tydlig koppling också till hälsa. Orsaken till att hälsa/ohälsa oftast kopplas ihop med pengar, egendom och social status beror på att dessa faktorer går att mäta. Man kan lätt räkna ut

hur mycket var och en äger, medan faktorer som frihet och lycka i princip är omätbara och därför sällan tas i beaktande när man mäter hälsa. (Wilcock 2006:35-36).

Eftersom WHO definierar hälsa som så väl socialt, fysiskt och psykiskt välmående, så blir ansvaret för folkhälsan allas. Självklart ligger huvudansvaret hos individen själv och dennes familj, men också hos olika yrkesgrupper ute i samhället, så väl vårdpersonal som beslutsfattare och affärsmän. Alla har vi en del i hälsoarbetet. (Wilcock 2006:35).

Eftersom Wilcock fokuserar på aktivitet som en viktig faktor för att främja hälsa så är görandet (*doing*) en viktig del i hennes filosofi. Hon har myntat begreppet ”*becoming through doing and being*”. Det betyder att vi behöver ha en mening och ett mål med den aktivitet vi gör, samt att vi verkligen är inne i aktiviteten, så kallat flow. Men för att förstå innebörden av begreppet så kan vi titta på orden var för sig.

Wilcock börjar med görandet (*doing*), som hon anser är en av grundförutsättningarna i livet. Faktum är att görandet är så viktigt för oss människor att det är omöjligt att föreställa sig ett liv utan aktivitet. Det här syns tydligt i den västerländska kulturen där människor ofta definierar sig själv och andra genom vad man gör. Detta leder till att våra aktiviteter gör oss till dem vi är. (Wilcock 2006:78).

Drivkraften till aktivitet ligger i de behov som vi bör tillfredsställa för att överleva. Maslows behovstrappa visar på några behov; kroppsliga behov samt behovet av trygghet, kärlek och gemenskap, uppskattning och självförverkligande (Karlsson 2004:277-279) som man genom görandet bör tillfredsställa. Wilcock påpekar dock att lika viktigt som det aktiva görandet, är också vilan. Det gäller att hitta en balans mellan aktivt görande och vila. Om nattsömnen blir störd kan det hända att dagen efter också blir jobbig och svår. Wilcock poängterar också att eftersom förutsättningar för hälsa är så pass många och olika, så vore det, för att bättre kunna tillgodose behoven, skäl att utbilda fler yrkesgrupper inom området hälsa än vad som finns nu. (Wilcock 2006:81).

Från görandet (*doing*) hoppar vi över till varandet (*being*) och begreppet *being through doing*. Det handlar om vad människor känner för det de gör. Vad vi känner för de aktiviteter vi utför är nämligen väldigt viktigt och direkt relaterat till hälsa. (Wilcock 2006:113). Det handlar alltså inte bara om att vara aktiv för att uppnå hälsa, utan också om att hitta rätt aktivitet, alltså en aktivitet som känns bra. (Wilcock 2006:78).

Att som yrkesman kunna hjälpa människor att bli aktiva är i sig kanske inte så svårt eftersom det är relativt lätt att hitta en aktivitet som personen kan göra. Betydligt svårare blir det däremot när aktiviteten ska kännas rätt för personen och ge en känsla av tillfredsställelse. Och eftersom varje människa är unik så gäller det också att hitta aktiviteter enligt varje enskild individs behov för att kunna uppnå hälsa. (Wilcock 2006:113-114).

Ordet *being* definieras ibland som "en persons inre kärna", vilket styr oss in på det mentala perspektivet på hälsa (Wilcock 2006:114). När vi styr oss in på den mentala biten så dyker det upp fler komponenter som påverkar hälsan. Bland dessa ser vi mening (*meaning*), val (*choice*) och syfte (*purpose*), och dessa syftar till att en aktivitet bör vara meningsfull och målinriktad för att man ska kunna uppnå *being through doing*. (Wilcock 2006:116).

Ytterligare två komponenter kan vi skönja, kapacitet och kreativitet, som självklart också är individuella egenskaper. Människor har både en inre kapacitet till att vara kreativa och ett biologiskt behov av att uttrycka sig kreativt. Sambandet mellan kreativitet och mental hälsa ses som starkt, och en hög kreativitet har konstaterats höra samman med en hög självkänsla och en positiv mognad, som i sin tur är egenskaper som anses påverka hälsan positivt. (Wilcock 2006:118, 120-121).

Efter att ha benat ut begreppen *doing* och *being* så kan vi återgå till begreppet *becoming through doing and being*. *Becoming* kan definieras som att bli (*to become*) eller att växa (*to grow*), och ses, enligt Wilcock, som en strävan efter den högsta invån av personlig utveckling. *Becoming* är ofta ett uttryck för självständighet och kan handla om att handskas med nuet. (Wilcock 2006:148-151).

Att fokusera på att bli (*to become*) det som var och en av oss har kapacitet till, är ett sätt att sträva efter fysiskt, psykiskt och socialt välmående. (Wilcock 2006:147). Men på samma gång som vi ska sträva efter aktivitet, så är det viktigt att se upp så att man inte blir för aktiv, eller faller in i aktiviteter som påverkar oss negativt. Stress-relaterad ohälsa har ökat drastiskt och Wilcock listar tre begrepp som kan orsaka detta.

Man kan vara både överaktiv, att vilja och göra för mycket, eller inaktiv, att sakna aktivitet, och då kan det uppstå en obalans i aktivitetsutförandet (*occupational*

imbalance). Det kan också hända att man saknar syfte och mening med de aktiviteter som man gör, och då uppstår främlingskap för aktiviteten (*occupational alienation*). Det tredje är berövande av aktivitet (*occupational deprivation*), och uppstår när man inte har möjlighet att sträva efter just *becoming*. Då stannar aktiviteten vid görandet och blir då en negativ aktivitet istället för en positiv. (Wilcock 2006:164).

Hälsa skapas av människor i deras dagliga liv, där de lär sig, leker och älskar. Därför måste människor använda sin kapacitet till aktivitet om de vill njuta av hälsa och välbefinnande. (Wilcock 2006:181-182). Men i undersökningar som gjorts har resultaten visat att många människor inte alls kopplar ihop sitt aktivitetsutförande med sin hälsa, vilket troligtvis beror på att man fortfarande ser på hälsan ur endast ett medicinskt perspektiv. (Wilcock 2006:188).

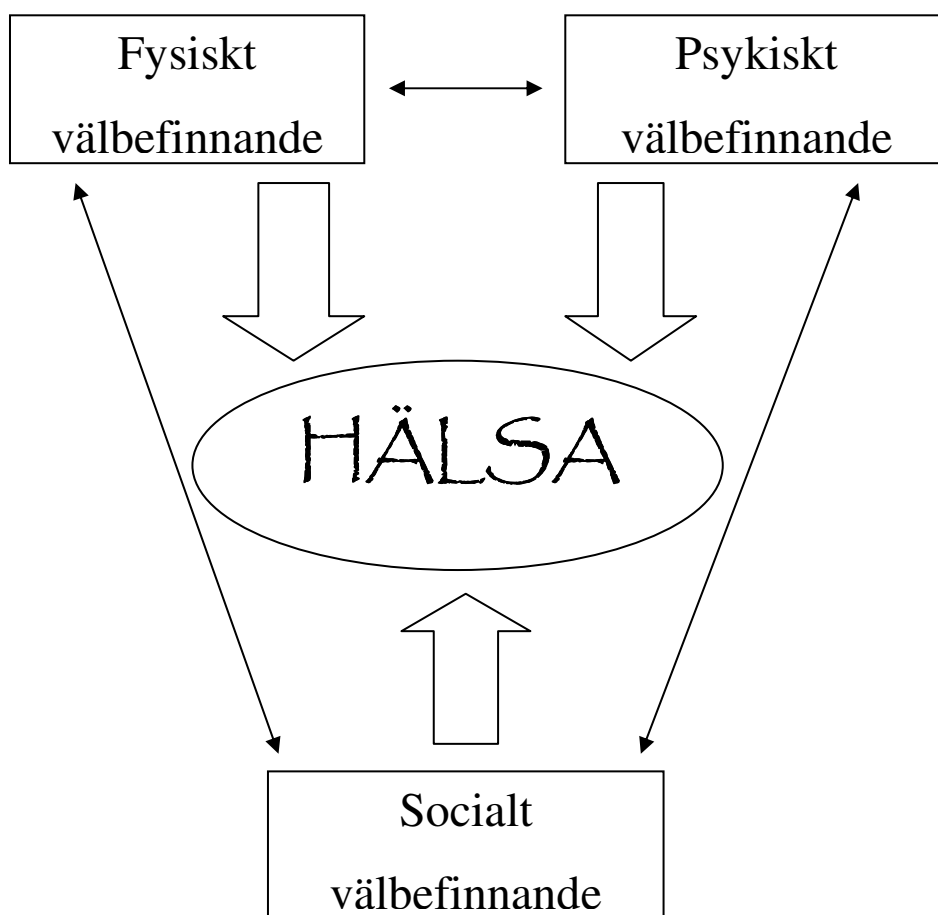
Därför behöver människor idag information om hur deras aktivitetsutförande påverkar deras hälsa. De behöver information om hur görandet påverkar upplevelsen av fysisk, psykisk och social hälsa och att det är något som de kan jobba med i sitt dagliga liv för att uppnå hälsa. (Wilcock 2006:284). Allt detta för att undvika *occupational imbalance*, *deprivation* och *alienation*, som är riskfaktorer i sig, men som också kan vara resultat av andra riskfaktorer eller leda till utvecklandet av ett riskfyllt hälsobeteende (Wilcock 2006:286).

Wilcock skriver även att det är nödvändigt att skilja på fysisk, psykisk och social hälsa för att kunna undersöka dem skilt, men att det också är av största vikt att inse att de hör ihop och att man bör se dem som en enhet. (Wilcock 2006:311). Vidare skriver hon att det centrala i det aktivitetsbaserade närmelsesättet är att människan är en aktiv varelse och att aktivitet borde vara en källa till hälsa. Om så är fallet så är det möjligt att förbättra fysisk, psykisk och social hälsa genom att öka möjligheterna för aktivitet samt att bibehålla eller utveckla miljön på så sätt att det är möjligt för varje enskild individ att använda sin kapacitet till aktivitet. (Wilcock 2006:313).

Hälsofrämjande är en process som möjliggör för människor att få bättre kontroll över samt förbättra sin hälsa. Människan upplever välmående i aktivitet (*occupational well-being*) när hon har möjlighet att utöva aktiviteter som hon behöver eller önskar att göra utan att behöva tänka på sin fysiska, psykiska eller sociala kapacitet, samt när miljön tillåter sådana aktiviteter. En person som njuter av de aktiviteter hon gör upplever också

känslor som rädsla, ilska, kärlek, svartsjuka, skuld och glädje, men låter sig inte överväldigas av dem, utan klarar av att handskas med dem. De känner sig också bekväma med och intresserar sig för andra människor samt har förmågan att ha hållbara relationer. (Wilcock 2006:315-316).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att hälsofrämjande bör ses som ett helhetstänkande, där både fysisk, psykisk och social hälsa beaktas. Viktiga faktorer när man talar om hälsofrämjande aktiviteter är *vad* människor gör, *varför* de gör som de gör och *hur* de agerar. För att en aktivitet ska främja hälsa så bör alla faktorer finnas med, och det är också där som begreppet *becoming through being and doing* kommer in i bilden.



Figur 1. Hur hälsan påverkas (jfr Wilcock 2006).

För att en aktivitet ska vara hälsofrämjande bör man utföra aktiviteter, *doing*, men också vara närvarande i aktiviteten, att verkligen utföra aktiviteten helhjärtat, *being*. Dessutom bör där också finnas *becoming*, att man ser en mening med aktiviteten och att man använder sin kapacitet till att utföra aktiviteten så bra som möjligt. För genom att hitta en aktivitet på lämplig nivå för vår kapacitet och som också uppfyller vårt aktivitetsbehov så kan vi främja vår hälsa.

Eftersom jag i mitt arbete kommer att kartlägga hälsofrämjande verksamhet, så kommer jag att som grund använda mig av Wilcocks mening, *becoming through being and doing*, för att undersöka om de aktiviteter som jag hittar är hälsofrämjande och om de möjliggör för ungdomar i skolan att själva främja sin hälsa.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med mitt arbete är att genom en forskningsöversikt kartlägga hälsofrämjande arbete som använts för ungdomar i skolmiljön.

1. Vilka hälsofrämjande aktiviteter finns dokumenterade i forskningen?
2. Hur kan dessa hälsofrämjande aktiviteter användas i skolmiljö?

4 METOD

I detta kapitel kommer jag att beskriva den metod jag använt. Jag diskuterar mitt urval, min kvalitetsgranskning, min analys samt etiska aspekter. Som metod har jag valt att använda en kvalitativ metod, en s.k. forskningsöversikt. Jag har använt mig av artikelsökning för att få fram artiklar att jobba med, för att sedan göra en kvalitetsgranskning och därefter utesluta svaga artiklar. (jfr Forsberg & Wengström 2008).

En vanlig orsak till att man kan ha behov av en forskningsöversikt är om man saknar överblick över ett kunskapsområde (Backman 1998), och i mitt fall var det problem att hitta information som inkluderar alla mina kriterier. Jag ville fokusera på både hälsofrämjande aktiviteter, skola och ungdomar. Under insamlingen av bakgrundsinformation märkte jag att det inte finns ett allt för stort utbud av litteratur som tangerar både hälsofrämjande verksamhet, skola och ungdomar. Därför valde jag att göra en forskningsöversikt för att lättare få en överblick över den forskning som redan fanns, för att därefter kunna sammanställa källor om hälsofrämjande aktiviteter bland skolungdomar.

I en litteraturstudie (eller i mitt fall forskningsöversikt) är det litteraturen som utgör informationskällan och de resultat som redovisas bygger på undersökning och analys av vetenskapliga artiklar eller rapporter. Det finns inga egentliga regler för hur många studier som bör inkluderas i en litteraturstudie, utan det beror på vad forskaren kan hitta samt vilka kriterier man har på de studier som ska inkluderas. (Forsberg & Wengström 2008:20).

En negativ aspekt som måste tas i beaktande vid en litteraturstudie är att de källor man använder kan ha gjorts för ett helt annat syfte än det som man själv har. Därför kan det vara svårt att använda sig av hela källor, utan man kanske bara kan ta bitar av de olika källorna. En annan viktig aspekt med sekundärdata är att man som forskare inte har samma kontroll över det som över primärdata. Någon annan har redan utarbetat informationen och man får förlita sig på att den är reliabel. (Jacobsen 2007:114).

4.1 Urval

Mina forskningsartiklar har jag sökt från databaserna EBSCO, ProQuest, OTSeeker och SAGE Journals, samt sökmotorn Google Scholar. Som sökord har jag använt mina centrala begrepp; hälsofrämjande, ergoterapi, skola, ungdomar och aktivitet i olika kombinationer. Också begreppet ”*quality of life*” användes som sökord i en av sökningarna eftersom en av artiklarna i den tidigare forskningen behandlade just detta begrepp.

Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle vara publicerade efter år 2000, vara skrivna på svenska eller engelska och behandla barn och/eller ungdomar i den åldersgrupp som jag ville undersöka, alltså 12-16 år. I artiklarna skulle det också framkomma aktiviteter eller interventioner som främjar hälsa.

Exklusionskriterierna var om artiklarna behandlade barn och unga med sjukdom eller handikapp eller barn och unga som inte föll inom ramen för min åldersgrupp. Artiklar togs inte heller med om de var äldre än 11 år. I urvalsprocessen läste jag rubriker, abstrakt och till sist hela artiklar, för att hitta de artiklar som bäst motsvarade mina inklusionskriterier.

4.2 Artikelsökning

Artikelsökningen skedde under hösten 2010 och våren 2011 och databaser samt manuell sökning i olika tidsskrifter användes. I tabell 1 presenteras resultaten av artikelsökningen. Av alla träffar jag fick var det ändå få abstrakt som lästes, vilket berodde mycket på att många artiklar handlade om hur man anpassar den fysiska miljön för handikappade personer samt medicinska artiklar. Och eftersom jag i detta arbete ser hälsa, och inte sjukdom, som utgångspunkt hos oss människor, så togs de artiklarna inte med.

Tabell 1 Sammanfattning av artikelsökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Inkluderade
ProQuest	Health promotion activity AND school AND youth OR adolescent	26	1	0
ProQuest	health promotion AND occupational therapy AND adolescent*	7	1	0

SAGE Journals	health promotion AND school AND youth AND adolescent*	21	8	2
SAGE Journals	health promotion AND activity* AND youth AND adolescent*	84	7	1
EBSCO Cinahl	health promotion AND activity* AND youth OR adolescent*	33	3	1
EBSCO Cinahl	health promoting activities AND youth AND adolescent*	23	2	0
EBSCO Cinahl	occupational therapy AND school AND health promotion	1	1	1
EBSCO Cinahl	adolescent* AND school AND health promotion	113	9	2
Emerald	health promotion* AND school AND mental health	19	2	1
EBSCO Cinahl	school health AND health promotion AND quality of life	20	12	3
Sage Journals	Health promotion* AND adolescent*	18	2	0
Manuell sökning				2
Sammanlagt		365	48	13

4.3 Kvalitetsgranskning

För att kvalitetsgranska artiklarna använde jag mig av Forsbergs & Wengströms (2008) checklistor för kvantitativa och kvalitativa artiklar (bilaga 2-5). Att kvalitetsgranska innebär att man värderar de olika artiklarna för att se hur stor pålitlighet de har. En kvalitetsgranskning bör omfatta åtminstone studiens syfte och frågeställningar, design, urval och mätinstrument samt analys och tolkning. Efter kvalitetsgranskningen kan man sortera artiklarna enligt hög, medel och låg kvalitet. Studier med låg kvalitet bör man utesluta ur en litteraturstudie. (Forsberg & Wengström 2008:54).

I kvalitetsgranskningen har jag poängsatt alla frågor från checklistorna så att varje fråga ger 1 poäng. Resultatet blev då 27 poäng för kvalitativa studier, 30 poäng för kvantitativa RTC-studier, 16 poäng för litteraturstudier och 20 poäng för kvantitativa kvasi-experimentella studier. Artiklarnas poäng har sedan omvandlats till procent. För att en artikel skulle inkluderas krävdes en kvalitet på över 50 %. En av artiklarna klarade inte det kriteriet och uteslöts. Ingen artikel nådde en mycket hög kvalitet men tre stycken fick en hög kvalitet. En artikel fick en mycket låg kvalitet men inkluderades på grund av att den ändå klarade kravet på över 50%.

Tabell 2 Resultat av kvalitetsgranskning

	Mycket låg kvalitet (50-59%)	Låg kvalitet (60-69%)	Medelmåttig kvalitet (79-79%)	Hög kvalitet (80-89%)	Mycket hög kvalitet (90-100%)
Antal artiklar	1	5	3	3	0

Tre artiklar saknade en tydlig indelning i någon av de grupper för checklistor som fanns. Därför valde jag att göra en egen checklista (bilaga 1) utgående från de kriterier för kvalitetsgranskning som nämnts. Mina frågor i checklistan behandlade syfte och frågeställningar, metod och urval, resultat, analys och tolkning samt klinisk relevans. (jfr Forsberg & Wengström 2008:54).

4.4 Analys av materialet

Som analysmetod har jag använt mig av innehållsanalys. Arbetssättet vid en innehållsanalys görs så att forskaren systematiskt kategoriserar data för att kunna identifiera olika mönster och teman. Målet med en innehållsanalys är att först nå ett djup i texten, för att sedan kunna förklara data. (Forsberg & Wengström 2008:86).

Jag har alltså kategoriserat de resultat som jag fått för att få tag på olika hälsofrämjande aktiviteter som man kan använda inom skolan. Jag har använt informationen ur artiklarna tillsammans med referensramen för att hitta möjligheter att jobba hälsofrämjande ur ett ergoterapeutiskt perspektiv inom skolmiljön. Utgående från helhetstänkandet i referensramen och kunskapen från min bakgrund har jag skapat tre kategorier: hälsofrämjande arbete som riktar sig till den fysiska hälsan, hälsofrämjande arbete för den psykiska hälsan, och hälsofrämjande arbete för den sociala hälsan.

När jag analyserat mina artiklar så har jag läst igenom alla artiklar och plockat ut alla de aktiviteter eller interventioner som varit hälsofrämjande. De hälsofrämjande aktiviteterna har jag skrivit ner och kategoriserat under rubrikerna fysisk hälsa, psykisk hälsa eller social hälsa. I och med det så har det blivit överskådligt vilken slags verksamhet som främjar de olika hälsoområdena.

4.5 Etiska aspekter

En litteraturstudie innebär att man inte har kontakt med personerna som undersöks utan istället undersöker de resultat som finns från redan gjorda undersökningar. Därför behöver man inte bekymra sig om samtycke av undersökningspersoner eller anonymitet.

Vad som däremot behövs i en litteraturstudie är en noggrannhet när man handskas med undersökningsmaterialet. Ett korrekt genomförande innebär att man inte ska förfalska resultat. Att förfalska resultat kan innebära att man låter bli att presentera fakta eller resultat som påverkar forskningen negativt eller att man presenterar negativa resultat på ett sätt som istället får dem att låta positiva. (Jacobsen 2007:27).

Ett sätt att hålla sig borta från anklagelser om fusk är att låta allt material i forskningen vara tillgängligt för alla, (Jacobsen 2007:27) och att noga redovisa alla artiklar som man använt i studien (Forsberg & Wengström 2008:46). Att vara öppen och så långt som möjligt beskriva precis vad man har gjort i undersökningen är också viktigt för att göra forskningen trovärdig. (Jacobsen 2007:27). Man bör presentera alla resultat, både de som stöder och inte stöder undersökningens syfte. (Forsberg & Wengström 2008:46).

I mitt arbete har jag noga redogjort för alla artiklar som jag använt och också redogjort för resultaten av kvalitetsgranskningen. Jag har också i resultaten tagit med de delar ur artiklarna som inte direkt visat positivt resultat vad gäller hälsofrämjande aktiviteter. För att så långt som möjligt eliminera språkfel i översättningar från engelska till svenska, samt i förståelsen av den engelska texten, har jag förutom att använda ordbok också frågat flera personer om diverse oklara översättningar. Jag har även beskrivit vad jag gjort och hur jag kommit fram till mina resultat.

5 RESULTAT

De resultat som presenteras i detta kapitel har jag funnit i de 12 artiklar som inkluderades. Jag kommer att presentera den hälsofrämjande verksamhet som jag hittat i artiklarna genom att använda mig av mina kategorier från analysen. I de olika kapitlen kommer jag att presentera först verksamhet som främjar den fysiska hälsan, sedan verksamhet som främjar den psykiska hälsan och till sist verksamhet som främjar den sociala hälsan. Jag kommer också att belysa hur de tre områden påverkar varandra.

Tabell 3 Sammanfattning av inkluderade artiklar

Författare/ Årtal	Titel	Metod	Population	Syfte	Poäng
Streng, Nancy J. (2007)	A Follow-up Study of Former Student Health Advocates	Etnografisk studie	5 flickor och 1 pojke	En uppföljningsstudie som undersöker de ungas karriärval och motivation till att bli "Student health advocates" (SHA)	21/27 78%
Mauriello et al (2006)	Acceptability of a School-Based Intervention for the Prevention of Adolescent Obesity	Pilot study	45 high school students	Att beskriva utvecklingen och pilottestingen av ett datorbaserad program för att minska antalet överviktiga ungdomar	21/27 78%
Flicker et al (2008)	Using technology and participatory action research to engage youth in health promotion	Participatory action research	57 ungdomar	Att beskriva hur teknologi använts för att engagera ungdomar i hälsofrämjande projekt	19/27 67%
Melnik et al (2009)	Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study	Randomized controlled pilot study	19 ungdomar EG: 12 KG:7	Att utvärdera effektiviteten av programmet "COPE Healthy Lifestyles TEEN"	25/30 81%
Maglio & McKinstry (2008)	Occupational therapy and circus: Potential partners in enhancing the health and well-being of today's youth	Projekt	Några låg- o högstadier i delstaten Victoria, Australien	Att beskriva och diskutera fördelarna med ett projekt där cirkus varit en aktivitet att pröva på i skola	8,5/10 85 %
Waters et al (2009)	Social and Ecological Structures Supporting Adolescent Connectedness to School: A Theoretical Model	Systematic literature review	51 artiklar	Att få en översikt över litteratur som beskriver hur skolmiljön främjar sammanhållningen i skolan	10,5/16 66%
Jerusalem & Klein Hessling (2009)	Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy	Intervention projects	921 elever	Att granska två skolprojekt vars syfte är att främja tyska elevers själv effektivitet	14,5/27 54%

Poulsen & Ziviani (2004)	Health enhancing physical activity: Factors influencing engagement patterns in children	SCOPE-IT model	-	Att med hjälp av SCOPE-IT modellen beskriva riskerna för inaktivitet och diskutera hur man kan fånga upp barn i riskzonen.	6,5/10 65%
Boutleoup & Beltran (2007)	Application of the occupational adaptation framework in child and adolescent occupational therapy practice. A case study	Case study	Jack, 13 år	Att överblicka vilken potential "occupational adaptation theory" har i ergoterapiarbete med barn	18/27 67%
Tacker & Dobie (2008)	MasterMind: Empower Yourself With Mental Health. A program for Adolescents	Pilot program	30 elever	Att utveckla och pilottesta programmet MasterMind	18/27 67%
Fornieris et al (2010)	Results of a Rural School-Based Peer-Led Intervention for Youth: Goals for Health	Randomized controlled trial	23 elever EG: 12 KG: 11	Att utvärdera påverkan av det skolbaserade programmet GFH (Goals for Health)	24/30 80%
Delisle et al (2010)	Relationship Between Frequency and Intensity of Physical Activity and Health Behaviors of Adolescents	Enkätundersökning	822 elever	Undersöka relationen mellan frekvens och intensitet vid fysisk aktivitet	14/20 70%

5.1 Den fysiska hälsan

Att vara fysiskt aktiv, eller göra sådana val som påverkar kroppen på ett fördelaktigt sätt fysiskt, t.ex. matvanor, är ett steg mot ett hälsosammare liv. Här kommer att presenteras sådana aktiviteter som jag hittat i artiklarna.

Man har konstaterat att många saker främjar den fysiska hälsan. Att ha hälsosamma rollmodeller är viktigt bland ungdomar. Äldre elever kan därför bli förebilder för de yngre och bygga upp en hälsosam livsstil som anammas av andra. Också att bli medveten om hälsosamma matvanor kan resultera i bättre fysisk hälsa, eftersom kroppen får i sig rätt näring. Även här kan rollmodeller vara en bra metod att få unga mer hälsosamma. (Fornieris et al 2010).

Den direkta fysiska aktiviteten är också viktig. Och speciellt viktigt är det att de unga känner att aktivitet är roligt, och inte något påtvingat. (Poulsen & Ziviani 2004). Här har grupstrycket och tryggheten stor inverkan. Om de unga känner sig trygga i en situation

så är förutsättningarna för att våga vara fysiskt aktiv bättre. (Maglio & McKinstry 2008).

För lite fysisk aktivitet och dåliga matvanor gör att risken för fetma blir större. Därför finns det idag olika interventioner som strävar efter att förebygga fetma, och de interventionerna kan ses som verksamhet som främjar den fysiska hälsan. De fetmaförebyggande programmen tar fasta på vikten av fysisk aktivitet och goda matvanor, vilka ses som grundstenarna för att främja den fysiska hälsan. (Mauriello et al 2006).

Ett skolbaserad interventionsprogram för att motverka fetma har gjorts och visat sig vara effektivt. Det upplevdes positivt av de unga, som tyckte det var lätt att använda och de tyckte att programmet passade för deras åldersgrupp. (Mauriello et al 2006). Också ett program vars syfte var att stärka de ungas egna motivation visade sig ha positiva effekter på vilka val de gjorde i fråga om matvanor. Programmet var dessutom så effektivt att de unga gärna hade rekommenderat det till sina jämnåriga kamrater, *"because it is helpful for everyone"*. (Melnik et al 2009).

Ungdomar får ofta höra om vikten av att vara fysisk aktiv, och ofta kan de bli trötta på att hela tiden höra samma sak. Att därför ta in olika utomstående yrkesgrupper i skolan som påpekar vikten av fysisk aktivitet kan ge ungdomarna en ny motivation att lyssna och ta till sig. Det är också viktigt att förstå elevernas tankar kring fysisk aktivitet för att kunna nå dem på bästa sätt. En modell att använda fokuserar på elevernas engagemang kring de fyra aktivitetsområdena, dagliga aktiviteter, vila, arbete (skola) och fritid. (Poulsen & Ziviani 2004).

Att de unga själva får välja sina hälsomål har visat sig vara en bra början till att få dem att ändra sitt beteende (Forneris et al 2010). Därför vore det bra med fler valbara gymnastikkurser i skolorna, vid sidan om de som redan finns (Delisle et al 2010). Då skulle de unga ha större valmöjligheter och en känsla av att de själva bestämmer vilken fysisk aktivitet de vill hålla på med.

5.2 Den psykiska hälsan

I detta kapitel kommer jag att presentera aktiviteter som främjar den psykiska hälsan. Dit räknar jag aktiviteter eller interventioner som fokuserar på att stärka självförtroendet eller självkänslan.

Är det något som behövs för att man ska ha psykisk hälsa så är det självförtroende och självkänsla. Fysisk aktivitet under trygga och kontrollerade former kan hjälpa elever att få bättre självförtroende. Genom att ta in olika yrkegrupper från samhället, som inte känner eleverna, kan det hjälpa eleverna att komma över sina rädslor och bli starkare psykiskt. Ergoterapeuter finns bland de yrkesgrupper som kan komma in i skolan med nya idéer och möjligheter. (Maglio & McKinstry 2008).

Liksom i arbetet med att främja den fysiska hälsan ser vi också när det kommer till psykisk hälsa interventionsprogram där äldre elever lär ut hälsofrämjande beteende åt yngre elever. Och dylika program främjar inte bara de yngre elevernas hälsa, utan även de äldres. För de äldre eleverna är det en meningsfull sysselsättning som ger dem självförtroende och som gör dem till rollmodeller, vilket i sin tur innebär att de själva måste tänka på hur hälsosamma de faktiskt är. (Streng 2007). Följande citat visar att unga mår bra av att kunna ge av sig själv och hjälpa andra unga.

If they [the children] only have positive role models in their life, and then from that time until they can decide. It's just going to...benefit them for their whole life...somebody who is trying to show them good. (Streng 2007).

MasterMind: Empower Yourself With Mental Health är ett program som man genomför i klass och som ger eleverna bättre mental hälsa. Orsaken är att man skapar en trygg miljö för eleverna, och hjälper alla, inte bara de som har problem. I programmet kombinerar man instruktioner och skrivuppgifter med gruppaktiviteter, individuella uppgifter och öppna diskussioner. Programmet går ut på att man ska ge de unga verktyg för att själva kunna styra över sin mentala hälsa. Så kallade ”peer-teachnig-peer” aktiviteter har visat sig ge gott resultat. (Tacker & Dobie 2008).

För att främja den psykiska hälsan behövs mer än bara undervisning. Man behöver praktiska övningar och olika interventionsprogram som verkligen ger de unga en möjlighet att utveckla sig själva och motverka mentala störningar. (Melnik et al 2009).

För att ytterligare öka förutsättningar för att främja psykisk hälsa bland unga så behöver man göra lärarna kompetenta kring begreppet självkänsla. De behöver veta vad begreppet innebär och hur de kan anpassa sin undervisning så att de främjar sina elevers självkänsla. (Jerusalem & Klein Hessling 2009).

Men trots att skolan och utomstående yrkesgrupper har mycket att ge i det hälsofrämjande arbetet så bör också familjen involveras för att uppnå den bästa möjliga mentala hälsan. Vi får inte glömma att familjen också har en viktig del i det hälsofrämjande arbetet. Man måste satsa på att familjen finns där som stöd, men också som bollplank. (Bouteloup & Beltran 2007).

5.3 Den sociala hälsan

Den sociala hälsan handlar mycket om att känna gemenskap. I detta kapitel presenteras arbete som främjar den sociala hälsan.

Så kallade "peer-teaching-peer" metoder, där äldre elever fungerar som rollmodeller för yngre har också visat sig främja den sociala hälsan. Dyliga metoder gynnar de medverkande på ett sådant sätt att de börjar känna sig som "vi" istället för "jag". En känsla av gemenskap infinner sig, vilket främjar den sociala hälsan. (Streng 2007).

I thought that it was so much fun to do and so much fun to get together with friends and...talk about things and plan things...it was just kind of nice being with other people that had the same views as you did. (Streng 2007:355)

När ungdomar får göra saker tillsammans och verkligen känna sig värdefulla, då främjar man den sociala hälsan. "*We are a group of teens on a mission, a total expedition, battling tobacco and its foolish composition.*" (Flicker et al 2008). Att få de unga att känna att de tillhör en gemenskap kan man göra på flera olika sätt, t.ex. genom att skapa en omgivning där känner gemenskap, har möjlighet att öka sin sociala förmåga samt träna sig i "teamwork". (Maglio & McKinstry 2008).

Goda relationer mellan alla i skolan, både elever, lärare och övrig personal, medverkar till en positiv anda i skolan och en känsla av gemenskap. Därför är det lika viktigt att satsa på klimatet i skolan, för att främja hälsa, som att satsa på själva undervisningen. (Waters et al 2009).

...social self-efficacy can be enhanced by establishing a positive class climate, where students support each other and teachers are sensitive to the individual needs of their students. (Jerusalem & Klein Hessling 2009:339)

En positiv stämning i klassen bidrar alltså till att främja elevers hälsa. För att få ett gott klimat i klassen är det viktigt att eleverna stöder varandra istället för att ignorera varandra och varandras problem. (Jerusalem & Klein Hessling 2009). Att också ge eleverna en möjlighet att få vara med i de beslut som tas i skolan främjar deras sociala hälsa. (Waters et al 2009).

5.4 Sammanfattning

Har jag då svarat på mina frågeställningar? Den första frågeställningen lyder ”vilka aktiviteter, som har använts i hälsofrämjande syfte, finns dokumenterade i forskningen?” Den måste kanske omtolkas lite eftersom många av mina artiklar inte direkt behandlade specifika aktiviteter, utan de flesta beskriver olika interventionsprogram som främjar hälsa för skolungdomar. De hälsofrämjande aktiviteter, som jag till en början ville leta efter, har blivit ett bredare begrepp och ses nu som hälsofrämjande verksamhet, eller hälsofrämjande arbete. Jag avser samma sak, men begreppen måste omformuleras.

”*Peer-teaching-peer*” program finns det flera av i artiklarna, och det betyder att äldre elever undervisar de yngre eleverna i hälsa, samt blir förebilder och rollmodeller för de yngre eleverna. Sådana program har visat sig främja hälsan både hos de äldre och yngre eleverna. Att undervisa de unga om hälsa och riskfaktorer och också medvetandegöra dem om sina egna vanor har visat sig vara effektivt. (Streng 2007; Flicker et al 2008).

En stor del av hälsan påverkas också av ens självförtroende och självkänsla, och att främja självförtroende och självkänsla är grunden till psykisk hälsa, och också viktigt för att kunna uppnå fysisk och social hälsa. För att främja den psykiska hälsan kan man ge lärarna verktyg för att stärka elevernas självkänsla (Jerusalem & Klein Hessling 2009). Man har också utvecklat olika program för att motverka mentala störningar, så som COPE TEEN. (Melnik et al 2009). Många av de programmet som beskrivs i artiklarna går ut på att ge eleverna en möjlighet att själva påverka sin hälsa, en slags hjälp till självhjälp (jfr Tacker & Dobie 2008).

Mina andra forskningsfråga lyder ”Hur kan dessa hälsofrämjande aktiviteter användas i skolmiljö?”. Den frågan besvarades nästan av sig självt, eftersom de flesta artiklarna redan handlade om verksamhet som skett i skolan. I min artikelsökningen hade jag också med ordet skola som sökord i de flesta sökningar, vilket automatiskt gav artiklar som behandlade hälsofrämjande verksamhet i skolan. Många av de program som beskrivits i forskningartiklarna har alltså genomförts i skolan under ledning av lärare eller skolhälsovårdare. Men det poängteras också i artiklarna att lärarna kanske inte alltid är den yrkesgrupp som borde undervisa också i hälsoämnen, utan att man kunde ta in andra yrkesgrupper som omväxling.

Detta tror jag är centralt i svaret på min andra forskningsfråga, vem som ska ha ansvaret för att främja hälsa i skolan, alltså hur man ska bygga upp den hälsofrämjande verksamheten i skolan. Om det inte är lärarna så måste man fråga sig vem det då är, och här visar mitt resultat att ergoterapeuter är en yrkesgrupp som väl skulle passa in i skolmiljön som hälsofrämjare. (se Poulsen & Ziviani 2004).

6 DISKUSSION

Hälsofrämjande aktiviteter för skolungdomar är ett aktuellt ämne som jag tycker att man borde undersöka mera. Vilka aktiviteter tilltalar de unga och vilka aktiviteter främjar hälsa? Mitt arbete tar bara upp en liten del av de forskningar som finns, men det är en början. Jag hoppas i framtiden att ämnet hälsa kommer upp till diskussion oftare och att vi skulle anamma ett hälsofrämjande synsätt när vi planerar de ungas vardag. Att sätta in interventioner i förebyggande syfte tror jag att är nästa steg för att kämpa för hälsa.

I detta kapitel kommer jag först att diskutera min metod, om det var en bra metod och vad jag kunde ha gjort annorlunda. Sedan kommer jag att diskutera mina resultat och till sist diskutera hur mitt arbete påverkar ergoterapin och arbetslivet samt ge förslag på vidare forskning.

6.1 Resultatdiskussion

Det finns många aktiviteter, program och interventioner som kan användas i skolmiljön för att främja hälsa hos de unga. Flest interventioner stöder den psykiska hälsan och den sociala hälsan, medan den fysiska hälsan blir en sekundär vinst. I de flesta av mina artiklar ser man också att man kan använda det sociala samspelet mellan människor för att främja både den fysiska, psykiska och sociala hälsan. (se t.ex. Streng 2007)

Det poängteras i artiklarna att man bör uppmärksamma samspelet mellan den fysiska, psykiska och sociala hälsan på grund av att de påverkar varandra (se t.ex. Maglio & McKnistry 2008). Detta visar det som WHO redan på 1948 sade, att vi för att uppnå hälsa behöver både ett fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande. (Medin & Alexanderson 2000).

Ewles & Simnett (2005) talar om detta med att individer ska kunna hjälpa sig själva till ett bättre hälsa. Detta är man också inne på i en av forskningsartiklarna där ett program (Goals for Health) går ut på att äldre elever lär de yngre eleverna att bli hälsosamma, att sätta upp egna hälsomål samt att själva inse att hälsa är viktigt. (Forneris et al 2010).

Och trots att det har visat sig vara viktigt att stöda elever till att ta ansvar för sin egna hälsa så måste vi fortsättningsvis finnas där som stöd. Vi yrkesmänniskor kan finnas där

för att anpassa miljön så att den bäst lämpar sig för hälsofrämjande verksamhet. (se Medin & Alexanderson 2000:116). Detta visar sig i Maglio & McKinstry's (2008) artikel, där man erbjuder eleverna en trygg miljö i vilken de kan utveckla sig själv och sin psykiska, fysiska och sociala hälsa. Och eftersom varje elev är unik så måste vi också försöka hitta individuellt anpassade aktiviteter till alla (Wilcock 2006).

Hur andra yrkesgrupper än lärare, och annan skolpersonal, kan finnas med i skolvardagen är en central fråga i många artiklar. Vi ser i resultaten att andra yrkesgrupper föreslås som goda lärare i hälsorelaterade ämnen. (Ziviani & Poulsen 2010; Maglio & McKinstry 2008; Flicker et al 2008). Detta visar sig också när Institutet för hälsa och välfärd (2006) konstaterar att de unga inte känner förtroende för skolpersonalen. De känner inte att de kan tala med skolpersonalen om annat än själva studierna. Också i den tidigare forskningen har Whitehead (2006) kommit fram till att skolhälsovårdaren bör samarbeta mera med andra yrkesgrupper, istället för att jobba ensam.

Något som den tidigare forskningen och min forskningsöversikt är överens om är att skolan har en utmärkt möjlighet att vara en förenande institution där olika yrkesgrupper och samarbetspartners kan främja hälsa. (Hoyle et al 2008; Maglio & McKinstry 2008). Att det är viktigt med samarbete inom hälsoarbetet menar Wilcock (2006) när hon säger att vi alla har en del i hälsoarbetet. Hon säger vidare att hälsa skapas där vi lär oss, leker och älskar, vilket ger oss en vink om att det hälsofrämjande arbete ska ske i vardagen.

Vi har kunnat läsa att utgångspunkten för en hälsofrämjande arena är att miljön ger individen möjlighet att ha inflytande (Medin & Alexanderson 2000). I resultaten ser vi detta när vi ser på den sociala hälsan. Vi ser att goda relationer mellan elever och personal ger en positiv skolmiljö och en känsla av gemenskap. (Waters et al 2009).

Precis som Wilcock (2006) kunnat konstatera i sin referensram så har jag i mitt arbete kunnat konstatera att hälsofrämjande verksamhet bör ses som en helhet, där både den fysiska, psykiska och sociala hälsan beaktas och främjas. Wilcock har myntat begreppet *becoming through being and doing* och vi kan se att de olika delarna faktiskt påverkar varandra. Om vi är socialt välmående så kan det hjälpa oss att bli både fysiskt och psykiskt välmående och vice versa. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att hälsa

kräver välmående inom alla tre kategorier och att de olika kategorierna påverkar varandra ömsesidigt.

6.2 Metoddiskussion

Orsaken till att jag valde att göra en forskningsöversikt var att ämnet som jag ville undersöka är relativt nytt och det var svårt att på annat sätt få den information som jag var ute efter.

Min första tanke var att jag skulle använda mig av fokusgrupper och intervjua skolpersonal om deras tankar kring hälsofrämjande, samt deras tankar om en ergoterapeut i skolan. Men jag insåg att få besitter den kunskap som jag var ute efter. Få personer inom skolan kan ha en relevant åsikt om det ska finnas en ergoterapeut i skolan eftersom få faktiskt har varit med om sådana situationer. Så det bästa sättet för mig att få den informationen som jag var ute efter var att använda mig av forskningsartiklar, och hitta artiklar som tangerade mitt ämne. Också det faktum att det fanns ganska lite litteratur gjorde att jag ville försöka samla det som fanns för att kunna se hur mycket som faktiskt har forskats kring hälsofrämjande aktiviteter bland unga, och kunna använda det.

Metoden fungerade, trots att artiklarna var svåra att hitta. Artikelsökningen var det som tog tid, att hitta de rätta sökorden och avgränsa på ett sådant sätt att jag hittade relevanta artiklar. Artikelsökningen höll på under en lång tid och jag prövade hela tiden på nya kombinationer av sökord och hittade nya databaser. Att hitta artiklar som klarade av mina inklusionskriterier var dock inte lätt.

De flesta artiklar riktade sig mest till hälsovårdare (*nurses*) och de som var specifika ergoterapiartiklar behandlade oftast barn och unga med olika funktionshinder. Att hitta artiklar som handlade om ”friska” barn och unga men som ändå tog upp ämnet hälsofrämjande var få. Därför blev också antalet artiklar, 12 stycken, lite i underkant. De artiklar jag hittade har dock gett mig användbar information och därför tycker jag att antalet ändå har varit tillräckligt.

Hur är det då med undersökningens validitet? Intern validitet innebär att man kan visa på att de data man samlat in och de slutsatser man dragit är riktiga (Jacobsen 2007:156).

Vad gäller forskningsartiklarna så har jag gallrat ordentligt bland de artiklar jag hittat för att hitta artiklar som behandlade allt vad jag ville. Jag har också gjort en kvalitetsgranskning av alla artiklar och också i det skedet uteslutit en artikel som fick för låg tillförlitlighet.

I min kvalitetsgranskning använde jag mig av checklistor (bilaga 2-5) utvecklade av Forsberg & Wengström (2008) samt en egen checklista (bilaga 1). Orsaken till att jag utformade en egen checklista var att tre av mina artiklar var svåra att kategorisera under litteraturstudier, RCT-studier, kvasiexperimentella studier eller kvalitativa studier. Därför valde jag att göra en egen checklista genom att använda mig av de kriterier för en kvalitetsgranskning som finns, nämligen att man ska granska studiens syfte, frågeställningar, design, urval och mätinstrument samt analys och tolkning. (Jacobsen 2007).

Det går att diskutera hur stor tillförlitlighet en egen checklista har, men eftersom jag använt mig av de kriterier för kvalitetsgranskning som finns så anser jag att den går att använda. Man kan också tycka att artiklarna borde exkluderas om de inte går att kategorisera under en metod, men de artiklar som det handlade om kändes ändå viktiga, och de gav bra information till mitt resultat. Dessutom fick jag ganska olika kvalitet på de tre artiklarna som granskades med den egna checklista. En av artiklarna uteslöts, medan de andra två fick en kvalitet på 85 respektive 65 %.

Min analysmetod var innehållsanalys och jag tyckte att det fungerade bra att använda den analysmetoden. Eftersom det finns så pass mycket information i varje artikel så kändes det skönt att ha arbetat fram de olika kategorierna som jag kunde sätta in informationen i. I analysen använde jag mig av de begrepp som jag hittat i min teoretiska referensram och också de begrepp som det allmänt pratas om både i forskningsartiklarna och i bakgrundslitteraturen. Jag anser att det ger en större tyngd till analysen att de olika begreppen använts parallellt för att beskriva samma sak.

Att direkt översätta Wilcocks (2006) begrepp *doing*, *being* och *becoming* till fysisk, psykisk och social hälsa var min första tanke. Men vid närmare eftertanke så innebär *doing* allt som vi gör, hela vårt görande. Jag har därför valt att använda mig av begreppen fysisk, psykisk och social hälsa, med Wilcocks begrepp som bollplank i bakgrunden. I min bakgrund tar flera författare upp de tre begreppen och de känns

därför väldigt angelägna. Analysen och kategoriseringen kan kännas ologisk, men eftersom de olika begreppen fysisk, psykisk och social hälsa ändå påverkar varandra på ett sätt som liknar Wilcocks *becoming through doing and being* så har jag valt att använda mig av de begreppen.

Vi har också den externa validiteten, som innebär att man kan generalisera resultaten från undersökningen (Jacobsen 2007:166). Att hitta artiklar på forskningar som gjorts i Finland är inte lätt och en negativ sak med mina artiklar är att de flesta undersökningarna genomförts i USA eller Australien. Det är något som kan påverka generaliserbarheten, på samma gång som hälsa ändå är ett världsövergripande begrepp. Jag tror att vi behöver både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande för att uppnå hälsa var än i världen vi befinner oss.

Vad gäller de begränsningar jag gjort i mina sökningar så kan det ha påverkat mitt arbete. Endast artiklar på svenska och engelska har tagits med vilket kan ha gjort att bra artiklar på andra språk fallit bort. Också det faktum att alla inkluderade artiklar var engelskspråkiga kan ha påverkat resultaten. Att läsa och ta in kunskap på ett annat språk än sitt modersmål kan leda till missförstånd och feltolkningar, men genom att läsa igenom varje artikel många gånger, samt ta hjälp av ordbok och andra personer, så tror jag ändå att jag har fått ut rätt information från mina artiklar.

Sammanfattningsvis tycker jag att en forskningsöversikt fungerade bra som metod till detta arbete. Artikelsökningen kunde ha gjorts mera systematisk, men eftersom den höll på under en lång tid så var det svårt att hålla en ordentlig struktur på den. Jag tycker ändå att jag har behandlat mina artiklar så som man bör göra och att de gett mig det jag letat efter.

6.3 Betydelse för ergoterapi och förslag på vidare forskning

Trots att skolan har bra förutsättningar för att vara en hälsofrämjande arena så får man inte ha orealistiska förväntningar på skolan. Lärarna har redan nu ett stort ansvar och en stor arbetsmängd och har kanske inte tid att också jobba med hälsan. (Tones & Tilford 2001).

Här kommer vi igen in på detta att ergoterapeuter skulle vara en bra yrkesgrupp för att främja hälsa i skolmiljön och därför blir det väldigt aktuellt med det som Maglio & McKinstry (2008) skriver; ”*The occupational therapy profession can play a key role in education reform, which includes working in partnership with community organizations to develop innovative programs that meet the needs of the youth*”. De menar att ergoterapeuter kan jobba som en brobyggare mellan skolan och samhället, och som hjälper skolpersonalen med att utbilda/undervisa starka och hälsosamma ungdomar.

Eftersom Wilcock (2006) skriver att huvudmålet för ergoterapi är att möjliggöra för människor att vara aktiva i sina liv, så tror jag att ergoterapeuterna kunde vara en av yrkesgrupperna som kommer in i skolan och hjälper lärarna med den aktiva och hälsofrämjande fostran. Ergoterapeuter är också bra på att anpassa och adaptera miljöer enligt klienternas behov, vilket vi skulle kunna göra också inom skolvärlden.

I analysen av forskningsartiklarna tangerade jag Wilcocks begrepp *doing, being* och *becoming*. Dessa begrepp blir centrala inom ergoterapin för att vi ser människan som en helhet, men de blir också centrala begrepp inom det hälsofrämjande arbetet eftersom vi behöver uppnå både fysiskt, psykiskt och socialt välmående för att uppnå hälsa. Och just på grund av att vi ergoterapeuter ser människan som en helhet och vill jobba med hela människan, så tror jag att vi skulle ha en viktig roll i skolan. Jag håller med Maglio & McKinstry (2008) om att vi skulle kunna fungera som brobyggare mellan olika instanser som vill främja ungdomars hälsa, och jag tycker också att vi bör finnas där, i skolan, för att bygga upp ett förtroende bland eleverna och finnas där som observatör.

Att jobba sida vid sida med lärarna tror jag också fungerar, med tanke på att vi, liksom dem, jobbar mot målsättningar. Lärarna har sina läroplaner med målsättningar för eleverna, och ergoterapeuterna har alltid målsättningar för sina terapier och aktiviteter. Att då sätta upp gemensamma mål och verkligen jobba mot dem tror jag är ett stort steg mot en skolmiljö där eleverna själva kan främja sin hälsa.

Som sagt så tar jag i detta arbete upp endast en liten del av det hälsofrämjande arbetet, men jag hoppas och tror att det kan vara till nytta och ge en inblick i vikten av ett hälsofrämjande arbete. Jag vill också med detta arbete slå ett slag för ergoterapin som ett brett område som kan hjälpa till inom många olika instanser. På grund av att ergoterapi på vissa ställen ännu är ett av de mindre kända yrken så tror jag att vi bör visa

framfötterna också inom skolvärlden. Och jag är övertygad om att vi har mycket att ge inom den grundläggande utbildningen, både som enskilda yrkesutövare och som samarbetspartners i ett team kring eleverna.

Det behövs mer forskning kring hälsofrämjande aktiviteter i skolmiljön. Jag tycker att man borde forska mera kring vilka aktiviteter eller interventioner som känns motiverande för eleverna. Om det inte finns motivation så hjälper sällan interventioner heller. Man borde också kartlägga hur de unga faktiskt mår genom att titta på de olika aspekterna på hälsa; fysisk, psykisk och social, för att få en bättre överblick över vad de unga faktiskt saknar.

KÄLLOR

- Backman, Jarl. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-00417-6.
- Bouteloup, Zoe & Beltran, Ruth. 2007. *Application of the occupational adaptation framework in child and adolescent occupational therapy practice. A case study*. I: Australian Occupational Therapy Journal. Vol. 54 s. 228-238.
- Delisle, Tony T.; Werch, Chudley E.; Wong, Alvin H.; Bian, Hiu & Weiler, Robert. 2010. *Relationship Between Frequency and Intensity of Physical Activity and Health Behaviours of Adolescents*. I: Journal of School Health. Vol. 80 nr 3 s. 134-140.
- Earle, Sarah. 2007. Focusing on the health of children and young people. I: Earle, Sarah; Lloyd, Cathy E; Sidell, Moyra & Spurr, Sue. red. *Theory and research in promoting health*. London: Sage Publications. Kap 6. ISBN 978-1-4129-3071-0.
- Ewles, Linda & Simnett, Ina. 2005. *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-03596-9.
- Flicker, Sarah; Male, Oonagh; Ridgley, Andrea; Biscope, Sherry; Lombardo, Charlotte & Skinner, Harvey A. 2008. *Using technology and participatory action research to engage youth in health promotion*. I: Action Research. Vol. 6 s. 285-303.
- Giota, Joanna. 2005. Att studera barn och ungdomar i skolan. I: Larsson, Sam; Lilja, John & Katarina Mannheimer. red. *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. Kap. 12. ISBN 91-44-03319-2.
- Institutet för hälsa och välfärd. 2006. *Enkäten Hälsa i skolan 2006: Ungdomarnas förbättrade levnadsförhållanden syns inte i hälsan*. [www]. Publicerad 28.8.2006. Hämtad 19.1.2011. Tillgänglig från:
http://www.stakes.fi/SV/Ajankohtaista/Tiedotteet/2006/p_280806.htm
- Fornieris, Tanya; Fries, Elizabeth; Meyer, Aleta; Buzzard, Marilyn; Uguy, Samy; Ramakrishnan, Ramesh; Lewis, Carol; Danish, Steven. 2010. *Results of a Rural School-Based Peer-Led Intervention for Youth: Goals for Health*. I: Journal of School Health. Vol. 80 nr 2 s. 57-65.
- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur. ISBN 978-91-27-10016-9.
- Forsström, Jan & Pelanteri, Simo. 2010. *Institutionsvård inom specialiteten psykiatri 2008*. [www]. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtad 19.1.2011. Tillgänglig från:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr04_10.pdf

- Hoyle, Tena B.; Samek, Beverly B. & Valois, Robert F. 2008. *Building Capacity for the Continuous Improvement of Health-Promoting Schools*. I: Journal of School Health. Vol 78 (1) s. 1-8.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-00638-3.
- Jerusalem, Matthias & Klein Hessling, Johannes. 2009. *Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy*. I: Health Education. Vol. 109 s. 329-341.
- Joronen, Katja; Rankin, Sally H. & Åstedt-Kurki, Päivi. 2008. *School-based drama interventions in health promotion for children and adolescents: systematic review*. I: Journal of Advanced Nursing. Vol 63, nr 2, s. 116-131.
- Karlsson, Lars. 2004. *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur. 3 uppl. ISBN 91-44-04290-6.
- Kielhofner, Gary. 2008. *Model Of Human Occupation. Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins. 4 uppl. 565 s. ISBN 978-0-7817-6996-9.
- Klepp, Knut-Inge & Aarø, Leif Edvard [red]. 2009. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Kap 16. Gyldendal akademisk. ISBN 978-82053-25524.
- Kuoppala, Tuula & Säkkinen, Salla. 2009. *Barnskydd 2008*. [www]. Institutet för hälsa och välfärd. Hämtad 19.1.2011. Tillgänglig från:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr19_09.pdf
- Maglio, Jill & McKinstry, Carol. 2008. *Occupational therapy and circus: Potential partners in enhancing the health and well-being of today's youth*. I: Australian Occupational Therapy Journal. Vol. 55 s. 287-290.
- Mauriello, Leanne; Driskell, Mary Margaret; Sherman, Karen; Johnson, Sara; Prochaska, Janice & Prochaska, James. 2006. *Acceptability of a School-Based Intervention for the Prevention of Adolescent Obesity*. I: The Journal of School Nursing. Vol. 22 s. 269-277.
- Medin, Jennie & Alexanderson, Kristina. 2000. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-01598-4.
- Melnyk, Bernadette; Jacobsen, Diana; Kelly, Stephanie; O'Haver, Judith; Small, Leigh & Mays, Mary. 2009. *Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study*. I: Journal of School Health. Vol. 79 s. 575-584.
- Naidoo, Jannie & Earle, Sarah. 2007. Who promotes public health? I: Earle, Sarah; Lloyd, Cathy E; Sidell, Moyra & Spurr, Sue. red. *Theory and research in promoting health*. London: Sage Publications. Kap 4. ISBN 978-1-4129-3071-0.

- O'Brien, Liam M; Polacsek, Michele; MacDonald, Pamela B; Ellis, Jacqueline; Berry, Susan & Maartin, Maurice. 2010. *Impact of a School Health Coordinator Intervention on Health-Related School Policies and Student Behaviour*. I: Journal of School Health. Vol 80, nr 4, s. 176-185.
- Poulsen, Anne A. & Ziviani, Jenny M. 2004. *Health enhancing physical activity: Factors influencing engagement patterns in children*. I: Australian Occupational Therapy Journal. Vol. 51 s. 69-79.
- Rydqvist, Lars-Göran & Winroth, Jan. 2004. *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB. ISBN 91-87660-08-3.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2007. *Hälsofrämjande. Regeringens politikprogram*. [www]. Hämtat 21.1.2011. Tillgängligt från: <http://www.hallitus.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/sv.jsp>
- Streng, Nancy J. 2007. *A Follow-up Study of Former Student Health Advocates*. I: The Journal of School Nursing. Vol. 23 s. 353-358.
- Tacker, Katherine A. & Dobie, Sharon. 2008. *MasterMind: Empower Yourself With Mental Health. A Program for Adolescents*. I: Journal of School Health. Vol. 78 nr 1 s. 54-57.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. [www]. *Peruskoulun yläluokkalaisten ja lukiolaisten hyvinvointi 2000/2001-2008/2009. Kouluterveyskysely 2009*. Publicerad 5.1.2010. Hämtad 11.11.2011. Tillgänglig från: http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DC2944EE-0D93-49AB-BA6E-EB07CECB21AF/0/kokomaa_yhdistetty_2009.pdf
- Tones, Keith & Green, Jackie. 2004. *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: SAGE Publications. ISBN 978-0-7619-7448-2.
- Tones, Keith & Tilford, Sylvia. 2001. *Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Kap 5. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd. 3 uppl. ISBN 0 7487 4527 0.
- Undervisningsministeriet. 2008. *Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogrammet 2007-2011*. [www]. Hämtad 21.1.2011. ISBN 978-952-485-494-8 (PDF). Tillgänglig från: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/opm6.pdf?lang=>
- Utbildningsstyrelsen. 2004. *Grunderna för läroplanen för den grundläggande undervisningen 2004*. [www]. Hämtat 19.1.2011. ISBN 952-13-1993-3 (pdf). Tillgänglig från: <http://www02.oph.fi/svenska/ops/grundskola/LPgrundl.pdf>
- Waters, Stacey K.; Cross, Donna S. & Runions Kevin. 2009. *Social and Ecological Structures Supporting Adolescent Connectedness to School: A Theoretical Model*. I: Journal of School Health. Vol. 79 s. 516-524.

Weintraub, Naomi & Erez, Asnat Bar-Him. 2009. *Quality of Life in School (QoLS) Questionnaire: Development and Validity. I*: American Journal of Occupational Therapy. Vol 63. 6/2009 s. 724-731.

Whitehead, Dean. 2006. *The health-promoting school: what role for nursing? I*: Journal of Clinical Nursing. Vol 15 s. 264-271.

Wilcock, Ann A. 2006. *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare: SLACK Incorporated. 2 uppl. ISBN 978-1-55642-754-1.

BILAGA 1 EGEN CHECKLISTA

1. Finns syftet med studien tydligt beskrivet?
2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
3. Var och med vilken metod genomfördes undersökningen?
4. Hur valdes undersökningsspersonerna?
5. Vilka resultat presenterades?
6. Har analys och tolkning diskuterats?
7. Stämmer resultaten överens med syftet?
8. Har resultaten klinisk relevans?
9. Vilka slutsatser drar författaren?
10. Ska artikeln inkluderas?

BILAGA 2 CHECKLISTA FÖR KVALITATIVA STUDIER

A. Syftet med studien?

1. Vilken kvalitativ metod användes?
2. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?
Ja () Nej ()

B. Undersökningsgrupp

3. Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)
Ja () Nej ()
4. Var genomfördes undersökningen?
5. Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
6. Vilken urvalsmetod användes?
() Strategiskt val
() Snöbollsurval
() Teoretiskt urval
() Ej angivet
7. Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).
8. Är undersökningsgruppen lämplig?
Ja () Nej ()

C. Metod för datainsamling

9. Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)?
Ja () Nej ()
Beskriv:
10. Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?
Beskriv:
11. Ange datainsamlingsmetod:
() ostrukturerade intervjuer
() halvstrukturerade intervjuer
() fokusgrupper
() observationer
() video-/bandinspelning
() skrivna texter eller teckningar
12. Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?
Ja () Nej ()

D. Dataanalys

13. Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?
Ange om:
() teman är utvecklade som begrepp
() det finns episodiskt presenterade artiklar
() de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
() svaren är kodade
Resultatbeskrivning:
14. Är analys och tolkning av resultaten diskuterade?
Ja () Nej ()
15. Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?
Ja () Nej ()
16. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?
Ja () Nej ()
17. Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
Ja () Nej ()
18. Är resultaten återinförda och diskuterade med undersökningsgruppen?
Ja () Nej ()
19. Är teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevos för goda tolkningar)?
Ja () Nej ()

E. Utvärdering

20. Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?
Ja () Nej ()
21. Stöder insamlade data forskarens resultat?
Ja () Nej ()
22. Har resultaten klinisk relevans?
Ja () Nej ()
23. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?
Ja () Nej ()
24. Finns risk för bias?
Ja () Nej ()
25. Vilken slutsats drar författaren?
26. Håller du med om slutsatsen?
Ja () Nej ()
Om nej, varför inte?
27. Ska artikeln inkluderas?
Ja () Nej ()

(Forsberg & Wengström, 2008)

BILAGA 3 CHECKLISTA FÖR KVANTITATIVA ARTIKLAR – KVASI-EXPERIMENTELLA STUDIER

A. Syftet med studien?

1. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja () Nej ()

2. Är designen lämplig utifrån syftet?

Ja () Nej ()

B. Undersökningsgruppen

3. Vilka är inklusionskriterierna?

4. Vilka är exklusionskriterierna?

5. Vilken urvalsmetod användes?

() Randomiserad urval

() Obundet slumpmässigt urval

() Kvoturval

() Konsekvent val

() Urvalet ej beskrivet

6. Är undersökningsgruppen representativ?

Ja () Nej ()

7. Var genomfördes undersökningen?

8. Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

9. Vilka mätmetoder användes?

10. Var reliabiliteten beräknad?

Ja () Nej ()

11. Var validiteten diskuterad?

Ja () Nej ()

D. Analys

12. Var demografiska data liknande i jämförelsegruppen?

Ja () Nej ()

Om nej, vilka skillnader fanns?

13. Hur stort var bortfallet?

14. Fanns en bortfallsanalys?

Ja () Nej ()

15. Var den statistiska analysen lämplig?

Ja () Nej ()

16. Vilka var huvudresultaten?

17. Erhölls signifikanta skillnader?

Ja () Nej ()

Om ja, vilka variabler?

18. Vilka slutsatser drar författaren?

19. Instämmer du?

Ja () Nej ()

E. Värdering

20. Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja () Nej ()

21. Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja () Nej ()

22. Ska denna artikeln inkluderas i litteraturstudien?

Ja () Nej ()

Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström, 2008)

BILAGA 4 CHECKLISTA FÖR KVANTITATIVA ARTIKLAR – RCT (RANDOMISERADE KONTROLLERADE STUDIER)

A. Syftet med studien?

1. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?
Ja () Nej ()
2. Är designen lämplig utifrån syftet?
Ja () Nej ()

B. Undersökningsgruppen

3. Vilka är inklusionskriterierna?
4. Vilka är exklusionskriterierna?
5. Är undersökningsgruppen representativ?
Ja () Nej ()
6. Var genomfördes undersökningen?
7. När genomfördes undersökningen?
8. Är powerberäkning gjord?
Ja () Nej ()
9. Vilket antal krävdes i varje grupp?
10. Vilket antal inkluderades i experimentgrupp (EG) respektive kontrollgrupp (KG)?
EG = KG =
11. Var gruppstorleken adekvat?
Ja () Nej ()

C. Interventionen

12. Mål med interventionen?
13. Vad innehöll interventionen?
14. Hor ofta gavs interventionen?
15. Hur behandlades kontrollgruppen?

D. Mätmetoder

16. Vilka mätmetoder användes?
17. Var reliabiliteten beräknad?
Ja () Nej ()
18. Var validiteten diskuterad?
Ja () Nej ()

E. Analys

19. Var demografiska data liknande i EG och KG?
Ja () Nej ()

- Om nej, vilka skillnader fanns?
20. Hur stort var bortfallet?
 21. Kan bortfallet accepteras?
 22. Var den statistiska analysen lämplig?
Ja () Nej ()
Om nej, varför inte?
 23. Vilka var huvudresultaten?
 24. Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG?
Ja () Nej ()
Om ja, vilka variabler?
 25. Vilka slutsatser drar författaren?
 26. Instämmer du?
Ja () Nej ()

F. Värdering

27. Kan resultaten generaliseras till annan population?
Ja () Nej ()
28. Kan resultaten ha klinisk betydelse?
Ja () Nej ()
29. Övervägen nyttan av interventionen ev. risker?
Ja () Nej ()
30. Ska denna artikeln inkluderas i litteraturstudien?
Ja () Nej ()
Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström, 2008)

BILAGA 5 CHECKLISTA FÖR SYSTEMATISKA LITTERATUR-STUDIER

A. Syftet med studien? (1p)

B. Undersökningsgruppen

1. I vilka databaser har sökningen genomförts?
2. Vilka sökord har använts?
3. Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning?
Ja () Nej ()
4. Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat?
Ja () Nej ()
5. Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?
6. Vilka begränsningar har gjorts?
7. Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?
Ja () Nej ()

C. Resultat

8. Hur många artiklar togs med?
9. Hur många artiklar valdes bort?
10. Vilka var huvudresultaten?
11. Gjordes en metaanalys?
Ja () Nej ()
Om ja, vilka resultat erhöles?
12. Vilka slutsatser drar författaren?
13. Instämmer du?
Ja () Nej ()
Om nej, varför inte?

D. Värdering

14. Kan resultaten ha klinisk betydelse?
Ja () Nej ()
15. Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas?
Ja () Nej ()
Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström, 2008).