

HÄLSOCOACH I SKOLAN

HÄLSOCOACH I SKOLAN

En utvärderande fallstudie av en
hälsofrämjande intervention

Pernilla Hedström



© PERNILLA HEDSTRÖM, 2016

ISBN 978-91-7346-881-7 (tryckt)

ISBN 978-91-7346-882-4 (pdf)

ISSN 0436-1121

Akademisk avhandling i idrottsvetenskap, vid Institutionen för kost- och idrottsvetenskap.

Avhandlingen finns även i fulltext på:

<http://hdl.handle.net/2077/43372>

Prenumeration på serien eller beställningar av enskilda exemplar skickas till:

Acta Universitatis Gothoburgensis, Box 222, 405 30 Göteborg, eller till

acta@ub.gu.se

Detta avhandlingsarbete är finansierat av Vetenskapsrådet samt Nationella forskarskolan i idrottsvetenskap.

Foto: Adam Hedström

Print: Ineko AB, Källered, 2016

Abstract

Title: Health Coach in School - An evaluation of a case study on a health promotion intervention
Author: Pernilla Hedström
Language: Swedish with an English summary
ISBN: 978-91-7346-881-7 (print)
ISBN: 978-91-7346-882-4 (pdf)
ISSN: 0436-1121
Keywords: health coach, health promotion, elementary school children, physical activity, healthy lifestyle

Today young school children in Sweden spend less time taking part in physical activities, compared to what they did 15-20 years ago. Physical activity is a major health component, which can make children maintain or increase their health. Earlier research has shown that a minimum of 60-90 minutes a day of physical activity is needed for young children to develop good health.

The purpose of this study is to explore a longitudinal (two years) health coach intervention, focusing on the effects and experiences of expanded physical activities in an elementary school, managed by a health coach.

The research team planned the health coach intervention based on the theoretical model; *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)*. In the study, quantitative and qualitative data have been collected over a period of two years.

Analysis has shown that the health promotion activities attracted even those children who usually do not like the PE classes. These children like playful activities where they can feel athletic competent and involved. The Health Coach project did not significantly improve the students' healthy lifestyles, at least not in the short term, even if the children had gained new insights about how to promote their own health.

This study has shown that a health coach in school could be needed, but this position needs to be full-time, because it requires more efforts to increase children's physical activity. It is also important that the health coach has the right qualification and receive support from the head master and from the class teachers.

Förord

Jag har nog alltid varit en person som haft mycket energi inom mig och som naturligt varit fysiskt aktiv. När jag var liten sprang jag ständigt, om jag så bara skulle transportera mig korta sträckor, som in till huset ifrån gården, och jag satt i största allmänhet sällan still. Jag rörde på mig spontant, utan att tänka på att det var fysisk aktivitet jag utövade. Mitt intresse för området dök dock inte upp förrän senare i livet. Men att jag skulle få möjlighet att forska och ”gräva” djupare i ämnet var det kanske inte många som trodde – allra minst jag själv. Ibland är det nog ödet som avgör. Hade jag inte träffat min man hade jag med stor sannolikhet aldrig ens studerat vidare. Kanske hade jag utvecklat mitt då nystartade friskvårdsföretag, eller satsat vidare på ridsporten? Det får jag aldrig veta. Det jag vet är i alla fall att livet kan vända fort – på gott och ont – och att jag inte ångrar att jag tog chansen att bli doktorand i den Nationella forskarskolan i idrottsvetenskap (NFI). Åren med avhandlingsskrivandet har gett mig flera nya insikter och lärdomar och det finns många jag vill tacka som bidragit till att jag nu är, där jag är idag.

I likhet med ett av studiens huvudresultat kräver även en avhandlingsprocess ekonomiska resurser för att kunna genomföras på ett fördelaktigt sätt. Jag vill därför börja med att rikta ett särskilt tack till Vetenskapsrådet och till NFI, som stått för finansieringen av mina doktorandstudier. Ett stort tack även till Claes Annerstedt, och Anders Raustorp, Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, på Göteborgs universitet, samt till Monica Furu och Monica Björkström, Institutionen för hälsovetenskaper, på Karlstads universitet, som också gav mig möjlighet att färdigställa avhandlingen.

Allra främst vill jag dock tacka de barn som ställt upp i denna studie. Utan ert deltagande hade min avhandling inte ens varit möjlig. Jag vill också tacka vårdnadshavarna, hälsocoacherna, lärarna, pedagogerna, rektorn och skolchefen på interventionsskolan, för er medverkan i undersökningen och för att ni varit så tillmötesgående under hela processen. Därtill, inte att förglömma, vill jag tacka alla involverade på kontrollskolorna, som vid varje datainsamlingsstillfälle välkomnat mig på ett vänligt och positivt sätt. Jag vill också passa på att tacka

Petra Ericsson, Värmlands idrottsförbund, som både bidragit med värdefull kunskap och med stöd till den mer praktiska delen i Hälsocoachprojektet.

Självklart vill jag även lyfta fram och särskilt tacka min huvudhandledare, Göran Patriksson, för all fantastisk fin hjälp genom hela avhandlingsarbetet – allt ifrån goda kritiska synpunkter, till språkliga justeringar och små detaljer. Din hjälp och snabba feedback på ”upploppet” var dessutom helt ovärderlig, utan den hade det aldrig gått! Det är få förunnat att ha en sådan ”skärpa på glasögonen”, som du har. Tack också för att du verkligen ringt och brytt dig från hjärtat och för att du lyft mitt självförtroende vid de tillfällen det svajat.

Vidare har jag svårt att tro att denna avhandling varken hade påbörjats eller kanske inte ens färdigställts utan Christian Augustsson, min egen privata mentala coach, handledare, vän och kollega. Först vill jag tacka för att du trodde på mig och uppmuntrade mig till att söka doktorandtjänsten. Tack också för att du alltid ställt upp och stöttat mig alla de gånger min upplevda hälsa balanserat på en skör tråd, och för att du, med ditt lugn, fått mina stressnivåer att sjunka. Vi ger oss aldrig!

Min tredje handledare, Peter Korp, kräver likaså ett stort tack. Med din spetskompetens inom hälsodiskursen, har jag lärt mig mycket. Tack för dina värdefulla åsikter som verkligen fått mig att reflektera över det jag skrivit. Detta har gjort att jag utvecklats.

Ett gott skratt förlänger livet sägs det ju, så tack Stefan Wagnsson, min privata ”Master statistikkung”, tillika vän och kollega, som bidragit till att jag kommer bli långt över 100 år ☺. Tack också för all hjälp, för att du stått ut med alla mina frågor och för att du alltid ställt upp, oavsett hur mycket du själv haft på agendan.

Därtill vill jag passa på att även tacka min andra experthandledare, Anders Raustorp, för den vägledning du gav mig gällande stegmätningen. Tack vare din expertis och ditt stöd, gick denna datainsamling lätt och bekymmersfritt.

Ytterligare personer jag vill rikta ett speciellt tack till, är till min kollega Helene Hjalmarsson, till Leena Eklund, Eva-Carin Lindgren, och till Catrine Kostenius, för att ni på ett föredömligt sätt granskat och givit mig synpunkter,

förslag och riktlinjer. Detta förde min process framåt. Era kommentarer var oerhört värdefulla.

Att få chans att ingå i en forskarskola, med idrottvetenskapligt fokus, har för mig också varit mycket givande och dessutom väldigt roligt. Det finns därför ytterligare personer jag vill tacka med koppling till detta. Först och främst Göran Patriksson och Owe Stråhlman för att ni tog initiativet, men tack också till alla er som suttit med i styrgruppen, till föreläsare vi haft och inte minns till alla doktorander; Susanne Meckbach, Gabriella Thorell, Anna Tidén, Marie Hedberg, Gunnar Teng, Jyri Backman, Kalle Jonasson, Magnus Ferry och så Madeleine Wiker då såklart, som blivit en av mina bästa vänner för livet. Jag har tack vare er alla, alltid sett fram emot våra träffar, oavsett långa resor och svåra examinationsuppgifter. Ni fick mig att känna att ”det är värt det”.

Ett STORT tack också till alla kollegor och vänner på idrottsvetenskap! Nog för att jag för det mesta tyckt det har varit roligt att skriva på min avhandling, men det är framförallt tack vare er som jag utan problem går till jobbet varje dag. Ni utstrålar alla en sådan härlig positiv energi, som smittar av sig. Jag har dessutom, under hela processen, känt ett enormt stöd ifrån er, vilket jag också är mycket tacksam för. Till er som tidigare inte omnämnts, Mia Olsson, Maria Busk Madland, Peter Carlman, Claes Nyberg, Henrik Gustafsson, Kerstin Aouja, Albrecht Jung, Sven-Olof Palm och Konstantin Kougioumtzis, vill jag härmed också rikta ett tack. Ett speciellt tack till dig Maria, som verkligen alltid ställer upp i alla lägen, både som vän och kollega. Är så glad att du numera finns på Kau.

Härtill vill jag passa på att tacka övriga kollegor och vänner, på både Karlstads- och Göteborgs universitet, som stöttat mig och på olika sätt hjälpt mig genom hela resan. Ett särskilt tack till Jan-Ove Eriksson, tidigare prefekt, och till dig Carolina Jernbro, Malin Larsson, Birgitta Svensson och Lovisa Skånfors, som dessutom givit mig extra styrka när livet varit allt annat än enkelt.

Det finns vidare några ytterligare personer jag också vill tacka. Jag tänker här på bibliotekarierna; Ann Dyrman, Linda Borg och inte minst på Annelie Ekberg Andersson, som på ett eller annat sätt hjälpt mig med referenser, samt på min kusin Andreas Larsson och Leslie William Podlog som hjälpt mig med

översättning. Jag tänker härtill på projektassistent Jakob Genander som inte bara har varit ett gott stöd i projektet, utan även en glädjespridare. Tack för att du gav mig många goda skratt under den tid vi ”teamade” tillsammans. Dessutom, vill jag här ta tillfället i akt att tacka alla mina fantastiska vänner *utanför* arbetet – ingen nämnd ingen glömd – som många gånger fått mig att sätta avhandlingen i ett större perspektiv, och som givit mig energi till att orka kämpa vidare.

Slutligen vill jag tillägna de sista orden till min familj. Nu är det min tur att ta hand om er! Tack min fina, älskade mamma och pappa som alltid låtit mig gå min egen väg, och för att ni stöttat och ställt upp oavsett vilken riktning jag valt. Tack också för att ni, liksom jag vill rikta min tacksamhet till svärmor och svärfar, hjälpt till med både värdefullt hushållsarbete och med barnpassning i slutstriden.

Och Adam... utan dig hade jag inte lyckats med mycket i livet – inte heller det här! Du ställer verkligen alltid upp, får mig att tänka positivt och får mig att må bra. Detta genom din kärlek och förmåga att omvandla mörka stunder till ljusa. Till sist, tack Nellie, vår helt underbara dotter, min ögonsten. Du är nog egentligen den enda som varje dag fått mig att vara i nuet för en stund, och glömma bort allt som haft med avhandlingen att göra. Ni två betyder allt för mig! Jag älskar er mer än vad jag genom ord kan uttrycka.

Hammarö, maj 2016.

Förkortningar

| | |
|--------|--|
| CATCH | The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health |
| DLW | Dubbelmärkta vattenmetoden |
| FA | Fysisk aktivitet |
| HP | Hälsocoachprojektet |
| HR | Heart rate monitoring |
| Lgr11 | Läroplan för grundskolan, 2011 |
| Lpo94 | Läroplan för det frivilliga skolväsendet, 1994 |
| NNR | Nordiska näringsrekommendationer |
| PAQ- C | The Physical Activity Questionnaire for Older Children |
| RF | Riksidrottsförbundet |
| SBU | Statens beredning för medicinsk och social utvärdering |
| SCB | Statistiska Centralbyrån |
| SFS | Svensk författarsamling |
| SPPC | Self-Perception Profile for Children |
| SOU | Statens offentliga utredningar |
| STOPP | Stockholm Obesity Prevention Project |
| YPAPM | Youth Physical Activity Promotion Model |
| WHO | Världshälsoorganisationen |

Innehåll

| | |
|---|----|
| INNEHÅLL..... | 13 |
| KAPITEL 1 INTRODUKTION..... | 17 |
| 1.1 Avgränsningar..... | 19 |
| 1.2 Hälsocoachprojektet..... | 19 |
| 1.3 Avhandlingens syfte och frågeställningar..... | 22 |
| 1.4 Avhandlingens disposition..... | 23 |
| KAPITEL 2 CENTRALA BEGREPP OCH DEFINITIONER..... | 25 |
| 2.1 Hälsa..... | 25 |
| 2.2 Hälsofrämjande arbete..... | 27 |
| 2.3 Skolans uppdrag och skolämnet idrott och hälsa..... | 29 |
| 2.4 Fysisk aktivitet..... | 31 |
| 2.5 Självkänsla..... | 32 |
| 2.6 Hälsocoach..... | 34 |
| 2.7 Sammanfattning..... | 37 |
| KAPITEL 3 TIDIGARE FORSKNING..... | 39 |
| 3.1 Hälsofrämjande arbete i skolan..... | 39 |
| 3.2 Idrott och hälsa i skolan..... | 44 |
| 3.3 Den fysiska aktivitetens betydelse för hälsa..... | 46 |
| 3.4 Självkänsla kopplat till hälsa och fysisk aktivitet..... | 50 |
| 3.5 Hälsofrämjande kostvanor..... | 53 |
| 3.6 Sammanfattning av tidigare forskning..... | 55 |
| KAPITEL 4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER..... | 57 |
| 4.1 Att arbeta hälsofrämjande..... | 57 |
| 4.2 Fokus på barns perspektiv..... | 59 |
| 4.3 Det (socio-)ekologiska perspektivet..... | 60 |
| 4.3.1 Precede-Proceed model..... | 62 |
| 4.3.2 Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)..... | 63 |
| 4.3.3 Studiens teoretiska ramverk..... | 64 |
| 4.4 Sammanfattning av studiens teoretiska utgångspunkter..... | 67 |

| | |
|--|---------|
| KAPITEL 5 METOD | 69 |
| 5.1 Fallstudie..... | 69 |
| 5.1.1 Teori- och förklaringsinriktad utvärderingsmodell | 71 |
| 5.1.2 Longitudinell design | 72 |
| 5.1.3 Upprepade mätningar i Hälsocoachprojektet | 73 |
| 5.1.4 Kvasiexperimentell design..... | 74 |
| 5.1.5 Deskriptiv analys av interventionsskolan och jämförelseskolorna | 75 |
| 5.1.6 Triangulering | 76 |
| 5.1.7 Sammanfattning av studiens design | 77 |
| 5.2 Datainsamling och dataanalys..... | 78 |
| 5.2.1 Pilotundersökning..... | 78 |
| 5.2.2 Information till berörda parter..... | 79 |
| 5.2.3 Intervjuer | 80 |
| 5.2.4 Enkät..... | 87 |
| 5.2.5 Pedometer - stegmätning..... | 93 |
| 5.2.6 Analys av kvantitativa data (stegmätning och enkätdata) | 96 |
| 5.2.7 Veckoanteckningar | 97 |
| 5.2.8 Svarsfrekvens och bortfall..... | 97 |
| 5.3 Etiska överväganden..... | 101 |
| 5.4 Studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet | 103 |
| KAPITEL 6 RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION | 107 |
| 6.1 Inledning..... | 107 |
| 6.2 Intervjuer med lärare, pedagoger, elever och hälsocoacher på interventionsskolan samt med skolledning..... | 108 |
| 6.2.1 Lärares och pedagogers upplevelse av deras skolas befintliga hälsofrämjande arbete och av elevernas levnadsvanor (T1) | 108 |
| 6.2.2 Elevernas upplevelser av sina egna levnadsvanor (T1)..... | 114 |
| 6.2.3 Hälsocoachernas upplevelser av Hälsocoachprojektet och deras beskrivning av verksamheten (T2 och T3) | 118 |
| 6.2.4 Skolledningens syn på hälsofrämjande arbete i skolmiljön och på Hälsocoachprojektet (T3) | 131 |
| 6.2.5 Lärarnas upplevelser av Hälsoprojektet (T3) | 137 |
| 6.2.6 Elevernas upplevelse av Hälsocoachprojektet och sina egna levnadsvanor (T3) | 144 |
| 6.2.7 Sammanfattande analys av kvalitativa data..... | 151 |

| | |
|--|-----|
| 6.3 Resultat av stegmätning och enkätdata..... | 153 |
| 6.3.1 Fysisk aktivitet (FA) | 153 |
| 6.3.2 Psykosomatiska besvär..... | 158 |
| 6.3.3 Matvanor..... | 159 |
| 6.3.4 Självkänsla, fysisk kompetens och utseende..... | 162 |
| 6.3.5 Upplevelser av Hälsocoachprojektet..... | 164 |
| 6.3.6 Sammanfattande analys av kvantitativa data | 173 |
| KAPITEL 7 SLUTDISKUSSION | 175 |
| 7.1 Inledning..... | 175 |
| 7.2 Metodologisk reflektion..... | 176 |
| 7.3 Hinder och möjligheter | 178 |
| 7.4 Hälsocoachernas process..... | 182 |
| 7.5 Upplevelser och påverkans effekter av Hälsocoachprojektet..... | 184 |
| 7.6 Framtida forskning..... | 193 |
| 7.7 Slutsatser och avslutande reflektioner | 194 |
| ENGLISH SUMMARY | 198 |
| BILAGA 1-10 | |

Kapitel 1 Introduktion

Hälsofrämjande arbete kan ha en inverkan på ungas välmående och inte minst påverka deras framtida hälsa. Skolan, där de flesta barn tillbringar en stor del av sin vakna tid, är en betydelsefull arena – en miljö som kan uppmuntra till en hälsosam livsstil (Heat el al 2012; Mura et al., 2015). Med referens till FN:s barnkonvention ska alla barn kunna ”... åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa” (artikel 24, 1989), men dessvärre har inte alla möjligheter till detta i sin hemmiljö. I skolmiljön finns däremot förutsättningar att utveckla och anpassa både den fysiska och den sociala miljön till att främja de ungas hälsa (Parcel, Kelder & Basen-Engquist, 2000; Sollerhed & Ejlerstson, 2008; Statens folkhälsoinstitut, 2010:16).

Ett led i skolans hälsofrämjande arbete kan exempelvis vara att inspirera till ökad fysisk aktivitet, som hör till en av flera så kallade friskfaktorer för en god hälsoutveckling. Fysisk aktivitet har inverkan på ungas *fysiska* hälsa, då det skapas bättre energibalans och ökad bentäthet genom att man rör på sig mer. Men fysisk aktivitet påverkar också den *psyksiska* hälsan, där forskning bland annat visat på positiva effekter som ökat välmående och förbättrad självkänsla (Camero, Hobbs, Stringer, Branscum & Taylor, 2012; Janssen & LeBlanc, 2010; Strong et al., 2005). Vidare kan fysisk aktivitet dessutom förbättra ungas skolprestationer (Ericsson & Karlsson, 2014; Käll, Nilsson & Lindén, 2014). Sammantaget finns således goda möjligheter till ett liv med ökad livskvalitet genom att vara fysiskt aktiv i tillräcklig utsträckning (Ekelund et al., 2015; van der Ploeg, Chey, Korda, Banks & Bauman, 2012).

Allt fler barn och ungdomar är idag dock för lite fysiskt aktiva jämfört med de rekommendationer som finns att tillgå (Folkhälsomyndigheten, 2014; Veroligne et al., 2012). En faktor som försvårar för barn att röra på sig spontant är den uppbyggda utemiljön. En annan faktor som påverkar den ökade inaktiviteten, som vi ser idag, är att fler barn i högre grad blir skjutsade till och från skolan (Trafikverket, 2013; WHO, 2015). Till denna bild kan dessutom tillföras att alla barnfamiljer inte heller har råd att låta sina barn vara med i en idrottsförening på fritiden (Riksidrottsförbundet, 2013; Rädda

Barnen, 2013; Wagnson, Augustsson, Robertsson & Hvenmark, 2015). I dag finns därutöver ett stort utbud av stillasittande fritidsalternativ, som en mängd Tv-kanaler, mobila enheter som smartphones och olika former av dataspel, vilket lockar många barn och ungdomar. För mycket inaktiv tid, så som skärmtid, bilåkning och stillasittande skoltid, kan ha en negativ inverkan på de ungas hälsa och därför behövs fler verksamma arenor i samhället som kan hjälpa till att vidta åtgärder för att inspirera barn till att etablera ett hälsofrämjande beteende i unga år (Tremblay, Colley, Saunders, Healy & Owen, 2010).

Skolämnet idrott och hälsa¹ ska enligt läroplanen ge eleverna fysisk aktivitet och kunskap i ämnesområdet hälsa (Skolverket, 2011a). Det är dock inte tillräckligt, och i många skolor ges frågor kring hälsa och livsstil allt för litet utrymme (Skolinspektionen, 2012). Dessutom ligger det hälsofrämjande arbetet, inklusive fysisk aktivitet, på hela skolans ansvar och inte bara på lärarna i idrott och hälsa (Ekberg, 2009; Skolverket, 2011a). Att genomföra, stärka och utveckla hälsofrämjande insatser inom skolans värld fordrar ofta mer arbete och ökade resurser, vilket resulterar i att skolans lärare tenderar att välja bort den hälsorelaterade undervisningen till förmån för andra ämnen (Hoelscher et al., 2004). Detta kan således delvis förklaras av brist på tid, motivation och intresse. Alla lärare innehar heller inte den kunskap som krävs för att få barn att vilja ändra sina hälsobeteenden. Vem som kan och bör ansvara för att hälsouppdraget i skolan genomförs, och på vilket sätt det hälsofrämjande arbete bör bedrivas för barnens bästa, är alltså fortfarande oklart.

En relevant fråga är också hur barnen själva upplever hälsofrämjande insatser i sin skolmiljö och vilka aktiviteter som lockar dem mest? Vi får inte glömma bort att; ”Barns egna åsikter är en viktig kunskapskälla [...]” och ”Däri genom blir barn också delaktiga i de prioriteringar som görs.”, vilket är betydelsefullt ur ett barnrättsperspektiv (Regeringen, 2009/10:232, s.16). Denna avhandling fokuserar särskilt på några av de nämnda kritiska frågor som är relaterade till hälsopromotion i skolan, i syfte att utveckla kunskap och förståelse kring

¹ Skolämnet idrott och hälsa kommer i avhandlingen delvis att benämnas som idrottsämnet, idrottsundervisning eller liknande, för att förenkla och variera texten.

hinder och möjligheter gällande skolmiljön som en arena för hälsofrämjande insatser.

1.1 Avgränsningar

Huruvida barn utvecklar ett hälsofrämjande beteende eller inte kan vara avhängigt av en mängd varierande omständigheter, både inom skolans sfär och utanför (som exempelvis elevernas socio-ekonomiska bakgrund, boende, familjesituation och etnicitet). Ett vetenskapligt arbete kräver dock sina avgränsningar. Tanken var därför att avgränsa studien till att primärt behandla området *fysisk aktivitet*, men även till del området *matvanor*, inom det hälsofrämjande fältet för unga barn i skolan.

1.2 Hälsocoachprojektet

En av de stora samhällsutmaningarna idag är att allt för många unga sitter för mycket still i sin vardag, vilket kan komma att påverka deras hälsa. Skolan kan vara en viktig arena för att bedriva hälsofrämjande arbete, genom att där kunna stödja och uppmuntra barn till goda levnadsvanor. Men om det inte finns någon huvudansvarig person som driver och hjälper de ”vanliga” lärarna i dessa aktiviteter, kan detta arbete komma att bli bortprioriterat. Mot denna bakgrund tog forskargruppen i idrottsvetenskap (Karlstads universitet) kontakt med kommunledningen i en mellanstor stad i västra Sverige.

Kommunen i fråga tackade ja till att implementera ett ”hälsocoachprojekt”, inom vilket de fick i uppgift att anställa en hälsocoach, med adekvat kompetens² för uppdraget. Denna person skulle vara en idrottslärare, hälsopedagog, hälsoutvecklare eller någon med en liknande pedagogisk utbildning och med särskilda kunskaper om hälsa och hälsofrämjande arbete. Två olika klasser (åk 4) i två närliggande skolor, valdes därefter ut till interventionsgrupp genom diskussion med kommunledningen. För att kunna göra komparationer och dra slutsatser, valdes också två jämförelseskolor ut före starten – en i samma kommun som interventionsskolorna, och en i en annan likartad kommun, där ingen hälsocoach arbetade, och där inget

² För en definition av vad begreppet *hälsocoach* innebär i denna studie – se sid. 36-37.

systematiskt hälsofrämjande arbete bedrevs. Skolorna valdes utifrån kriteriet att de skulle ”matcha” interventionsskolorna så att elevernas bakgrundsvariabler skulle bli relativt likvärdiga vad gäller socioekonomi och miljö. Detta för att kunna göra det något lättare att påvisa om interventionen haft någon effekt eller ej (DiClemente, Salazar & Crosby, 2006; Hassmén & Hassmén, 2008). Totalt valdes slutligen fyra skolor ut (n=123, VT 2011) med vetskap om att interventionsklasserna efter en termin skulle hamna i en och samma skola, dock fortsatt i åtskilda klasser. De två interventionsskolorna blev alltså sammanslagna, efter ett halvt läsår, medan jämförelseskolorna var bestående. Eleverna var följaktligen tio år i början av studien och tolv år i slutet, då interventionsprojektet var tvåårigt, vilket beskrivs mer ingående i metodkapitlet (se 5.1.2).

Projektets ekonomiska ramar medgav att en hälsocoach anställdes på deltid om 20 procent på interventionsskolan, under en period av drygt två år (höstterminen 2010-vårterminen 2013). Själva projektet, med dess tillhörande aktiviteter, startades dock inte förrän i början av mars 2011, då etikansökan och samtyckessvar från vårdnadshavare drog ut på tiden. Hälsocoachen hade därmed relativt god tid på sig att planera inför projektverksamhetens start, som skulle ligga i linje med studiens teoretiska ramverk, utvecklat främst med stöd i *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM, Welk, 1999)*³. Hälsocoachen fick sedermera i uppdrag att arbeta mer intensivt med de två klasser (n=45, år 2011) som tillhörde interventionsgruppen, utefter de uppsatta ramarna.

En oförutsedd händelse gällande hälsocoachuppdraget inträffade dock mellan vårtermin och hösttermin 2012, då den anställde hälsocoachen av privata skäl slutade på interventionsskolan och en ny hälsocoach fick med kort tidsfrist sökas och rekryteras, vilket gav en person med andra kvalifikationer än den tidigare anställde. Den nya hälsocoachen fick således hastigt på bästa sätt försöka sätta sig in i Hälsocoachprojektet och sitt uppdrag, och hade därmed inte samma planerings- och förberedelsestid som den första hälsocoachen. Den förste hälsocoachen arbetade alltså med barnen då de gick i 4:an och 5:an, medan den andre hälsocoachen drev projektet när eleverna gick i årskurs 6.

³ Se genomgång av modellen och studiens teoretiska ramverk på sidan 63-67.

Hälsocoachens uppdrag

Hälsocoachen hade huvudsakligen i uppdrag att främja barnens dagliga fysiska aktivitet. Inom ramen för skolans miljö, villkor och förutsättningar, skulle hälsocoachen planera och driva lekfulla fysiska aktiviteter som skulle passa alla barn, under ett par schemalagda tillfällen i veckan. Syftet var att skapa fler goda möjligheter för barnen att kunna vara fysiskt aktiva i skolan utifrån sin egen kompetensnivå. Alla elever skulle kunna känna sig dugliga i de aktiviteter som bedrevs. Detta var viktigt för att försöka stärka elevernas upplevda fysiska kompetens och påverka deras självkänsla, som i sin tur också skulle kunna ha en inverkan på deras hälsa (Diener & Diener, 1995; Dishman et al., 2006). Uppdraget bestod också av att tillsammans med eleverna arbeta för att försöka minska deras stillasittande tid. Hälsocoachen uppmanades vidare av forskarteamet⁴ att prata med barnen om vikten av att vara fysiskt aktiv, för att de på så sätt skulle utveckla en ökad förståelse för deras eget hälsoarbete. Vidare skulle hälsocoachen främja elevernas fysiska aktivitet på rasterna genom att se över skolgårdens miljö, initiera lekar och tillsammans med barnen införskaffa nytt material för verksamheten. Ett centralt fokus var att få barnen delaktiga i det hälsofrämjande arbetet, genom att fråga och lyssna till deras önskemål och förslag på aktiviteter. I uppdraget ingick dessutom att försöka bjuda in och samverka med olika idrottsföreningar.

Utöver ovanstående beskrivna uppdrag skulle hälsocoachen delvis även initiera, inspirera och skapa förutsättningar för hälsofrämjande matvanor, för de unga eleverna. Det handlade då framför allt om vikten av att få i sig tillräckligt med energi och näring under dagen, med fokus på frukost och mellanmål. I uppdraget som hälsocoach ingick dessutom att försöka involvera elevernas vårdnadshavare⁵ och den övriga skolpersonalen, särskilt klasslärarna, som skulle bjudas in till tankeväckande föreläsningar inom hälsoområdet. Hälsocoachen skulle också uppmuntra lärarna själva till egen fysisk aktivitet genom att anordna olika motionspass ett par gånger i månaden. Detta i syfte att erbjuda alla en chans till att bli mer hälsoinriktade på skolan. Uppdraget var således styrt inom vissa ramar, kopplat till studiens teoretiska modell (se sidan 64-67), men ändå relativt fritt. Detta innebar att hälsocoachen själv, i samråd

⁴ Forskarteamet har bestått av mig som doktorand och mina handledare.

⁵ I texten varvas orden *vårdnadshavare* och *föräldrar*, då skolpersonal oftast benämner vårdnadshavare som föräldrar. Dessutom omnämns båda benämningarna varierat i tidigare forskning.

med klasslärare och rektor på skolan, kunde utveckla olika former av hälsofrämjande aktiviteter, det vill säga när och på vilket sätt de skulle bedrivas under varje termin. Avstämning med forskarteamet gjordes också regelbundet via e-post, telefon och/eller genom personliga möten, för att resonera kring huruvida projektet följde planen inom de uppsatta ramarna.

Sammanfattningsvis var målet med Hälsocoachprojektet att initiera och skapa en stödjande miljö för eleverna, vilket skulle öka möjligheterna för dem att aktivt kunna göra hälsofrämjande livsstilsval. Den anställde hälsocoachen skulle låta eleverna få utöva lekbetonade och okomplicerade fysiska aktiviteter, som de delvis själva varit med och planerat. Hälsocoachen skulle också låta barnen få lära sig mer om hälsofrämjande faktorer som till exempel att laga enkla hälsosamma måltider. Dessutom var ett delmål att genom hälsocoachens insatser försöka utveckla ett förbättrat och positivt förhållningssätt till hälsofrämjande aktiviteter bland lärare och om möjligt även bland vårdnadshavare.

1.3 Avhandlingens syfte och frågeställningar

Det huvudsakliga syftet med denna avhandling är att utforska ett hälsocoachprojekt i skolan, där ett centralt fokus har varit att främja elevers fysiska aktivitet. Avhandlingen förväntas därigenom kunna bidra med kunskap för hur ett anpassat hälsofrämjande arbete kan implementeras i en skolkontext.

Utifrån syftet utvecklades mer preciserade frågeställningar, som bidrog till väsentliga avgränsnings- och fokusområden för studien:

- Hur har Hälsocoachprojektets process sett ut – det vill säga vilka aktiviteter har hälsocoachen genomfört och på vilket sätt?
- Vilka hinder och möjligheter framträdde under Hälsocoachprojektet?
- Hur upplever elever, lärare och skolledning hälsocoachen och de hälsofrämjande insatserna i skolmiljön?
- Hur har hälsocoachens insatser påverkat de unga elevernas fysiska aktivitet, upplevda hälsa, självkänsla och hälsofrämjande matval?

I följande avsnitt presenteras en skisserad bild av avhandlingens uppläggning och design, grundat på ovanstående syfte och preciserade frågeställningar.

1.4 Avhandlingens disposition

I introduktionen har en övergripande bild av avhandlingens problemområde lyfts fram, följt av avgränsningar, syfte och frågeställningar. I nästkommande kapitel behandlas centrala begrepp och definitioner. Vidare ges, i kapitel tre, ett flertal belysande exempel på tidigare forskning kopplat till avhandlingens fokusområden. I kapitel fyra har de teoretiska utgångspunkterna skrivits fram, detta följs av ett metodkapitel där studiens övergripande design, metodval, urval, genomförande, analys, och etiska överväganden redogörs för och diskuteras. Resultatkapitlet belyser först den analys som gjorts utifrån den kvalitativa undersökningen (intervjuer). Sedan följer en presentation av analysen av den kvantitativa datamängd som samlats in genom stegmätning och enkäter. Avslutningsvis sammankopplas resultaten och diskuteras tillsammans med studiens teoretiska utgångspunkter.

Kapitel 2 Centrala begrepp och definitioner

I detta kapitel kommer de mest centrala begreppen, som tar sin utgångspunkt i avhandlingens syfte, att beskrivas och definieras.

2.1 Hälsa

För att beskriva hur man kan arbeta med att främja individers hälsa kan det vara adekvat att först och främst klargöra betydelsen av begreppet *hälsa*, då vårt synsätt på hälsa påverkar vårt handlande (Brülde & Tengland, 2003). Att definiera hälsa är dock inte helt enkelt. Hälsa är ett mångfacetterat begrepp vars innebörd varierar (Menckel & Österblom, 2000). WHO:s definition, från 1948, har emellertid genom åren haft stor betydelse för den allmänna synen på hälsa och hälsoarbete, då hälsa här beskrevs som något mer än endast frånvaro av sjukdom:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (WHO, 1948)

WHO har därefter vid två tillfällen utvecklat sin syn på hälsa, då deras definition blev kritiserad för att vara ouppnåelig med tanke på kravet av ett "complete", det vill säga fullständigt tillstånd (Downie, Fyfe & Tannahill, 1990). I deklARATIONEN från Ottawa Charter, 1986 (WHO, 1986) framhålls hälsa istället därför mer som ett medel än som ett mål - som en *resurs* i det dagliga livet. En ytterligare utveckling av hälsobegreppet gjordes även under Sundsvallskonferensen 1991 då tonvikten lades än mer på att se hälsa som en resurs "... rather than the ultimate aim of life." (Haglund, Pettersson, Finer & Tillgren, 1991). WHO:s utopi är att alla ska kunna uppnå hälsa – att det är en mänsklig rättighet – en resurs för att nå livskvalitet och för att kunna göra det krävs det också på motsvarande sätt att individen har basala resurser till detta (Nutbeam, 1998).

Liksom WHO:s beskrivning är det inte sällan som synsätten på hälsa både framhåller vad det *är*, och hur vi ska kunna *uppnå* tillståndet. Detta skiljer sig dock åt avhängigt av vilket betraktelsesätt man utgår ifrån. Den biomedicinska synen på hälsa karaktäriseras för det mesta kring mätbarhet och objektivitet (Svensson & Hallberg, 2010). Hälsa ses således här som motsats till sjukdom, vilket betyder att individen har hälsa om kroppen fungerar utifrån ett normaltillstånd (Medin & Alexandersson, 2000). Perspektivet kallas ofta patogent och antar alltså ett dikotomt synsätt (Antonovsky, 1991) – antingen är man sjuk eller så är man frisk.

Det patogenetiska paradigmet förekommer mest inom den medicinska världen, där det sjuka då står i fokus. Det holistiska betraktelsesättet är däremot betydligt bredare. Här inkluderas även faktorer som tankar, känslor och upplevelser och hälsa ses som något annat eller mer än endast frånvaro av exempelvis fysiologiska symptom (Medin & Alexandersson, 2000; Svensson & Hallberg, 2010). Det centrala inom denna teori är sättet att se på hälsa som funktionsförmåga - att individen fungerar både fysiskt, psykiskt och socialt (Brülde & Tengland, 2003) samt har förmågan att förverkliga sina livsmål, både på det individuella planet och i den miljö hon/han befinner sig i (Nordenfelt, 1991, 1995). Hälsa är alltså den centrala relationen mellan människan och hennes handlingsförmåga i sin omgivning. Dessutom kan hälsobegreppet, på ett liknande sätt som det kan kopplas till funktionsförmåga, innehålla en välbefinnandedimension som handlar om en upplevelse av att må bra trots eventuell objektiv "ohälsa". En individ kan alltså ha en subjektiv känsla av välmående trots att hälsotillståndet förändras (Brülde & Tengland, 2003).

Ytterligare perspektiv inom det hälsorelaterade området är den salutogena teorin som mera fokuserar på hur vi uppnår hälsa och på vad som håller oss friska (Medin & Alexandersson, 2000). Denna teori passar därför väl ihop med grundideologin för hälsopromotion (Eriksson & Lindström, 2008). Teorin, som introducerades av Antonovsky (1979, 1988, 1996), fokuserar på resurser till hälsa och på hälsofrämjande processer. Hälsa ses här som något vi människor kan ha mer eller mindre av vid olika skeenden i livet och inte som ett statiskt tillstånd, utan istället som ett kontinuum där vi rör oss fram och tillbaka. Hälsa är således ett dimensionellt begrepp som Brülde och Tengland (2003) uttrycker det. Ett tillstånd som är föränderligt över tid och som

påverkas av faktorer i vår vardag, så som exempelvis socioekonomi, social utestängning, arbetsförhållanden, individuella livsstilsfaktorer, förorenade miljöer och andra miljöfaktorer – även kallat hälsans determinanter (Naidoo & Wills, 2007).

Min uppfattning är att det fortfarande är det patogena synsättet som dominerar i stor utsträckning i samhällets praktik även om WHO:s definition flitigt citeras bland hälsopraktiker. Det salutogena synsättet på hälsa, hälsa som ett kontinuum, bör istället uppmärksammas och framhållas mer, så att fokus hamnar på ”friskfaktorer” och inte bara på ”riskfaktorer” (Naidoo & Wills, 2007). Sättet att se på hälsa ur ett salutogent perspektiv - ett dynamiskt tillstånd (Ewles & Simnett, 2005) - som skapas i relationen med omgivningen (Medin & Alexandersson, 2001), känns således mest tillämpligt med hälsofrämjande som syfte. I denna studie innefattar begreppet hälsa både objektiva (sjukdomsrelaterade) och subjektiva (välbefinnanderelaterade) aspekter. Studiens fokus är dock inte på hälsa i sig utan på främjande och stärkande resurser för hälsa.

2.2 Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete är ett använt begrepp i Sverige när det gäller insatser för bättre hälsa. Det råder dock delade meningar om begreppets betydelse. Ibland används begreppet som en paraplyterm för att beskriva de åtgärder som kan genomföras för att främja individers hälsa, istället för att ge en faktisk definition (Korp, 2002; Medin & Alexandersson, 2000). Ibland används också det engelska ordet *health promotion*⁶ i litteratur inom området, men lika ofta formuleras den svenska översättningen *hälsopromotion* eller *hälsofrämjande arbete* i denna kontext. Dessa båda svenska benämningar är relativt likartade, även om det i viss mån kan tyckas att ordet *hälsopromotion* skrivs fram mer frekvent i teorin, som ett ”arenaperspektiv”, medan *hälsofrämjande arbete* i högre grad innefattar de åtgärder som främjar hälsa för individen. Betydelsen är emellertid i stort sett densamma, då båda syftar till att förbättra hälsan hos alla

⁶ I denna studie betraktas *hälsofrämjande arbete* och *health promotion* (hälsopromotion) som likartade begrepp vilket innebär att båda orden kommer att användas i texten, men främst det svenska ordet *hälsofrämjande arbete* då det känns som ett mer ”vardagligt” användbart begrepp i det svenska språket.

människor, medan förebyggande insatser, *prevention*, handlar om att förhindra sjukdom hos utsatta riskgrupper (Faresjö & Åkerlind, 2005).

Det preventiva begreppet och de preventiva insatserna skiljer sig dock ganska markant åt i praktiken, beroende på vilken nivå av prevention man åsytar. Preventionsbegreppet delas nämligen många gånger in i *primär*, *sekundär* och *tertiär* prevention, där de två sistnämnda i stort handlar om att förebygga så att den sjukdom/de sjukdomar som redan har uppstått hos individen inte förvärras och gör att personen blir sämre. Det handlar alltså här om insatser som görs när sjukdom eller skada redan uppkommit/skett. Primärt preventionarbete uppfattas av vissa däremot vara relativt likvärdigt med hälsofrämjande arbete, då det innefattar åtgärder i syfte att förhindra att sjukdom överhuvudtaget uppträder (Janlert, 2000). Det finns dock en ganska tydlig skillnad. Med hälsofrämjande i fokus vänder man sig till *alla* inom arenan, där det centrala är att stärka individens förmåga till att själv utveckla sin hälsa genom att skapa en stödjande miljö och förmedla kunskap, vilket varit det centrala i föreliggande projekt. Interventioner med preventivt fokus gör istället riktade aktiviteter mot individer som ligger i riskzoon för att utveckla sjukdom (exempelvis barn med högt BMI), vilket således skiljer sig från hälsopromotionsbegreppets innebörd och syfte.

Definitionen av begreppet health promotion skrevs fram av WHO, under Ottawa Charter konferensen 1986, som en process som syftar till att hjälpa människor att själva ta kontrollen över sin hälsa och förbättra den:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. (WHO, 1986, s.1)

WHO:s definition har emellertid tolkats olika genom åren. Dessutom har WHO och forskare vidareutvecklat begreppet sedan 1986, vilket gjort att perspektivet idag kan ses som ett relativt ”komplex system av idéer” (Korp, 2004, s. 23), där även samhället involveras och fokus läggs inte enbart på individen utan också på miljön runt omkring (Poland, Green & Rootman, 2000). Ett mer allmänt sätt att se på begreppet skulle vidare kunna vara att utgå från dess direkta betydelse – ”promote” (främja), ”health” (hälsa) (Korp, 2004, s. 24). Betydelsen blir i detta fall att hälsopromotion handlar om alla insatser som görs i syfte att främja människors hälsa, det vill säga att verka för

att bevara eller förbättra den. Med detta förhållningssätt skulle dock ramarna bli väl diffusa (Ibid.).

I denna studie ses hälsopromotion utifrån ett holistiskt perspektiv - att hälsa utvecklas i ett sammanhang där miljön blir betydelsefull för individens möjlighet till att själv kunna påverka sin hälsa i positiv riktning. Detta har därför varit ett centralt fokus i Hälsocoachprojektet, där försök gjorts för att få skolan att verka som en stödande arena för unga att kunna främja sin egen hälsa, genom att skapa goda möjligheter.

2.3 Skolans uppdrag och skolämnet idrott och hälsa

Svenska skolväsendet utgår från en skollag och utifrån denna lag ska barnens bästa alltid komma i första hand. Detta innebär bland annat att barnens egna röster ska höras och de ska fritt kunna uttrycka sina åsikter i de ärenden som berör dem (SFS, 2010:800). I grundskolan är det kommunen som står som huvudman för att lagen uppfylls och rektorn ska verka som ledare och samordnare för det pedagogiska arbetet på skolan samt för särskilda föreskrifter i skollagen. Utifrån skollagen ska sedan en läroplan gälla. I den nya läroplanen för grundskolan, Lgr11, som infördes hösten 2011 och som då kom att ersätta Lpo94, framhålls skolans värdegrund och uppdrag. Detta uppdrag innehåller bland annat en strävan efter att erbjuda alla elever fysisk aktivitet varje dag. Detta ska göras utifrån varje elevs förutsättningar och behov, vilket tillhör ett av skolans övergripande mål. Utifrån de uppsatta målen ska varje elev också ha "... fått kunskaper om och förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan, miljön och samhället" (Skolverket, 2011a, Lgr11, s.14). Till skolans uppdrag hör därtill att verka som stöd i det ansvar familjen har att uppfostra och utveckla barnen, vilket kräver ett samarbete med hemmen.

I Lgr11 presenteras också alla ämnens kursplaner. I kursplanen för idrott och hälsa lyfts ämnets centrala delar fram, så som dess läroobjekt och bidrag till kunskap. Skolverket skriver bland annat på denna plats att ämnet idrott och hälsa syftar till att ge eleverna en bred rörelserepertoar och intresse för fysisk aktivitet och friluftsliv. Vidare ska eleverna genom detta ämne få pröva olika

fysiska aktiviteter och de ska också få lära sig att planera, genomföra och värdera skilda former av rörelseaktiviteter. Idrott och hälsa ska även ge eleverna möjlighet till kunskap som gör att de själva kan främja sin hälsa och goda levnadsvanor. Undervisningen ska dessutom bidra till att eleverna får en god kroppsuppfattning och en tro på att de klarar av fysiska aktiviteter (Skolverket, 2011a).

Hur skiljer sig då denna nya kursplan utifrån dess föregångare, Lpo 94? Egentligen kan inte några radikala förändringar skönjas, utan innehållet är i sin helhet väl anknutet till den föregående kursplanen. Vissa delar har dock inte lika stark betoning längre (som bland annat det kulturella perspektivet), medan andra delar har blivit tydligare och mer framträdande. Detta gäller framförallt ämnets centrala kunskapsområden, så som *rörelse, hälsa och livsstil* samt *friluftsliv och utövande* (Skolverket, 2011b), som i den nya kursplanen skrivs fram för både låg-, mellan- och högstadiet, där en progression kan urskiljas. Dessutom lyfts en bredare form av rörelseaktiviteter i den nya kursplanen, till skillnad från den gamla. Skolverket framhåller också att man i den nya kursplanen gjort det mera explicit hur ämnet idrott och hälsa kan bidra till hela skolans gemensamma uppdrag för hälso- och livsstilsfrågor, genom att tydligare betona "... elevernas fysiska förmåga och den fysiska aspekten på hälsa." (Ibid. s. 6).

Sammanfattningsvis vill således Skolverket lyfta fram kopplingen mellan fysisk aktivitet och hälsa samt visa att ämnet idrott och hälsa ska ge eleverna verktyg till att själva kunna främja sin hälsa i vardagen. Enligt min tolkning vill de emellertid också påvisa att hälsoområdet inte endast är ämnet idrott och hälsas uppdrag – det är alltså, med stöd i skollagen, en skolgemensam skyldighet. Ämnet idrott och hälsas huvudsakliga uppdrag är kunskapsutveckling och lärande (Ekberg, 2009; Larsson, 2016; Skolverket, 2011a), i likhet med övriga skolämnens centrala element, och att arbeta hälsofrämjande ligger således inte endast på detta ämnes bord (Skolverket, 2011a). Frågan om vem som ska planera för och ha det övergripande ansvaret för det mer "vardagliga" hälsofrämjande arbetet i skolan (utöver ämnet idrott och hälsa), kvarstår dock fortfarande.

2.4 Fysisk aktivitet

En del i skolans hälsofrämjande arbete är att stödja barnen till att bli mer fysiskt aktiva. Men vad innebär det egentligen att vara fysiskt aktiv? Den begreppsförklaring som flitigt används är:

Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that result in energy expenditure above resting level. (Caspersson, Powell & Christenson, 1985, s.126)

Enligt denna definition innefattar således fysisk aktivitet all typ av muskelaktivitet/rörelse under både arbete och fritid samt olika former av kroppsövningar, som till exempel idrott, gymnastik, motion och friluftsliv (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Detta betyder att alltifrån exempelvis att klättra, lyfta, gå, cykla, springa, leka och hoppa räknas som fysisk aktivitet, så länge det ger ökad energiförbrukning över vilonivå. För barn är rekommendationen minst 60 minuter fysisk aktivitet per dag och då inkluderas både måttlig och hög intensitet. Barn och unga får dock gärna ägna sig åt mer fysisk aktivitet än så, då det är än mer fördelaktigt för deras hälsa (Nordic Council of Ministers, 2013; WHO, 2010; 2015). Aktiviteterna ska dessutom vara så pass allsidiga att de kan främja både kondition, muskler, rörlighet, kordination och reaktionsförmåga. Däremot behöver de fysiska aktiviteterna inte vara sammanhängande utan kan delas upp i flera kortare sekvenser under dagen (Statens folkhälsoinstitut, 2012). WHO (2010) och även de nya nordiska näringsrekommendationerna (NNR 2012, Nordic Council of Ministers, 2013) framhåller också att barn bör utöva belastande aktiviteter som stärker benmassan minst tre gånger per vecka.

Den rekommenderade fysiska aktiviteten för barn (det vill säga minst 60 minuter/dag) kan också ”översättas” till antal steg per dag. Barn som går i grundskolan bör då komma upp till mellan 11000–15000 steg/dag. 11000–12000 steg/dag är rekommendationen för flickor och 13000–15000 steg/dag är rekommendationen för pojkar, för att de ska nå upp till tillräcklig nivå av fysisk aktivitet (Tudor-Locke et al., 2011). Förenklat kan man säga att 12000 steg/dag är ett bra mått för båda könen (Colley, Janssen & Tremblay, 2011), för att avgöra om unga når rekommenderad fysisk aktivitetsnivå. Svenska barns stegmängd är dock höga internationellt sett (Raustorp, Pangrazi, & Stähle, 2003; Tudor-Locke et al., 2011), vilket gör att rekommendationen på 12 000 steg/dag kan kännas väl låg för pojkar i mellanstadiet. Med detta som

utgångspunkt blir definitionen av fysisk aktivitet i denna avhandling fokuserad på rörelse av minst måttlig grad som ger ökad muskelaktivitet och energiförbrukning, som i sin tur gör att barnen minskar sin stillasittande tid och tar tillräckligt många aktiva steg. Det vill säga enligt de rekommendationerna som finns uppsatta för respektive kön, vilket rekommenderas som mått för att exempelvis utvärdera interventioner och beteendeförändringar (Tudor-Locke et al., 2011) – något som även använts som ”norm” för analys i denna undersökning.

2.5 Självkänsla

Terminologin om ”självet” varierar inom olika discipliner och forskningsfält. Även om det i litteraturen kan förekomma vissa överlappningar av termer och konstruktioner finns numera en relativ enighet kring begreppet. Ett begrepp som kan sägas vara övergripande är benämningen *självuppfattning* (self-concept) som inkluderar alla typer av uttalanden (både globala och specifika) om hur vi ser på och uppfattar oss själva (Fox, 1997), det vill säga de idéer eller den bild vi har av oss själva (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; Sonstroem, 1992). Dessa uppfattningar bygger i sin tur på erfarenheter bildade i individens omgivande miljö och påverkas särskilt av förstärkningar från betydelsefulla personer. För ett barn blir således familj, vänner och skola viktiga faktorer i utvecklandet av självuppfattningen (Harter, 2012; Shavelson, et al., 1976).

Konceptet självuppfattning uppfattades först som endimensionellt (Campbell et al., 1996), men efter att Shavelson et al., (1976) visat på en mer multidimensionell modell av självbegreppet har förståelsen fått en helt annan karaktär (Lindvall, 2008). Forskare förlitar sig nu främst på en hierarkisk beskrivning av konceptet, utformat och förklarat som ett kognitivt schema, där individens generella och *beskrivande* uppfattning om sig själv finns högst upp (”Vem/vad är jag?”, Campbell et al., 1996), följt av underliggande självskattade kompetensnivåer (Shavelson et al., 1976). Begreppet självuppfattning är alltså mera kopplat till en självbeskrivning, medan de underliggande nivåerna handlar mer om självutvärdering (Fox, 1998; Lindvall, 2011).

Ett begrepp som är hämtat ur den bredare termen, självuppfattning, är *självkänsla*. Begreppet används flitigt i studier, men enligt Guindon (2002) är det inte alltid fokus läggs på dess definition. Ordet självkänsla kan i alla fall i stort sägas innefatta hur vi *värderar* den bild vi har av oss själva (vår självuppfattning) (Lindvall, 2004, 2011; Sonstroem, 1992) och frågan vi ställer oss blir; ”Vad tycker jag om mig själv?” (Campbell et al., 1996, s. 141, egen översättning). Sonstroem (1992) menar dock att det är svårt att se på sig själv utan att lägga en värdering och därför används de olika termerna alternerande.

Begreppet självkänsla (eng. översatt som *self-esteem* eller *self-worth*) verkar också kunna bytas ut med den mer generella termen självuppfattning i de hierarkiska modellerna (se exempelvis Fox, 1998; Harter, 1982; Sonstroem & Morgan, 1989), där benämningen *global självkänsla* (eller generell självkänsla) då hamnar längst upp i hierarkin/modellen (Guindon, 2002), liksom *global självuppfattning* finns högst upp i Shavelsons et al (1976) modell. Guindon (2002) gör ett försök till en definition av denna kategori, genom tidigare forskning, med en summering om att *global self-esteem* innefattar ”en övergripande uppskattning av den allmänna självkänslan – en nivå där man accepterar sig själv som man är” (s. 207, egen översättning), eller som Harter (1982) bland annat uttrycker det; ”being happy with the way one is, feeling good about the way one acts” (s. 88).

Liksom Shavelsons et al. (1976) teori har även bland annat Harter (1982) exemplifierat olika sub-domäner under kategorin *global självkänsla/självvärdering* (global self-worth) som alla handlar om hur man tycker sig klara av specifika situationer inom olika områden, som i sin tur påverkar den allmänna (globala) självkänslan. I Harters senaste modell (1985, 2012) går det att finna fem sub-områden; *social acceptance*, *scholastic competence*, *behavioral conduct*, *athletic competenc* och *physical appearance*, varav de två sistnämnda kan inbegripas inom ramen för begreppet *fysisk självkänsla* (Lindwall, 2004) som ofta används som begreppsdefinition av det som berör individens upplevelse av din kropp och sin förmåga att utöva fysiska aktiviteter (se exempelvis Fox 1998, Raustorp, Stähle, Gudasic, Kinnunen & Mattsson, 2005).

Allra längst ner i ”självbildshierarkin”, det vill säga under exempelvis domänen fysisk självkänsla, kan man i vissa modeller även finna ytterligare undergrupper (som exempelvis fysisk styrka, fysisk kondition) och till dessa

kan ofta i sin tur en mer situationsspecifik självkänsla kopplas, *self-efficacy* (Raustorp, 2006). Denna självkänsla handlar alltså om en bedömning av sin egen förmåga (kompetens) till en viss uppgift inom ett särskilt område. Det är också denna nivå som sägs vara lättast att kunna påverka (Bandura, 1997).

Till denna avhandling har Harters sub-domäner *idrottskompetens* (athletic competence) och *fysiskt yttre/utseende* (physical appearance) valts ut till att ingå i undersökningen tillsammans med *global självkänsla*, då dessa domäner betraktades som lämpliga utifrån studiens problemställningar. Stark självkänsla definieras i denna avhandling, med stöd av Harter, när idealbilden som man har av sig själv stämmer överens med den upplevda bilden. Tvärtom blir alltså självkänslan låg när dessa båda bilder avviker från varandra. Självkänslan hänger alltså samman med en *utvärderande* del av självet (Harter, 2012; Muris, Meesters & Fijen, 2003) och "... refers to an individual's feeling of his or her worthiness and competence (Muris et al., 2003). Begreppet *idrottskompetens* avser istället handla om hur barnet upplever att de bemästrar fysiska aktiviteter medan *fysiskt yttre/utseende* mera rör sig om den unges syn på sin kropp och sitt utseende. En god global självkänsla är däremot per definition en upplevelse av hur nöjd barnet är med sig själv rent allmänt, oavsett hur bra hon/han upplever sig vara i fysiska aktiviteter eller trivs med sin egen spegelbild.

2.6 Hälsocoach

Begreppet *coaching* har de senaste åren utvidgats markant och används numera i en rad skilda sammanhang inom olika arenor (Gjerde, 2012). Ordet coach är dock inget nytt begrepp, då det uppkom redan tidigt på 1500-talet. I en av de tidigare kända formerna av begreppet är betydelsen med en enkel översättning från engelskan, *vagn* (Berg, 2007). En coach är således något som "... fraktar människor från en plats till en annan..." (Ibid. s. 73). Begreppet blev senare populärt inom idrottsvärlden, men numera existerar det alltså på flera håll i samhället (Berg, 2007; Gjerde, 2012; Palmer, Tubbs & Whybrow, 2003). Definitionen av termen coaching kan dock skilja sig åt, liksom de teorier och metoder som är kopplade till coachingbegreppet (Berg & Karlsen, 2007). Enligt Gjerde (2012) ser vissa coaching som ett samlat begrepp för allt som görs för att "... frigöra människors potential.", medan andra ser det mer som ett välavgränsat tillvägagångssätt, som består av ett särskilt sätt att tänka och

handla. En mer vardaglig definition av coaching är Bergs (2007), som menar att coaching handlar om:

Att uppmuntra och stödja en individ eller ett team att utveckla sitt sätt att tänka, vara och lära, samt utveckla sina positiva känslor, för att nå viktiga personliga mål och/eller organisationsmässiga mål. (Berg, 2007, s. 15)

Ett begrepp som är länkat från coaching är *hälsocoaching* och *hälsocoach* som i likhet med coachingbegreppet idag figurerar på åtskilda platser i vårt svenska samhälle. Detta utan att det egentligen finns någon klar definition av dess betydelse. Palmer et al. (2003) beskriver dock ordet på ett tillämpligt sätt i sin studie, där de menar att hälsocoaching (health coaching) handlar om att ha ett coachande förhållningssätt till hälsoutbildning och hälsofrämjande arbete i praktiken, för att på så sätt kunna stärka individers välmående och underlätta samt stödja dem i deras ansträngningar i arbetet med att nå sina hälsorelaterade mål:

Health coaching is the practice of health education and health promotion within a coaching context, to enhance the wellbeing of individuals and to facilitate the achievement of their health-related goals. (Palmer et al., 2003, s. 92)

Med denna definition i åtanke bör en hälsocoachs arbetsuppgifter inrymma både utbildande och främjande aktiviteter. Uppfattningen av vad en hälsocoach är och gör, skiljer sig troligtvis något åt i praktiken, men den allmänna uppfattningen är relativt likartad - att det är en person som hjälper andra individer att främja sin hälsa. Att *hälsocoach* blivit ett modeord råder det i alla fall inget tvivel om, då det vid en sökning på Google inte gav mindre än 184 000 träffar (2016-05-12). Även i nationella studier kan man finna begreppet hälsocoach (health coach). Framst verkar begreppet/rollen användas en hel del inom primärvården. Kreitzer et al. (2008) framhåller dock att *health coaches* numera anställs allt mer inom olika organisationer, så förutom inom sjukvården, på friskvårdsanläggningar, i privat praktik och inom företag. Hälsocoacher har bland annat använts i interventionsstudier utförda på arbetsplatser med fokus på hälsofrämjande arbete (Baker et al., 2008). Detta för att bland annat hjälpa individer att göra hälsosamma livsstilsförändringar:

[...] the focus is on helping clients make choices and behavior changes that will promote their overall health and well-being. [...] A major focus is on increasing the self-efficacy of the client. (Kreitzer, Victor, Sierpina & Lawson, 2008, s. 154).

Dock görs inte alltid en beskrivning av vilken form av utbildning som krävs för att vara hälsocoach. Det verkar kunna vara allt ifrån exempelvis en sjuksköterska, medicinsk assistent (Bodenheimer & Laing, 2007; Laing et al., 2008) och dietist till en certifierad personlig tränare, certifierad hälsoutbildare, eller en person tillhörande en annan yrkesgrupp med utbildning i psykologi och hälsorelaterade områden (Baker et al., 2008). Framställningen av den huvudsakliga arbetsuppgiften är emellertid ofta densamma – att hjälpa individer till beteendeförändringar mot ett hälsosammare leverne. Hälsocoachens uppgift är alltså att stödja individer till att sätta upp och uppnå hälsomål samt i flera fall även att stimulera lärande om olika främjande levnadsvanor och metoder. Med andra ord kan en ”hälsocoach” i grunden ha olika utbildningar, även om arbetsuppgifterna är av samma art.

Ett närliggande begrepp till health coach är *wellness coach*, som också används flitigt i nationella studier, men inte i lika hög grad som health coach (en sökning på google scholar gav 25 500 träffar, till skillnad från health coach som gav 299 000 i sökresultat, 2016-05-12). Extra populärt verkar det vara att använda *wellness coach*-begreppet (särskilt *personal wellness coach*) när det gäller coaching via mobilapplikationer nationellt. Även *health coach* är ett ofta använt begrepp inom detta gebit. Här blir då coachen en person som visar övningar eller kan spåra användarens rörelser, registrera steg etc. (Buttussi & Chittaro, 2008).

Definitionen av hälsa och wellness skiljer sig dock åt, då begreppet hälsa är betydligt bredare och mer vetenskapligt förankrat. Wellnessbegreppet brukar i stort kopplas till harmoni i kropp och själ (Smith & Puczkó, 2009). Liksom *health coach*-begreppet görs heller inte alltid en begreppsförklaring av *wellness coach* i alla studier. En beskrivning av arbetsuppgifterna (Swarbrick, Murphy, Zechner, Spagnolo & Kenneth, 2011) görs däremot oftare vilka är snarlika med hälsocoachens – att hjälpa individer uppnå uppsatta mål till livsstilsförändringar. Enligt min mening har emellertid ordet *wellness coach* inte riktigt fått något genomslag i Sverige ännu, och av den anledningen valdes begreppet *hälsocoach* istället, i denna studie.

Mot ovanstående bakgrund, där en exakt definition av begreppet *hälsocoach* är svårfångad, och då särskilt med tanke på att studiens hälsocoach har fokus på barns hälsofrämjande utveckling, valdes en egen begreppsförklaring. Dock

med påverkan av framhållna närliggande begrepp och tolkningar. En hälsocoach i skolan med fokus på barn bör helst ha en pedagogisk utbildning med god kunskap om ungas psyko-sociala och fysiologiska utveckling. En hälsocoach i skolan med uppdrag att bedriva hälsofrämjande arbete bör också med fördel ha kunskaper om ungas hälsa och hälsofrämjande aktiviteter. Detta för att på ett relevant sätt kunna utbilda, motivera, inspirera och stödja elever (och lärare/pedagoger) till att utveckla ett positivt förhållningssätt till fysiska aktiviteter och andra hälsofrämjande levnadsvanor. Dessutom bör en hälsocoach i skolan kunna bemästra att skapa en främjande miljö som möjliggör för individen att själv lyckas påverka sin hälsa i en för honom/henne gynnsam riktning.

2.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis ses hälsa i denna studie som ett begrepp som innefattar både objektiva och subjektiva aspekter. Med hjälp av goda resurser som exempelvis fysisk aktivitet kan hälsa främjas i skolmiljön, vilket också hör till skolans uppdrag. Hälsofrämjande arbete i skolan bör således syfta till att skapa en stödjande miljö, där alla inom denna arena kan utveckla egna resurser för att kunna förbättra sitt hälsoarbete. Det hälsofrämjade uppdraget har i denna interventionsstudie letts av en hälsocoach – en person med pedagogiska och hälsofrämjande kvalifikationer.

Kapitel 3 Tidigare forskning

I följande kapitel ges en forskningsöversikt av studiens problemområden. Här lyfts således relevant litteratur och artiklar fram kopplat till avhandlingens syfte. Som tidigare nämnts har vissa avgränsningar gjorts i avhandlingen, vilket innebär att även detta avsnitt begränsas till att främst behandla de områden och begrepp som definierats i föregående kapitel.

3.1 Hälsofrämjande arbete i skolan

Skolan ska erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet, vilket, som nämnts tidigare, hör till dess uppdrag. Om skolorna runt om i landet följer detta åliggande är svårt att svara på, men enligt den utvärdering som gjordes av Fagrell och Gustafsson (2007) var det endast 47 % av klasser i grundskolan som erbjöds detta. I den nya skollagen (SFS 2010:800) står det att elevhälsan ska arbeta främjande. Det står emellertid endast att elevhälsan ska ”[...] omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.” (s. 9, 25 §), så vem ska då ta hand om den fysiska aktiviteten? Det vill säga på *vems* ansvar ligger att skolan skall erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet? Tanken är väl delvis att eleverna ska få fysisk aktivitet på lektionerna i idrott och hälsa, men att enbart använda sig av dessa lektioner för att öka barns fysiska aktivitetsnivå är inte tillräckligt (Engström, 2007; van Acker et al., 2011).

För det första är lektionerna i idrott och hälsa alldeles för få och för det andra kan ”idrotten” bli för tävlingsinriktad för många barn (Larsson & Redelius, 2004). Dessutom är inte alltid den fysiska aktivitet som bedrivs under idrottsundervisningen anpassad efter att eleverna har olika förutsättningar (Skolverket, 2010a). Arbetet med att öka barns fysiska aktivitet i skolan behöver således ske även *utöver* ämnet idrott och hälsa. Extra aktivitetspass under skoldagen, mer hälsoundervisning samt ökad föräldrainvolvering i livsstilsfrågor, kan ge positiva effekter på barns och ungas fysiskt aktiva beteendemönster, både under skoldagen och på fritiden (SBU, 2006). Att involvera vårdnadshavare mer i det hälsofrämjande arbetet är således

essentiellt, då förstärkande faktorer så som föräldrar och familj är en viktig förebild för unga i fråga om fysiskt aktivitetsmönster (Bellows-Riecken & Rhodes, 2008; Loprinzi & Trost, 2010).

WHO (2006a), som har analyserat ett stort antal studier gjorda på hälsofrämjande arbete i skolan, framhäver också betydelsen av att involvera föräldrarna mer i det hälsofrämjande arbetet, då de interventioner som involverat föräldrar anses ha lyckats bättre jämfört med de som inte gjort det. Emellertid har främst interventionsprojekt gjorda på barn över 12 år haft bäst effekt (van Sluijs, McMinn & Griffin, 2007) och det framkommer inte alltid riktigt vad för *sorts* aktiviteter det gäller (O'Connor, Jago & Baranowski, 2009), men det verkar som att flertalet av interventionerna vanligtvis har begränsat det till nyhetsbrev och till ”hemläxor” som eleverna gör tillsammans med sina föräldrar (van Sluijs et al., 2007). Det finns också studier som endast visat på svaga eller inga samband (Kader, Sundblom & Schäfer Elinder, 2015; Metcalf, Henley & Wilkin, 2012).

Därtill gav de interventioner WHO granskade som involverade föräldrar, endast ökad kunskap om hälsa och ej förändrade hälsobeteenden. Nyckelkonceptet verkar alltså inte bestå av att endast fokusera på att involvera vårdnadshavare, men däremot kan det vara ett viktigt inslag tillsammans med andra insatser. De interventioner som lyckats bättre än andra var nämligen de som arbetat multifaktoriellt – de skolbaserade program som främjade både mental hälsa, fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor i kombination med satsningar gällande förändringar av skolans grundsyn och miljö samt involvering av föräldrar (WHO, 2006a). Således i linje med de ekologiska teorierna gällande beteendeförändring (van Sluijs et al., 2007). Studier som visat sig fungera allra bäst var också de mest omfattande interventionerna och de som pågick under lång tid (WHO, 2006a).

I Bruntons et al., (2003) rapport, framhålls också värdet av att arbeta multidimensionellt. Detta eftersom deras granskning av interventionsstudier avsedda att främja barns fysiska aktivitet visar att vissa insatser kan ha mer effekt än andra. Sammanfattningsvis rekommenderas därför främst att; utbilda och tillhandahålla redskap för att minimera barns TV- och videotittande, engagera vårdnadshavare för att stödja och uppmuntra sina barn till fysisk aktivitet, erbjuda tillfällen för familjedeltagande, kombinera insatser genom en

konstellation av utbildning i klassrummen, en förbättring av idrottslektionerna, ökad fysisk aktivitet under skoldagen i stort och att arbeta med hembaserade aktiviteter. Slutsatser som även överensstämmer med det ramverk som föreslås av van Acker et al., (2011).

Det finns följaktligen vetenskapligt stöd från flera håll att skolbaserade interventioner har främjande effekter på barns hälsa, även om inte *alla* studier visar på några signifikanta positiva resultat (Dobbins, DeCorby, Robeson, Husson & Tirilis, 2009; Dobbins, Husson, DeCorby & LaRocca, 2013). Störst betydelse för att lyckas stimulera ungas hälsofrämjande vanor till det bättre verkar i alla fall vara att satsa på multifaktoriella insatser, som pågår under lång tid. Dessutom verkar vårdnadshavarnas uppmuntran ha stort värde för barns förbättrade livsstilsval, och då särskilt för flickor enligt Haerens et al. (2007a). Detta är intressant att lyfta fram med tanke på Nybergs (2009) doktorsavhandling, som pekar på att flickor rör på sig mindre än pojkar under skoldagen. För att komma åt problematiken med ungas fysiska inaktivitet räcker det dock alltså inte med begränsade åtgärder i skolan (SBU, 2004:160; WHO, 2006a, 2008). Barnens hem- och fritidsmiljö kan också behöva involveras med skolans verksamhet – en samverkan som ofta fungerar mindre bra (SBU, 2004:160).

Utöver vårdnadshavare kan det vidare vara viktigt att även få med idrottsrörelsen, som kan, och dessutom själva har som målsättning, att fungera som en resurs för skolan och dess arbete med ökad fysisk aktivitet (Riksidrottsförbundet, RF, 2007, 2009a). Framför allt skulle idrottsrörelsen kunna vara en tillgång i skolans hälsofrämjande arbete efter att eleverna slutat för dagen. En utvärderande sammanställning av Handslaget⁷ indikerar nämligen på att fler barn och ungdomar har rekryterats till idrottsrörelsen genom att idrottsföreningar gjort besök i skolan. Utvärderingen tyder emellertid vidare på att Handslagets satsningar inte nått de fysiskt inaktiva unga, som inte är så intresserade av idrottsaktiviteter, det vill säga de barn som kanske bäst behöver det (Engström, 2008). I Idrottslyftet, Handlagets efterträdare, var tanken att insatserna skulle bli än mer inriktade på att ”öppna dörrar för fler” för att komma åt en bredare grupp unga individer, i syfte att

⁷ Handslaget var en satsning på barn- och ungdomsverksamhet som Riksidrottsförbundet fick pengar till, av regeringen, mellan år 2004-2007 (Riksidrottsförbundet, 2009b).

nå folkhälsomålet om en ökad fysisk aktivitet bland befolkningen i stort. Enligt den utvärdering som gjorts verkar dock idrottsföreningarna definierat och tolkat uppdraget lite annorlunda då man i de flesta fall fokuserat på att inte stänga ute någon. Med andra ord har inga kraftansträngningar gjorts för att nå de barn som av olika anledningar inte kommer till idrottsrörelsen (Nordström, 2012), vilket innebär att det finns mycket kvar att göra i arbetet med att inspirera fler barn till ökad fysisk aktivitet. Det är därför, som Engström (2008) påpekar, viktigt att idrottsrörelsens satsningar i skolan får ”rätt sorts” innehåll för att möta fler elevers olika behov.

Det finns emellertid ingen klar ”mall” för hur man i skolan bäst kan gå tillväga för att bedriva hälsofrämjande aktiviteter. Det är kanske också därför flera skolor har gjort olika slags satsningar och försök till att främja barns och ungas fysiska aktivitetsnivå och/eller förbättra samt öka förståelse för andra hälsosamma levnadsvanor (Mura et al., 2015). Vissa skolor har med hjälp av skolans egna lärare provat att arbeta med hälsofrämjande aktiviteter under skoldagen, medan andra tagit hjälp ”utifrån” av exempelvis lokala idrottsföreningar (Carlman, 2015; Käll et al., 2014). En del projekt har visat på positiva effekter av de interventioner som bedrivits i skolan. Exempel är Bunkefloprojektet (Eriksson, 2003), STOPP-projektet (Nyberg, 2009), CATCH (McKenzie, et al., 2001), Samverkan Skola/Idrott (Käll et al., 2014), och The Sogndal school-intervention study (Resaland, Andersen, Holme, Mamen & Anderssen, 2011) samt några interventionsprojekt gjorda i Belgien (Haerens et al., 2007b; Haerens et al., 2007a). Vissa projekt har emellertid endast uppnått små skillnader och flera av projekten har inte kunnat visa på några långtidseffekter (Dobbins et al., 2013; Shaya, Flores, Gbarayor & Wang, 2008).

Få av alla projekt som drivs ute i landet har dock studerats vetenskapligt, enligt Lorentzon (2006). Några av projekten har emellertid utvärderats i efterhand, men endast för att få en övergripande bild av projektens insatser. Man har ej heller på ett tydligt sätt prioriterat att göra fysiologiska och psykologiska mätningar på barnen i flertalet av projekten, i alla fall inte i Sverige (Patriksson & Stråhlman, 2006; Raustorp, Pagels, Fröberg, & Boldemann, 2015). Utomlands har man i ett flertal interventionsprojekt gjort fysiska mätningar, exempelvis genom accelerometer eller genom konditionstest, men många studier består av subjektiva mätmetoder (van Sluijs

et al., 2007). Dessutom används inte alltid validerade instrument (Craggs, Korder, van Sluijs & Griffin, 2011). Det är hur som helst ovanligt att man i en och samma studie kombinerar båda en objektiv och en subjektiv metod (Ibid.; Dobbins et al., 2013).

Det är också svårt att finna projekt som gjort mätningar av mer psykisk karaktär, som upplevd självkänsla kopplat till ökad fysisk aktivitet. I många fall har man dessutom inte följt och studerat de unga över tid (Ericsson & Karlsson, 2014; Patriksson, 2012; WHO, 2009), för att se om den implementerade fysiska aktiviteten haft någon positiv effekt på de ungas hälsa. Därtill är de flesta utvärderingar undermåliga rent metodologiskt, vilket också det gör det svårt att dra några slutsatser om interventionernas eventuella påverkans- och hälsoeffekter bland de barn och unga som deltagit i verksamheten (Dobbins et al., 2013; van Sluijs et al., 2007). Med andra ord finns det många skolprojekt som fortgår utan att man egentligen vet om de har något väsentligt inflytande på elevernas hälsobeteende (Brown & Summerbell, 2009).

Av ovanstående anledning krävs fler resurser och forskningsstudier med longitudinell design (Engström, 2008; Kristén, Ivarsson, Parker & Ziegert, 2015; Patriksson, Stråhlman & Ericsson, 2012), för att få till en bra främjande verksamhet som kan inspirera fler elever till att bli regelbundet fysiskt aktiva. Detta konstaterar även Shaya et al., (2008) som i sin genomgång av ett flertal utvärderingar gällande skolinterventioner har uppmärksammat betydelsen av longitudinella insatser. Därtill kan det behövas andra mått för att bedöma om interventionen har haft någon betydelse för eleverna hälsa, som exempelvis elevbelåtenhet, självkänsla och deltagande i fritidsaktiviteter (Dobbins et al., 2013). I linje med Lorentzon (2006) är det viktigt att skolor är med och utvecklar kunskap kring främjandet av ungas hälsa, *tillsammans* med forskare, vilket bland annat kan ske genom att intervjua inblandade parter om deras erfarenheter av interventionens verksamhet (Tayabas, León & Espino, 2014). Detta för att på vetenskaplig grund även kunna belysa hur lärare och elever upplever projektens olika insatser och på så sätt analysera om hälsofrämjande aktiviteter i skolan verkligen ger positiva beteendeförändringar för barns hälsa och framför allt för de barn som bäst behöver det – de inaktiva.

Enligt WHO (2006b) bör strategin mot fysisk inaktivitet vara att arbeta med några nyckelfaktorer som exempelvis att; fokusera på hela populationen (och inte endast riskgrupper), använda en bred definition av fysisk aktivitet, engagera flera sektorer på olika nivåer, förbättra miljön så att den främjar till fysisk aktivitet och att använda sig av bästa tillgängliga evidens före implementering äger rum. Trost et al., (1999) påpekar dessutom vikten av att tillhandahålla roliga men samtidigt utvecklingsmässiga aktiviteter, lämpade för alla, så att alla barn kan uppleva framgång, vilket stärker självkänslan. Det är också viktigt att verbalt uppmuntra barnen till att delta i fysiska aktiviteter och att reducera tävlingsmoment, för att på så sätt minska ångest i samband med deltagande i fysisk aktivitet.

Mot bakgrund av tidigare nämnda studier av de interventioner som gjorts nationellt och internationellt finns redan viss evidens om vad som fungerar och/eller inte fungerar. Resultaten tyder på att de hälsosatsningar som lyckats sämst endast har innehållit enskilda komponenter eller haft kort varaktighet (Parcel et al., 2000). Mer forskning behövs dock, då det finns mer att utreda. Bland annat återstår frågan kring vem eller vilka i skolan, som bör ha uppdraget att genomföra och/eller se till så att hälsofrämjande aktiviteter blir av, men också på vilket sätt aktiviteterna bör bedrivas för barnens bästa.

3.2 Idrott och hälsa i skolan

Ämnet idrott och hälsa handlar idag inte bara om att få eleverna fysisk aktiva, utan även om att utveckla kunskaper till ett hälsofrämjande liv (Skolinspektionen, 2012; Lgr11). Många kan nog därför tycka att det är ämnet idrott och hälsa i skolan som bör ta det fulla ansvaret för hälsofrämjande aktiviteter. Att få ihop ekvationen på de få timmar ämnet har till sitt förfogande, som är runt 90 minuter i veckan (Skolverket 2010a), kan dock vara en utmaning. Kanske är det också därför undervisningen inte fullt ut täcker det innehåll som anges i kursplanen? Studier tyder på att området hälsa bortprioriteras, i alla fall i Sverige, och då fortfarande till fördel för vanliga idrottsaktiviteter, inte minst för bollsporter (Skolinspektionen, 2012). Detta kan bero på att det finns otydligheter i ämnets kursplan, och att verkställare ute på fältet helt enkelt är osäkra angående vad som egentligen ska realiseras (Ekberg, 2009), vilket också framkommer i Skolinspektionens granskning av

skolämnet idrott och hälsa (2012). Dessutom ges den ”praktiska” idrotten ofta värde i den svenska utbildningen (lärarutbildningen) av ämnet, vilket naturligtvis också kan påverka vad som verkställes/genomförs under lektionerna (Larsson, 2009). Lärare i idrott och hälsa kopplar i hög grad begreppet hälsa till ett fysiologiskt perspektiv och anser att det är viktigare att barnen rör på sig (Skolverket, 2010b). Den fysiska aktivitet som bedrivs i ämnet kan å andra sidan vara den enda rörelse vissa barn får (Ekberg, 2009; Eriksson et al., 2005).

Skolinspektionens granskning (2012) visar också att även om lektioner i ämnet idrott och hälsa erbjuds, är det ett oväntat högt antal elever som inte deltar i undervisningen och som inte har giltiga skäl för det. Troligtvis hänger detta ihop med att en del elever inte uppskattar ämnet, vilket kan kopplas till att inte känna sig tillräckligt bra rent prestationsmässigt (Eriksson et al., 2005; Larsson & Redelius, 2004). Detta har möjligen i sin tur att göra med att en del lärare i idrott och hälsa lägger stor tonvikt på tävling och resultat i sin undervisning (Skolinspektionen, 2012). De elever som trivs sämst med ämnet tillhör oftast den grupp som inte ingår i idrottsrörelsen. ”Detta... säger något om idrottsrörelsens stora inflytande över ämnet idrott och hälsa [...]” menar Larsson och Redelius (2004, s. 230). Tidigare gjorda studier visar trots allt att flertalet elever gillar idrottsämnet och tycker att det är ”roligt” (Larsson, 2004; Eriksson et al., 2005; Skolverket, 2007), vilket främst kopplas till att man där får vara fysiskt aktiv. Eleverna förknippar emellertid inte ämnet med lärande (Larsson, 2004; Skolinspektionen, 2012). Nu är dock flera av nämnda studier gjorda under den tid Lpo-94 rådde, då sällan teoretisk kunskap om hälsa förmedlades, men enligt Skolinspektionens granskning (2012) av rådande läroplan (Lgr11) verkar ”problemen” fortfarande existera. Detta talar för att ämnet inte ensamt kan och bör ta ansvaret för hälsofrämjande aktiviteter i skolmiljön (van Acker et al., 2011) och att det därför kan vara aktuellt att testa andra tillvägagångssätt för att främja elevernas hälsosamma vanor inom skolan som arena.

3.3 Den fysiska aktivitetens betydelse för hälsa

Att försöka främja elevers fysiska aktivitet i skolan känns angeläget med tanke på att det finns många studier som har visat på den fysiska aktivitetens positiva effekter på hälsan (Janssen & LeBlanc, 2010; Ekelund, Luan, Sherar, Esliger, Griew & Cooper, 2012; Ortega, Ruiz, Castillo & Sjörström, 2008). Dock har fler studier gjorts på vuxna där det finns åtskilligt med evidens för att regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga ohälsa som bland annat diabetes typ 2, depression, stress och osteoporos samt associeras med minskad risk för en för tidig död, och då särskilt kopplat till kardiovaskulära sjukdomar (Blair et al., 2001; Blair & Morris, 2009; Warburton, Whitney Nicol & Bredin, 2006).

Ett antal forskningsstudier finns emellertid även gjorda på barn. Strong et al., (2005) och likaså Janssen och LeBlanc (2010) har granskat ett flertal undersökningar, där de funnit att fysisk aktivitet bland annat kan ha en positiv effekt på flera komponenter av kardiovaskulära sjukdomsfaktorer samt på muskuloskeletal hälsa och psykiskt välbefinnande. Andra forskare (Boreham & Riddoch, 2001), menar dock att sambanden mellan fysisk aktivitet och hälsa för barn är svaga, men att detta troligtvis beror på mätningssvårigheter samt brist på longitudinella studier. Svaga samband kan dessutom ha sin grund i att hälsorisker inte syns förrän långt senare i livet, det vill säga samma som för rökning (Ibid), vilket är en viktig aspekt i sammanhanget. Fysisk aktivitet kan således ha påverkan på barns framtida hälsostatus (Freedman et al., 2005; Patriksson & Stråhlman, 2006; Whitaker et al., 1997; Warburton et al., 2006), även om det inte syns just under barn- och ungdomsåren (Welk, Eisenmann & Dollman, 2006).

Fysisk aktivitet kan emellertid även ha positiva effekter på kort sikt. Inte minst kan det lindra depression och oro (Paluska & Schwenk, 2000). Dessutom kan fysisk aktivitet ha positiv inverkan på självkänslan och självförtroendet (Hallal, Victora, Azevedo, & Wells, 2006), vilket ett flertal unga lider brist på (BRIS, 2008). Därtill förbättrar fysisk aktivitet både motorik och koncentrationsförmåga samt även förutsättningar för att bemästra skolarbetet (Ericsson, 2003; Ericsson & Karlsson, 2014; Malina, 2004). En studie visar exempelvis att fler unga klarar att gå vidare till gymnasiet, efter att ha fått extra idrottslektioner i skolan (Ericsson & Karlsson, 2014).

Frågan är dock om den rådande rekommendationen på minst 60 minuter per dag av både måttlig och hög intensitet (Nordic Council of Ministers, 2013; WHO, 2015) är ett bra mått att utgå ifrån för att nå nämnda hälsoeffekter? Twisk (2001) är tveksam och menar att detta råd inte är underbyggt av vetenskap - att det finns för få belägg för att rekommendationen främjar hälsan. Idag finns dock nog med bevis för att säga att aktuell inrådan är relevant ur ett hälsoperspektiv, menar flera forskare (Janssen & LeBlanc, 2010; Strong et al., 2005), och då särskilt om minst 15 minuter består av hög intensitet (Martinez-Gomez et al., 2010; Ruiz, 2007; Rizzo, 2008). Andra påpekar emellertid att 60 minuter för barn kanske inte är tillräckligt och att riktlinjerna istället borde vara uppemot 90-150 minuter per dag av måttlig till hög intensitet, för en hälsosam viktstatus (Andersen et al., 2006; Corbin & Pangrazi, 2004; Epstein, Paluch, Kalakanis, Goldfield, Cerny & Roemmich, 2001; Ortega, Ruiz & Sjöström, 2007; Tudor-Locke et al., 2004).

Forskningen går sålunda något isär gällande fysiska aktivitetsrekommendationer, där några forskare trycker på vikten av intensitet, medan andra mer framhåller betydelsen av att vara fysiskt aktiv fler minuter per dag. Troligtvis skiljer sig råden åt beroende på varierande mätmetoder, miljöer och urvalsgrupper, men också utifrån att alla barn är olika. Hur mycket och med vilken intensitet en individ bör röra på sig är individuellt (Blair et al., 2004; Epstein et al., 2001). Slutsatsen man kan dra av detta är att de rådande rekommendationerna kanske är tillräckliga för vissa, men inte för alla. Detsamma gäller för rekommendationen om intensitet. Hälsoeffekter kan nås även med måttlig fysisk aktivitet (Janssen & LeBlanc, 2010), och ett flertal unga kanske behöver röra på sig under fler antal timmar, medan det passar bättre och är mer lämpligt för andra att höja intensiteten under kortare perioder.

I många fall är det således mängden fysisk aktivitet som är det centrala för hälsoeffekter, men i vissa fall kan även intensitet relateras till några hälsoparametrar (Epstein et al., 2001). Det viktiga i sammanhanget är dock inte att alla ska bli ”physically fit”, utan att inaktiva blir aktiva, där flest hälsoeffekter kan ses (Blair et al., 2001; Tremblay et al., 2010; Warburton et al., 2006). Strong et al., (2005) anser därför, att det mest angelägna är att arbeta för att skolbarn kommer upp till tillräcklig mängd av måttlig till hög fysisk aktivitet per dag och syftar på de rådande 60 min/dag. Det gör nämligen inte

alla barn och ungdomar, visar både svenska (Folkhälsomyndigheten, 2014), och internationella studier (Borraccino et al., 2009). En studie med data från flera delar av Europa pekar till och med på att det är mycket få barn som når upp till minst 60 min/dag, av måttlig till hög fysisk aktivitetsnivå (Veroligne et al., 2012).

Någon studie ger indikationer på att det endast är de överviktiga barnen som ej når rekommendationerna, medan normalviktiga gör det (Deforche, De Bourdeaudhuij, D'hondt & Cardon, 2009), och andra studier visar på tydliga könsskillnader där pojkar är mer aktiva än flickor (Sallis & Owen, 1999; Statens folkhälsoinstitut, 2011:27). Men det finns också undersökningar med resultat om att könsskillnaderna reduceras när endast måttlig aktivitet jämförs (Riddoch & Boreham, 1995). Fysisk aktivitet är dock komplicerat att mäta och flertalet studier använder sig av olika tillvägagångssätt, vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser då alla har sina brister (Patriksson, 2012; Patriksson & Stråhlman, 2006). Att arbeta med att främja *alla* barns fysiska aktivitet borde mot denna bakgrund vara angeläget.

Frågan är vidare om vi överhuvudtaget bör fokusera på ett visst antal minuter per dag, eller x-antal steg, eftersom det också kan innebära att individen då nöjer sig med den rörelsen. Att röra på sig 60 min/dag av måttlig intensitet och vara stillasittande den resterande tiden av dagen är inte helt optimalt, sett ur hälsosynpunkt (Tremblay et al., 2010). Detta har kanadensarna tagit fast på och skapat rekommendationer även för stillasittande. Från och med februari 2011 finns alltså ”Sedentary Behaviour Guidelines for Children (5-11) and Youth (12-17)” i Kanada (Tremblay et al., 2011), vilket innefattar en rekommendation om att barn mellan 5-17 år bör minska tiden de sitter stilla per dag. I Norden finns numera också uppmaningar om att vara mindre stillasittande (se näringsrekommendationer, NNR 2012, Nordic Council of Ministers, 2013), men inga specifika råd ges likt det görs i Kanada där barnen uppmanas till att; minska den totala skärmtiden till max två timmar per dag, minska stillasittande transport och den stillasittande tid som sker i ett sträck, samt tid spenderat inomhus under dagen.

Om detta är ett rimligt mått eller ej blir svårt att uttala sig om, eftersom det inte finns tillräckligt med evidensbaserad forskning på detta ännu, men som Veroligne et al., (2012) påpekar är det ändå viktigt att se till både fysisk

aktivitet och minskad stillasittande tid som centrala komponenter i hälsofrämjande arbete för barn mellan 10-12 år. Fokus bör således inte endast ligga på att nå minst 60 min av måttlig till hög intensitet, utan även på att minska den stillasittande tiden vilket kan göras genom att öka den fysiska aktiviteten även på låg nivå (Treuth, Hou, Young & Maynard, 2005; WHO, 2015). Det borde alltså även mot denna bakgrund vara viktigt att finna andra sätt i skolan, utöver idrottslektionerna, som får barnen mer fysiskt aktiva.

En stor utmaning, kanske till och med den största, verkar dock ligga i att skapa ett beteende som blir bestående oavsett vilket tillvägagångssätt man har, då forskning visar att ungas fysiska aktivitetsnivå sjunker över tid (Arundell, Ridgers, Veitch, Salmon, Hinkley & Timperio, 2013; Carlman, Wagnsson & Patriksson, 2013; Knuth & Hallal, 2009; Treuth et al., 2005). Detta är särskilt viktigt eftersom det finns studier som pekar på att barns fysiska aktivitetsmönster hålls kvar även in i senare skeden av livet (Malina, 1996, 2001; Friedman, Martin, Tucker, Criqui, Kern & Reynolds, 2008; Kristensen, et al., 2008). Telama et al. (2005) visar exempelvis att en hög grad av fysisk aktivitet i åldern 9-18, förutspår en ökad hög aktivitetsnivå även som vuxen. Korrelationen är dock inte särskilt stark, vilket även andra forskare poängterar efter att ha sett svaga samband (Herman, Craig, Gauvin & Katzmarzyk, 2009), vilket kan bero på att datainsamlingen var gjord med självrapporteringsverktyg. Objektiv mätning har visat på en högre korrelation (Kristensen et al., 2008). Tillräckliga belägg finns i alla fall för att fysisk aktivitet har positiv effekt på barns hälsa, även om forskare inte är helt eniga om huruvida barns aktivitetsnivå påverkar deras utövande som vuxen, eller i vilken grad och på vilken nivå barn bör aktivera sig för att befrämja sin hälsa.

Dessvärre finns många bakomliggande faktorer – både individuella och i barnets mikro- och makromiljö, som försvårar möjligheterna till att vara fysiskt aktiv (WHO, 2006b). I makromiljön påverkar bland annat socioekonomiska status möjligheten då lägre socialklasser inte har tillgång till samma faciliteter som andra, vilket har visat sig ha samband med både minskad fysisk aktivitet och ökad vikt (Gordon-Larsen, Nelson, Page & Popkin, 2006; Sjöberg et al., 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2010:16, 2011:6).

Ytterligare faktorer som påverkar möjlighet till aktivitet och då framför allt till spontan sådan, är den byggda miljön, både inom makro- och mikromiljön

(WHO, 2015). För barn är närmiljön en viktig plats, som exempelvis skolgården, där de kan få möjlighet att bland annat utveckla sin motoriska förmåga (Fjørtoft, 2001) och deras allmänna mentala och fysiska tillstånd (Hendy, 2000), vilket troligtvis även påverkar hälsa och välbefinnande i förlängningen.

När det gäller individuella faktorer kopplat till fysisk aktivitet och då specifikt barns deltagande i fysiska aktiviteter visar forskning att deras medverkan kan gynnas av att tona ner tävlingsmoment samt uppmuntras av att experimentera och pröva olika former av aktiviteter. Dessutom har glädje/nöje visat sig viktig för barn samt stöd från förstärkande faktorer så som föräldrar (Allender, Cowburn & Foster, 2006). Inaktiva ungdomar önskar till och med att de hade blivit uppmuntrade av sina föräldrar redan i tidig ålder, vilket troligtvis hade gjort dem mer aktiva (Apitzsch, 2007).

Det finns således flera faktorer att ta hänsyn till, vid implementering av hälsofrämjande arbete i skolan i försök att främja ungas fysiska aktivitet. Att satsa på en främjande skolmiljö som inbjuder till fysisk aktivitet, låta prestationskraven vara låga, samt få med de förstärkande faktorerna (så som vårdnadshavare och skolans personal), har i denna studie därför ansetts som viktiga komponenter utifrån tidigare forskning.

3.4 Självkänsla kopplat till hälsa och fysisk aktivitet

Likväl som det finns samband mellan fysisk aktivitet och hälsa, finns det också stöd för att en hög skattad självkänsla kan kopplas till välmående, lycka och livstillfredsställelse över lag (Diener & Diener, 1995) samt till ett mer hälsosamt beteende (Torres & Fernandez, 1995). Tidigare forskning har exempelvis visat ett signifikant samband mellan självkänsla och ”objektivt” mätt fysisk aktivitet hos barn (Rasmussen et al., 2004; Trost et al., 1999). Låg självkänsla i unga år kan på omvänt sätt förbindas med sämre hälsa, både fysiskt och psykiskt. Samband har också funnits med ökat kriminellt beteende som vuxen (Trzesniewski, Donnellan, Moffitt, Robins, Poulton & Caspi, 2006).

Ett sätt att arbeta för att stärka ungas självkänsla är att försöka öka deras fysiska aktivitet, då det kan ha effekt på självkänslan, åtminstone i ett kort perspektiv. Många av de interventioner som gjorts kopplat till självkänsla har som längst pågått i nio månader, och de flesta än mindre tid (Ekeland, Heian, Hagen, Abbott & Nordheim, 2009). Dessutom framgår det inte alltid på vilken nivå i modellerna man utgått ifrån och mätmetoder kan skilja sig åt, vilket gör det svårt att dra några generella slutsatser (Ekeland et al., 2009; Wagnsson, 2009). Det finns dock några gemensamma indikationer. Bland annat har flera studier visat att pojkar mer frekvent skattar den fysiska självkänslan högre än flickor, vilket kan bero på att flickor oftare ser mer negativt på sin kropp (en tendens som ökar än mer i högstadiet till skillnad från mellanstadiet (Crocker, Eklund & Kowalski, 2000; Eccles, Wigfield, Harold & Blumenfeld, 1993; Klomsten, Skaalvik & Espnes, 2004). Flickor som är fysiskt aktiva är däremot mindre benägna att uppleva låg självkänsla (Tremblay, Inman & Willms, 2000).

I sammanhanget bör det också framhållas att låg självkänsla kan kopplas till unga med övervikt (Rasmussen et al., 2004; Strauss, 2000; Tremblay et al., 2000). Detta gäller framför allt för barn som tror att deras övervikt bland annat beror på att de rör på sig för lite (Pierce & Wardle, 1997). Att uppleva låg självkänsla kan eventuellt också göra barn mindre benägna att utöva fysiska aktiviteter. För enligt Harter (1985) är de unga som känner sig kompetenta inom idrotts- och utomhusaktiviteter mer villiga till att delta i fysiska aktiviteter. Det finns således ett samband mellan idrottskompetens (athletic competence), och fysisk aktivitet (Eriksson, Nordqvist & Rasmussen, 2008). Risker är således stor att det blir en ond spiral – många unga deltar inte i fysiska aktiviteter på grund av låg fysisk självkänsla, fastän det kanske just är det som skulle kunna göra att de upplever sin kropp mer positivt. Mer fysisk aktivitet kan förbättra ungas upplevelse av sin egen kropp och den allmänna fysiska självkänslan (Crocker et al., 2000; Lindvall, 2004) kan också påverkas till det positiva, oberoende av förändrat BMI (Goldfield et al., 2007).

För att främja ungas hälsosamma levnadsvanor är det av vikt att arbeta med deras fysiska självkänsla, och då synnerligen när det gäller flickor (Raustorp, Mattsson, Svensson & Ståhle 2006). Det är emellertid också viktigt att öka den fysiska aktiviteten genom exempelvis interventioner påpekar Goldfield et al. (2007), eftersom det kan ge ökad positiv fysisk självuppfattning bland barn

med övervikt och fetma. Dessutom kan den globala självkänslan också öka genom fysisk aktivitet (Camero et al., 2012; Spence, McGannon & Poon, 2005; Tremblay et al., 2000), och då särskilt för unga som utövar fysisk aktivitet på hög aktivitetsnivå (Strauss, Rodzilsky, Burack & Colin, 2001; Tremblay et al., 2000). Om barns fysiska aktivitet ökar kan det vidare ha inverkan på den tid de sitter helt stilla (Epstein et al., 2005), vilket i sin tur kan påverka den allmänna självkänslan, som nämnts tidigare. Med andra ord är det angeläget att försöka motivera barn till att vilja reducera sin stillasittande tid, då detta kan främja barnens globala självkänsla, som i sin tur kan påverka upplevelsen av en god hälsa.

Vidare är det också viktigt att ge barnen feedback, menar Harter (2012) som hävdar att en individs självkänsla bygger på både en kognitiv och social konstruktion. Harter (1985) har nämligen funnit evidens för att det framför allt är två determinanter som påverkar individens självkänsla. Dels hur de unga upplever sin kompetens eller tillräcklighet, dels återkopplingen ifrån förstärkande faktorer (ex olika betydelsefulla vuxna personer). Detta innebär att elevernas intresse för att utveckla kompetens inom fysiska aktiviteter delvis kan påverkas i (skol)miljön (Harter, 1982). Ett misslyckande i en fysisk aktivitet behöver dock inte betyda att självkänslan försvagas generellt, utan kanske endast påverkar den specifika kompetensdomänen eller aktiviteten i sig (Shavelsson, et al., 1976). Den globala självkänslan är nämligen mer stabil över tid (Fox, 1998, 1999; Granleese & Joseph, 1994; Shavelsson et al., 1976).

Raustorp et al. (2005) framhåller också att det är viktigt att vuxna som arbetar för att främja barns fysiska aktivitet känner till de ungas självkänsla. Detta för att veta hur man ska planera aktiviteter som lättare möjliggör utvecklingen av idrottskompetens, kondition och kroppslig attraktion, vilket ökar den allmänna fysiska kompetensen. Den kompetens som i sin tur starkt även kan kopplas till den globala självkänslan (Fox, 2000; Harter, 2012). För om barnet lyckas i en aktivitet växer en känsla av lust och en drivkraft till att vilja utvecklas ytterligare (Augustsson, 2007). Detta innebär att aktiviteterna måste upplevas som roliga och spännande och lätta att bemästra (Whitehead & Corbin, 1997), för att det finns nämligen en risk för att skolbaserade program även kan sänka vissa elevers självkänsla, om aktiviteterna upplevs som negativa och inte kan avstås. Att arbeta med hälsofrämjande arbete för barn är följaktligen inget enkelt uppdrag – det krävs att aktiviteterna läggs på ”rätt”

nivå. Mer forskning behövs således för att ta reda på vilka sorts aktiviteter som barnen själva föredrar och på vilket sätt de bör bedrivas för att de ska känna sig motiverade till att delta.

3.5 Hälsöfrämjande kostvanor

Förutom fysisk aktivitet och självkänsla kan näringsrik kost vara en betydelsefull friskfaktor. Barnkonventionen (artikel 24, 2c och e) framhåller att ”Barn har rätt att få näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, och undervisning i näringslära” men frågan är om alla barn får denna möjlighet? I Sverige finns i stort sett inga problem med rent vatten, men däremot får inte alla barn i sig tillräckligt med näringsrika livsmedel (Livsmedelsverket, 2012a) och kanske inte heller tillräckligt med kunskap om matens betydelse för hälsan, eftersom hem- och konsumentkunskap har minst antal timmar till sitt förfogande av alla skolämnena.

Det är viktigt att främja barns kunskap och beteende gällande goda matvanor då kosten kan ha påverkan på deras hälsa. Bland annat har studier funnit att utebliven frukost hos barn kan kopplas till övervikt (Merten, Williams & Shriver, 2009; Rampersaud, Pereira, Girard, Adams & Metz, 2005; Szajewska & Ruzczyński, 2010). Vidare förknippas frukostätare med hälsosammare och mer näringsrik kost under dagen i stort (de som äter frukost väljer i högre grad mer grönsaker och mjölk och mindre läsk och pommes frites), samt med minskat snacksintag (Rampersaud et al., 2005). Definitionen av frukost skiljer sig dock åt mellan olika studier vilket gör det svårt att dra slutsatser påpekar Rampersaud et al., (2005), som också menar att det är viktigt att inte endast framhålla budskap om att barn ska äta frukost, utan att även påtala betydelsen av att äta ”rätt sorts” frukost. Det vill säga frukost som inkluderar hälsosamma ingredienser med högt näringsvärde och fibrer. Detta för att maximera de potentiella hälsoeffekterna av frukosten. I Sverige äter emellertid de allra flesta barn i 11-års åldern frukost (närmare 90 %), men intaget sjunker med åldern (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Att upplysa om betydelsen av ett minskat intag av produkter med tillsatt socker är också viktigt i arbetet med hälsofrämjande kostvanor för unga. Framför allt med tanke på att ett stort antal barn i Sverige (och i övriga

Europa) äter allt för mycket av rejält sockrade livsmedel som läsk och godis (Svensson, et al., 2014) och sådana produkter kan påverka barns viktstatus (Malik, Schulze & Hu, 2006). Särskilt en hög konsumtion av läsk vilket troligtvis beror på att man med dessa livsmedel lätt får ett ökat kaloriintag totalt (Berkey, Rockett, Field, Gillman & Colditz, 2004; Vartanian, Schwartz & Brownell, 2007). Inte minst kan en hög läsk- och sockerkonsumtion även påverka barns näringsintag, om det ersätter ”vanlig” mat (Malik et al., 2006; Svensson et al., 2014; Vartanian et al., 2007).

Vidare bör barn över 10 år få i sig minst 500 gram frukt och grönt per dag för optimalt näringsintag enligt de nordiska näringsrekommendationerna (Nordic Council of Ministers 2013). Rapporten Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten, 2014) visar dock att det endast är 40 % av flickorna och 33 % av pojkarna i 11-års åldern som äter frukt varje dag i Sverige. Dessutom sjunker även intaget av frukt med åldern, likt frukostmålet ofta gör. Grönsaksintaget ser däremot något bättre ut, då 51 % av de 11-åriga flickorna rapporterar att de äter grönsaker varje dag och 41 % av pojkarna i samma ålder, men detta intag sjunker också med stigande ålder. Frukt och grönt är viktigt ur flera hälsosynpunkter (WHO, 2012), då det bland annat kan motverka respiratoriska symptom (Antova et al., 2003) och ge bättre bentäthet hos barn (Tylavsky, Holliday, Danish, Womack, Norwood & Carbone, 2004; Vatanparast, Baxter-Jones, Faulkner, Bailey & Whiting, 2005) samt dessutom minska uppkomsten av cancer i vuxen ålder (Maynard, Gunnell, Emmett, Frankel & Davey Smith, 2003).

Av denna anledning är det således viktigt att försöka inspirera barn till att etablera goda kostvanor. Studier har också visat att barns kostvanor har en tendens att följa med in i ungdomsåren (Kelder, Perry, Knapp & Lytle, 1994) och ända upp i vuxen ålder (Mikkila, Räsänen, Raitakari, Pietinen & Viikari, 2004), liksom fysiska aktivitetsvanor, vilket gör det än mer angeläget att också arbeta med att främja hälsosamma kostvanor i skolan i tidig ålder (Rasmussen et al., 2006).

Viktiga determinanter för ungas intag av frukt och grönt är enligt Rasmussen et al. (2006) bland annat kön (flickor tenderar att äta mer än pojkar i en majoritet av studier), ålder (intaget sjunker med åldern), socio-ekonomi (lägre socialklass ger för denna grupp ett mindre intag av frukt och grönt),

personliga faktorer (så som ex. självkänsla, attityd, intention) och föräldrarnas intag samt tillgänglighet i hemmet. Dessutom har oregelbundna matvanor visat sig ha ett samband med lågt- frukt och grönsaksintag (Pedersen, Meilstrup, Holstein & Rasmussen, 2012), och låg kunskap om hälsosam kost kan också utgöra en barriär för att äta ”rätt” (Berg, Jonsson, Conner & Lissner, 2002).

Det finns således flera faktorer som kan hindra intag av näringsrika livsmedel likväl som det kan finnas faktorer som möjliggör. Till viss del skiljer sig forskningen dock åt, men genom dessa bestämmande faktorer kan vi ändå få riktlinjer om var fokus inom hälsofrämjande insatser bör läggas (Rasmussen et al., 2006). Framför allt verkar multifaktoriella satsningar och en främjande skolmiljö, ha betydelse, då forskare funnit flera studier som tyder på dessa insatsers effekt (French & Stables, 2003; Knai, Pomerleau, Lock & McKee, 2005; Patrick & Nicklas, 2007). Tidigare forskning har också visat att involvering av föräldrar kan ha ytterligare positiv påverkan på barnens matvanor och särskilt i kombination med fysisk aktivitet. Det finns dock fortfarande mycket kvar att utreda inom just detta område (Nyberg, 2016).

3.6 Sammanfattning av tidigare forskning

Tidigare forskning har visat på att det kan vara betydelsefullt att ha en multidimensionell strategi i arbetet med hälsofrämjande insatser för barn i skolmiljön. Detta innebär alltså att satsningarna bör fokusera på och involvera flera faktorer samtidigt. Att främja barns fysiska aktivitet – och därmed minska deras stillasittande tid – är essentiellt då det har flera positiva effekter på hälsan, och ökar dessutom koncentrationsförmågan till övriga lektioner. Aktiviteten måste dock vara i tillräcklig grad och läggas på rätt nivå så att det stärker barnens självkänsla istället för att sänka den. Med andra ord behöver aktiviteterna vara fria från prestation och innehålla få tävlingsmoment. Det är vidare viktigt att engagera vårdnadshavare och andra parter så som idrottsrörelsen, samt att arbeta med hela skolans grundsyn och miljö. Utöver fysisk aktivitet kan det även vara väsentligt att göra insatser för att främja barnens mentala hälsa och hälsosamma kostvanor, som att inspirera till en bra frukost, minskat sockerintag och ökat intag av frukt och grönt.

En central slutsats av den tidigare forskning som har belysts i detta kapitel är emellertid att även om det redan finns en stor mängd forskning inom området hälsofrämjande arbete med tillhörande faktorer, så kvarstår många frågor. Detta eftersom de flesta interventionsprojekt syftar till att undersöka effekter av de satsningar som gjorts. De är vidare få studier som kombinerat flera olika mätmetoder, som pågått under flera år och som även haft med mätningar av mer psykisk karaktär, i en och samma studie. Dessutom är forskning om *vem* som bör ha det övergripande ansvaret för hälsofrämjande insatser i skolan i stort sett obefintlig och så också studier där man låtit lyssna till barnens egna röster om den verksamhet som bedrivits. Det krävs alltså mer vetenskapliga studier som systematiskt och metodiskt över tid följer och studerar hälsofrämjande skolbaserade åtgärder, för att utreda på vilket sätt vi i framtiden bör arbeta med att främja barns livstilsvanor.

Kapitel 4 Teoretiska utgångspunkter

Avhandlingen tar främst sin utgångspunkt i tre perspektiv, vilka beskrivs i detta kapitel. Dessa perspektiv mynnar sedan ut i ett teoretiskt ramverk.

4.1 Att arbeta hälsofrämjande

Vad innebär det egentligen att arbeta hälsofrämjande? Ett avstamp för de första grunderna för nutidens hälsopromotiva strategier brukar tas i Ottawa Charter från 1986 (Korp, 2004; Eriksson & Lindström, 2008). Här lades fem handlingsstrategier fram för att förbättra folkhälsan; (1) utveckla en hälsoinriktad samhällspolitik, (2) skapa stödjande miljöer (3) stärka lokalsamhällellenas delaktighet, (4) utveckla personliga färdigheter och (5) omorientera hälso- och sjukvården (WHO, 1986, s. 2, egen översättning).

Hälsofrämjande arbete är alltså omfångsrikt till sin karaktär, men handlar ändå främst om att stimulera individens förmåga att förbättra sin livskvalitet. Detta görs genom att stärka människors kraft att själva kunna ta kontroll över yttre omständigheter och att göra hälsosamma val (Ewles & Simnett, 2005). Av denna anledning används flitigt idén om *empowerment* inom hälsofrämjande arbete, som just går ut på att öka människors kontroll över sitt eget liv (Gibson, 1991; Starrin, 1997).

På liknande sätt är också begreppet *delaktighet* en del i det hälsofrämjande arbetet, som i stort handlar om att utveckla en arena med aktivt deltagande aktörer. Tanken är alltså att de personer som berörs av det hälsofrämjande arbetet ska känna att de kan vara med och påverka (Korp, 2004). "Health promotion is not something that is done *on or to* individuals; it is done *with and by* people, either as individuals or groups." (Moulton & Frankish, 2006, s. 272).

I praktiken består hälsofrämjande arbete således av en rad aktiviteter på olika strukturella nivåer som bygger på strategier ämnade att stärka individer och grupper, utveckla stödjande miljöer samt förmedla information och kunskap kring frågor om hälsa (Naidoo & Wills, 2007; Poland et al., 2000). Det finns alltså ett flertal processer som man idag kan kalla hälsopromotiva. Detta som en konsekvens av att WHO:s definition och dokument från Ottawa Charter konferensen kan tolkas på olika sätt, vilket har gjort att uppfattningen om hur hälsofrämjande arbete ska gå till skapat meningsskiljaktigheter (Korp, 2004; Poland et al., 2000).

Vissa hävdar att fokus bör läggas på att enbart påverka individen till att göra livsstilsförändringar, medan andra hävdar att det är på samhällsnivå omstruktureringar ska göras (Laverack & Labonte, 2000). Med andra ord beror verksamheten oftast på vilket perspektiv hälsopromotörerna tar. Inget av arbetssätten behöver egentligen uteslutas - de kan istället behöva integreras. För att nå bästa tänkbara effekt bör hälsofrämjande insatser därför vara mångfacetterade och bestå av strategier som både tillgodoser människors individuella behov samt omkringliggande faktorer (Moulton & Frankish, 2006). Det räcker alltså inte endast med att försöka motivera individen, utan miljön behöver också förändras för att kunna skapa bestående livsstilsförändringar på individnivå (Spence & Lee, 2003; WHO, 1986). Vidare är den bästa och mest effektiva formen av hälsopromotion, den som är långsiktig, enligt Moulton et al. (2006).

Utifrån denna bakgrund kan hälsofrämjande arbete i skolan implicera en mängd olika främjande aktiviteter (allt ifrån att förändra skolmiljön, till att stärka och vägleda individen), som infångar ett brett perspektiv på området hälsa. Nackdelen med en sådan bred definition av begreppet är dock att grundskolor (inklusive alla involverade) kan tolka innebörden olika och därför kan också arbetet skilja sig åtskilligt mellan olika skolor och länder (Patriksson, Stråhlman & Kougioumtzis, 2009), vilket gör det svårt som forskare att studera och jämföra effekter av hälsofrämjande skolors insatser. Det är därmed extra viktigt att precisera vad hälsofrämjande aktiviteter innebär för just det specifika projekt man ämnar bedriva.

Hälsocoachprojektet är utformat med inspiration från hälsopromotionsdisciplinen (att utveckla en stödjande miljö där alla berörda skulle känna sig delaktiga, upplysta och motiverade till att främja sin hälsa), men det finns också delar som inte har funnits med lika starkt som exempelvis empowerment.

4.2 Fokus på barns perspektiv

Med tanke på att en central del i hälsofrämjande arbete handlar om att få berörda individer delaktiga ansågs detta även vara betydande i Hälsocoachprojektet och också i denna avhandling. I projektet fick hälsocoachen i uppdrag att få barnen involverade i de aktiviteter som genomfördes och i undersökningen har mitt fokus bland annat legat på att lyfta fram om så har skett. En viktig del i denna studie var alltså att se och lyssna till *barnens perspektiv* på hälsocoachen och de insatser som gjorts, det vill säga försöka fånga in deras egna subjektiva upplevelser av sin egen värld (Sommer, Pramling Samuelsson & Hundeide, 2011). Enligt barnkonventionen har varje barn ”[...] rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne/honom” (artikel 12). Det är således viktigt i forskning att låta barnen bli deltagande subjekt och inte bara studera dem som en homogen grupp (Pramling Samuelsson & Sheridan, 2003). Inte minst också utifrån att de mänskliga rättigheterna, dit barnkonventionen hör, bör vara grunden i allt hälsofrämjande arbete (WHO, 1986).

Barns delaktighet och inflytande i både ord och handling har under senare år blivit viktiga faktorer att ta hänsyn till i många sammanhang. Delvis har samhällsförändringar och dess påverkan på barnuppfostran lett till att synen på hur vi ser på barn förändrats (Pramling Samuelsson & Sheridan, 2003), men också tack vare att FN:s konvention om barns rättigheter fått större uppmärksamhet i samhället (Eliasson, 2011; Halldén, 2003). Barnrättsperspektivet finns exempelvis nu även med i idrottsrörelsens idéprogram *Idrotten vill*. Begreppen *barnperspektiv* och *barns perspektiv* används överlag allt mer frekvent i både teori och praktik (Sommer et al., 2011) – inte minst i vetenskapliga studier. Innebörden av dessa begrepp är dock inte självklar, vilket också gör att definitionerna kan skilja sig åt (Johansson & Pramling Samuelsson, 2003). Enligt Halldén (2003) kan skillnaden mellan

barnperspektiv och barns perspektiv likställas med den emellan barnkultur och barns kultur där man utgår ifrån vem det är som skapar kulturen. I forskning om barns kultur framhålls barns perspektiv där det centrala är att föra fram barns uttryck och gestaltande. Man försöker alltså fånga en kultur som är barnets, där man låtit barnen själva ge sitt bidrag. Att anta ett barnperspektiv handlar istället mer om hur vuxna tolkar barns uppfattningar, erfarenheter och agerande (Sommen et al., 2011), men det kan också innebära att "[...] verka i barns intresse [...]" (Halldén, 2003, s.13). Delvis infångas således även ett barnperspektiv i denna studie, eftersom också vuxna (lärare och hälsocoacher) genom intervjuerna har fått ge sina intryck av hur eleverna har erfarit Hälsocoachprojektet.

4.3 Det (socio-)ekologiska perspektivet

Inom hälsofrämjande arbete är, som jag ser det, den ekologiska utgångspunkten viktig – individen befinner sig i ett sammanhang som också bör tas hänsyn till. Flertalet teorier fokuserar endast på psykisk och/eller social påverkan, vilket kan få till följd att avgörande infallsvinklar inte beaktas. Sedan millenniumskiftet har forskning inom området emellertid skiftat fokus till att mer studera hur en rad faktorer på olika nivåer påverkar individens beteende, så som närmiljö, samhälle och sociokulturell omgivning, till skillnad från de individfokuserade ansatser som tidigare varit dominerande (Sallis, Cervero, Ascher, Henderson, Kraft & Kerr, 2006; Stokols, 1996). Det har således blivit ett ökat intresset för just de så kallade *ekologiska modellerna*⁸. Ett par av dessa modeller sågs också som användbara teoretiska utgångspunkter även för detta arbete – en ansats som legat till grund för de ramar som sattes upp för Hälsocoachprojektet och för studiens metod och analys i stort.

Ekologiska modeller är emellertid inte på något sätt nya, men används allt mer i studiet av hälsopromotion, inklusive fysisk aktivitet (Sallis et al., 2006; Sallis, Owen & Fischer, 2008; Schäfer Elinder & Faskunger, 2006; Stokols, 1996). Flera forskare verkar överens om att det krävs ett helhetsperspektiv för att motivera befolkningen till att vilja ändra sina levnadsvanor (Sallis et al., 2008).

⁸ I viss litteratur står det *ekologisk* modell och i annan *socio-ekologisk* modell, vilket jag har uppfattat som liktydigt (den socio-ekologiska inryms inom det ekologiska fältet) och därav görs i detta arbete ingen skillnad mellan dessa skilda benämningar.

Modellerna är allmänt rekommenderade som användbara i studiet av hälsofrämjande arbete (Glantz & Rimer, 2008). Det räcker alltså inte med att försöka motivera och ”omvandla” individen, utan miljön behöver också förändras för att kunna skapa bestående livsstilsförändringar på individnivå (Spence & Lee, 2003; WHO, 1986). Dessutom kan användandet av ekologiska modeller ha inflytande på flera nivåer, vilket kan leda till att mer omfattande insatser skapas (Bauman, Reis, Sallis, Wells, Loos & Martin, 2012; Sallis et al., 2008).

Själva ordet *ekologi* kommer ursprungligen ifrån biologin och behandlar sambandet mellan organismerna och deras miljö (Sallis, et al., 2008). Den ekologiska teorin verkar ha hämtat inspiration därifrån och pekar på att hänsyn måste tas till olika sociala miljöfaktorerers påverkan på individens hälsa. De ekologiska modellerna inom hälsoområdet lägger således tonvikt på att sammankoppla hälsans bestämningsfaktorer på alla nivåer, och då särskilt med fokus på interaktionen mellan de fysiska och sociala faktorer som finns i människans mikro- och makromiljö (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006).

Variabler som många gånger ingår i de ekologiska modellerna kopplat till fysisk aktivitet är *intrapersonella* (biologiska, psykologiska), *interpersonella* (sociala och kulturella), *organisatoriska*, *fysisk miljö* (både den uppbyggda och naturen), och *politik* (ex lagar och regler) (Sallis et al., 2006; Sallis et al., 2008). Fysisk miljö och sociala faktorerers påverkan på individen värderas följaktligen lika högt i denna teori (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006) – inget utesluter det andra, utan det är interaktionen mellan människors fysiska och sociala omgivning som är det centrala. Perspektivet antas alltså kunna ge ett ramverk för att skapa förståelse för de flertal samverkande faktorer som påverkar människors hälsobeteende. Beteendemässiga förändringar förmodas bli mer verkningsfulla när miljöer stödjer hälsosamma val, när sociala normer och socialt stöd är starka och när individer är motiverade och utbildade i att ta hälsosamma beslut för att påverka sin egen hälsa i positiv riktning (Sallis et al., 2008; Stratton & Watson, 2009; WHO, 1986). En central slutsats av de ekologiska modellernas utgångspunkter blir att det krävs ett helhetsperspektiv och gärna åtgärder på flera nivåer för att skapa bestående livsstilsförändringar hos befolkningen.

Utmaningen med att använda sig av en ekologisk ansats är dock att det blir svårt att utvärdera interventionen, eftersom man egentligen måste förhålla sig till och fånga in hela samhället (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Det finns emellertid flera ekologiska modeller och alla tar inte ett heltäckande samhällsperspektiv, utan avgränsar sig till smalare fält som exempelvis en arbetsplats. Samtliga inbegriper trots allt ett flerdimensionellt synsätt, vilket har tolkats som den huvudsakliga gemensamma faktorn i de ekologiska modellerna och en utgångspunkt som antas vara central att ha med i en utvärdering (Glantz & Rimer, 2008).

Några av de ekologiska modellerna är i huvudsak inriktade på att förklara och förstå beteenden (ex. Bronfenbrenners *Systems Theory*, 1979), medan andra är mer avsedda för att vägleda beteendemässiga interventioner (ex. Stokols, *Social Ecology Model for Health Promotion*, 1992, 2003, och McLeroys et al., *Ecological Model of Health Behavior*, 1988) (Sallis et al., 2008). En av modellerna anses dessutom vara extra lämplig som guide inför planering och utvärdering av hälsofrämjande projekt (Carlsson-Gielen, McDonald, Gary & Bone, 2008) – det är *Precede-Proceed* modellen (Green & Kreuter, 2005), vilken beskrivs mer ingående nedan.

4.3.1 Precede-Proceed model

Precede-Proceed modellen integrerar miljöfaktors påverkan på individens beteende, och var från början utvecklad som en planeringsram för hälsoutbildning och hälsopromotion (Green & Kreuter, 1991, 2005), men sägs också vara användbar för forskare som haft som mål att inverka på människors hälsobeteende (Carlsson et al., 2008). *Precede* är en förkortning av **P**redisposing, **R**einforcing, and **E**nabling **f**actors in **E**ducational, **D**iagnosis and **E**valuation. Kopplat till exempelvis fysisk aktivitet blir då de predisponerande faktorerna de kunskaper, attityder och den övertygelse individen besitter, såväl som individens personliga preferenser och tro på sin egen förmåga, till fysiska aktiviteter. De förstärkande (reinforcing) faktorerna innefattar då istället de delar som ger belöning eller uppmuntran till fysisk aktivitet och de möjliggörande (enabling) faktorerna är de psykologiska/känslomässiga eller fysiska element som motiverar eller skapar goda möjligheter för en individ att delta i fysiska aktiviteter (Stratton & Watson, 2009). *Proceede* står för **P**olicy,

Regulatory and Organizational Construcs in Educational and Envorinmental Development, och uppmärksammar vikten av miljöfaktorer (Green & Kreuter, 2005) för att fastställa exempelvis fysisk aktivitet (Stratton & Watson, 2009). Enligt Soós et al. (2007) kan modellen också användas för att förklara hälsobeteenden utifrån olika miljöfaktorers påverkan sammankopplat med människans egna personliga uppfattningar:

For physical activity, the optimal situation would be when a person is aware of the importance of physical activity, has the possibility to exercise near their home and their family supports exercise activities. (Soós, Liukkonen & Thomson, 2007, s. 108)

Precede-proceed modellen innehåller sammanfattningsvis ett ramverk, som kan ligga till grund för både implementering och förklaring av hälsofrämjande aktiviteter, men den har dock inget barnperspektiv, varför den inte bedömdes som helt komplett för detta projekt.

4.3.2 Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)

En modell som har framtagits utifrån *Precede-Proceed model*, men som inriktar sig specifikt på barn, är *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)*, utvecklad av Welk (1999). Denna modell ansågs därför som mer adekvat och tillämpbar för denna studie, då den är tänkt att utgöra ett ramverk som länkar samman både teori och praktik i förståelsen av de faktorer och influenser som är kopplade till barns beteende gällande hälsofrämjande levandsvanor. Modellen anammar alltså det ekologiska synsättet och använder *Precede-Proceed* modellens utgångspunkter vad gäller att föra samman olika teoretiska perspektiv i en och samma modell. De övergripande faktorerna som används i ramverket är; *predisposing factors*, *reinforcing factors*, *enabling factors* och *demographics*, som man kan skönja har influerats från *precede* i *Precede-Proceed* modellen.

De predisponerande faktorerna (*predisposing factors*) inkluderar variabler som tillsammans förklarar sannolikheten för att unga blir regelbundet fysiskt aktiva eller inte (Welk, 1999). Utifrån dessa har sedan Welk utformat två fundamentala frågor: *Is it worth it?* och *Am I able?* Frågorna innefattar i sin tur komponenter som har att göra med; attityder, upplevda fördelar och föreställningar om fysisk aktivitet (*Is it worth it?*) som alltså inkluderar kognitiva

och emotionella aspekter, samt upplevd kompetens, självförmåga och fysisk självkänsla (*Am I able?*), som mer fokuserar på hur barnet känner sig kapabel till att utföra fysisk aktivitet. De förstärkande faktorerna (*reinforcing factors*) handlar istället om att socialisationseffekter kan spela en stor roll i främjandet av ungas hälsa, som exempelvis vårdnadshavarnas uppmuntran och tro på sitt barns förmåga, gemensamma familjeaktiviteter, och inte minst även kamraternas och ”coachers” stöd till att bli fysiskt aktiv. Till de möjliggörande faktorerna (*enabling factors*) i YPAPM, hör variabler som innefattar både miljöaspekter och biologiska komponenter. Här inryms barnens tillgång till utrustning, grönområden och fysiska aktivitetsprogram/scheman, men också deras fysiska förmåga, fitness och vikt. Slutligen innehåller YPAPM också en demografisk del, vilket inte *Precede-Proceed* modellen har med, men som Welk (1999) menar är viktig då forskning visat att det finns individuella skillnader gällande utövandet av fysisk aktivitet. Exempelvis finns det både köns-, ålder-, kulturella- och socioekonomiska skillnader, när det gäller bakomliggande faktorer, vilket alltså också bör finnas med för ökad förståelse av de påverkansfaktorer som utgör ungas hälsobeteenden.

Mot ovanstående beskrivning av modellens olika komponenter är det viktigt att interventioner och främjande strategier för barn innefattas av multifaktoriella insatser. Vårdnadshavare kan behöva involveras och den närliggande miljön utformas till att främja fysisk aktivitet. Modellen kan med fördel användas både i teorin och i praktiken för att integrera samhälle – skola – familj, på ett tvärvetenskapligt och flerdimensionellt sätt (Welk, 1999).

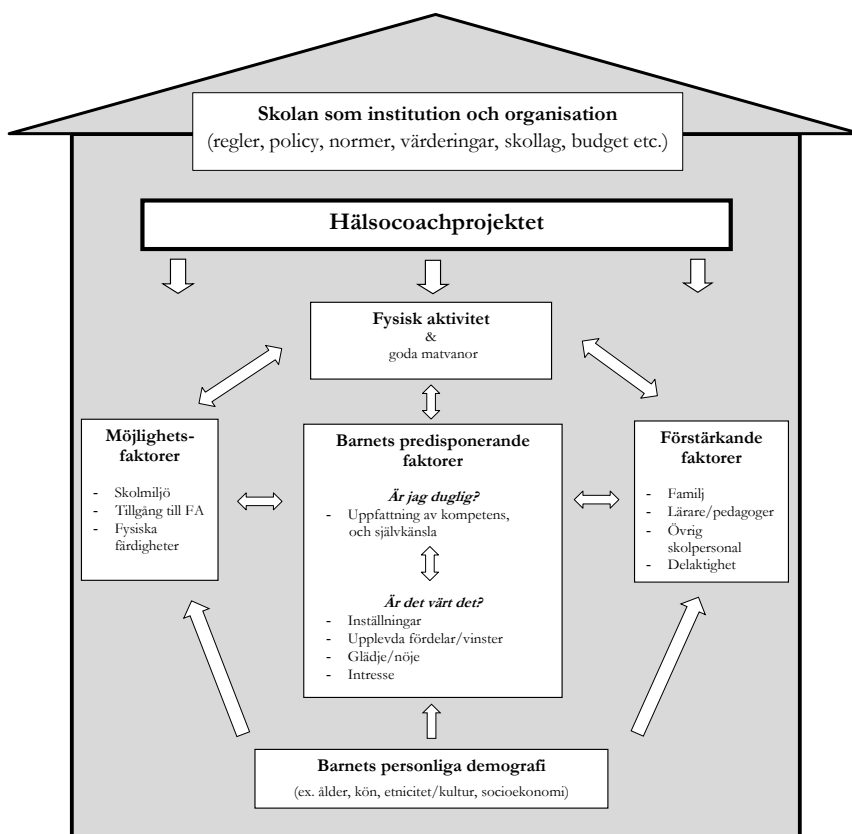
4.3.3 Studiens teoretiska ramverk

Utgångspunkten för detta avhandlingsarbete är *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)*, med barnet i centrum, men med ytterligare ett tillägg – en organisatorisk komponent – från *Precede-proceed model* (Green & Kreuter, 1991, 2005), då YPAPM bedömdes sakna denna del. Modellen har också stärks av teorier kring hälsofrämjande arbete, eftersom det ansågs finnas vidare komponenter där som borde inrymmas i ramverket, och fattas i YPAPM. Egentligen är YPAPM utformad enbart med koppling till fysisk aktivitet, men eftersom modellen bedömdes kunna förklara barns hälsofrämjande beteende i

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

stort, tillsammans med de övriga inslagen, har detta ändå fått utgöra ett teoretiskt ramverk att förhålla sig till i Hälsocoachprojektet.

Före implementeringen av hälsocoachen och de hälsofrämjande aktiviteterna sattes denna övergripande teoretiska referensram upp (se figur 1), då det sägs vara viktigt att ha en teoretisk strategi att luta sig mot vid utformning av interventionsprojekt som syftar till främja ett fysiskt aktivt beteende (Kristén et al., 2015). Ramen har således legat till grund för interventionsprojektets utgångspunkter, men modellen har också fått verka som en teoretisk ansats och underlag för avhandlingens analys och diskussion.



Figur 1. Modell – tolkad och utvecklad utifrån Youth Physical Activity Model (Welk, 1999) med inslag av ytterligare en organisatorisk komponent från Precede-Proceed model (Green & Keuter, 1991, 2005) och ifrån teorier om hälsofrämjande arbete. Modellen har legat till grund för formandet av hälsocoachens insatser i skolan och delvis verkat som underlag för studiens analys och diskussion.

Modellen visar på att det finns flera faktorer som samverkar för att barnet på bästa sätt ska kunna utveckla ett positivt hälsobeteende, vilket bör beaktas innan en hälsofrämjande implementering kan starta. Dessa variabler sågs också som viktiga komponenter att ha i åtanke vid beskrivning, analys och diskussion av detta interventionsprojekt. För att nå positiva effekter behöver åtgärder genomföras på flera områden, enligt Sallis et al. (2008) och Welk, (1999). Som nämnts tidigare är variabler som ofta ingår i de ekologiska modellerna kopplat till fysisk aktivitet; *intrapersonella* (biologiska, psykologiska), *interpersonella* (sociala och kulturella), *organisatoriska*, *fysisk miljö* (både den byggda och naturen), och *politik* (ex lagar och regler) (Sallis et al., 2006; Sallis, et al., 2008), vilket också utgör kärnvariablerna i denna modell.

Med stöd i *Precede-Proceed model* (Green & Kreuter, 1991, 2005), är det bland annat viktigt att hänsyn tas till **skolan som institution och organisation**, det vill säga till organisatoriska determinanter/faktorer med tillhörande regler, normer, lagar, värderingar och budget, innan ett hälsofrämjande projekt i skolmiljön kan implementeras. Det är vidare angeläget att skolförvaltning och skolledning är involverade och stödjande. En god medvetenhet behöver även finnas hos den person som ska driva de hälsofrämjande aktiviteterna (som i detta fall främst var hälsocoachen), om **barnets personliga demografi**, det vill säga elevers olika förutsättningar så som kön, etnisk bakgrund och socioekonomi, vilket enligt YPAPM, kan påverka till att vilja och kunna utveckla ett mer hälsofrämjande förhållningssätt till fysisk aktivitet och övriga hälsosamma levnadsvanor.

Därtill är det svårt att påverka de ungas hälsofrämjande aktiviteter utan goda **möjlighetsfaktorer**. Att arbeta med olika miljöfaktorer (ex. utrustning, skolgård och tillgång till fysisk aktivitet) samt med de element som motiverar elever både psykiskt och fysiskt är således också av stor vikt, enligt denna teori (Stratton & Watson, 2009; Welk, 1999). Med andra ord sågs även dessa faktorer som centrala utgångspunkter för hälsocoachens arbete och som viktiga variabler att studera i avhandlingen.

För att ett hälsofrämjande arbete i skolan ska fungera på ett tillfredställande sätt för barnen kan det, med stöd i YPAPM, också vara centralt att försöka påverka och få med de **förstärkande faktorerna**, som exempelvis familj, lärare och övrig skolpersonal, till att uppmuntra och belöna, men också för att

undanröja hinder för fysisk aktivitet och goda matvanor. Detta hörde därför också till hälsocoachens uppdrag. Här inryms även delaktighet som setts som en viktig komponent utifrån teorin om dess betydelse (Korp, 2004).

Allt detta tillsammans anses i sin tur påverka barnets **predisponerande faktorer**, så som känsla av duglighet och värdet av en förändring (Welk, 1999). Det ansågs alltså angeläget att hälsocoachen skulle anordna olika former av hälsofrämjande aktiviteter i syfte att stärka elevernas självkänsla, så att alla barnen (oavsett demografi) skulle kunna känna sig kapabla, liksom det ansågs viktigt att få dem delaktiga, då detta tillsammans skulle kunna öka deras motivation till att vilja delta. De barn som svarar ”ja” på frågorna ”Är jag duglig?” och ”Är det värt det?” kommer nämligen mer sannolikt att anta en aktiv identitet, och också vara mer mottagliga för en fysiskt aktiv livsstil (Welk, 1999).

4.4 Sammanfattning av studiens teoretiska utgångspunkter

Sammanfattningsvis tar avhandlingen utgångspunkt i tre större perspektiv; *hälsofrämjande arbete*, *barns perspektiv* och *ekologiskt perspektiv* som mynnat ut i ovanstående beskrivet ramverk, som i sin tur främst innefattar komponenter inspirerade utifrån *Youth Physical Activity Model*. Hälsocoachen, som drivit projektet, fick uppdraget att främst lägga fokus på fysisk aktivitet, men delvis också på goda matvanor, huvudsakligen för barnen, utifrån de nämnda utgångspunkter som har framställts i detta kapitel. Syftet med denna avhandling har sedan varit att försöka utforska Hälsocoachprojektet. Detta genom att undersöka eventuella hinder och möjligheter som visat sig och hur detta inverkat på hälsocoachernas arbete, samt hur det i sin tur upplevts och påverkat involverade parter (främst då eleverna). I diskussionen vävs sedan det teoretiska ramverket samman med de resultat som framkommit, genom de analyser som gjorts.

Kapitel 5 Metod

5.1 Fallstudie

För att kunna svara upp till avhandlingens syfte på bästa sätt, valdes en fallstudiedesign. Denna ansats kan se ut på lite olika sätt (Ragin, 1995). Den kan innefatta både kvantitativa och kvalitativa metoder (Bryman, 2011, Thomas et al., 2005; Yin, 2014), vara av både induktiv och deduktiv art samt utgöra en teorigenerering eller en teoriprövning (Bryman, 2011). Oavsett vilket är en triangulering viktig i en fallstudie för att på så sätt validera sina resultat. Inom ramen för en fallstudie kan alltså andra metoder vara inbäddade (Yin, 2014), vilket valts som förfarande i denna studie. Min fallstudiedesign bedöms vidare vara både induktiv och deduktiv, då jag delvis utgått från ett teoretiskt ramverk, men också valt att utifrån resultaten omforma och utveckla valda teorier.

Ett ”fall” kan utgöras av individer, grupper, program, processer och organisationer eller liknande och vidare innehålla olika typer av fall (Bryman, 2011; Merriam, 1994; Patton, 2002; Thomas et al., 2005; Yin, 2014). Men ett fall kan också vara en teoretisk konstruktion, som växer fram under forskningens gång med hjälp av de idéer och evidens som framkommer efter hand (Ragin, 1995). I en fallstudie är det emellertid alltid själva *fallet* som är av intresse (Bryman, 2011) och syftet är att samla in så omfattande, systematisk och djup information som möjligt om fallet (eller flera fall), för att på så sätt få en mer holistisk och meningsfull bild av en (eller flera) verklig(a) händelser (Yin, 2014). En fallstudie kan alltså på ett givande sätt fånga in information om deltagares upplevda erfarenheter och känslor av en situation (Cohen, Manison & Morrison, 2007), varför designen ansågs väl tillämpad för denna studies syfte och frågeställningar.

En fallstudie kan vidare vara explorativ eller beskrivande, men också förklarande, upplysande och utvärderande (Yin, 2014). Det beror naturligtvis på syftet med undersökningen, som då i detta fall varit att utforska ett hälsoprojekt i skolan. Oavsett ansats är det betydelsen snarare än frekvensen (Cohen et al., 2007), det vill säga kontexten och processen snarare än resultat

och särskilda variabler (Merriam, 1994) som är kännetecknet för denna form av design. Har man en forskningsfråga som söker svar på *hur* till exempel ett program, en process eller en implementering har fungerat - likt de forskningsfrågor som hör till denna avhandling - leder många gånger valet till en fallstudie, som ofta handlar om att följa ett specifikt fall över tid (longitudinell design). Samma enskilda fall, det vill säga interventionsprojektet, har alltså studerats vid fler än ett tillfälle för att se hur särskilda förhållanden förändrats mellan de olika mätillfällena (Bryman, 2011; Yin, 2014). Med andra metoder kan det vara svårt att förklara hur en intervention gått, men med en fallstudie blir det enklare att studera sådana frågor. Syftet med denna fallstudie har främst varit att försöka fånga in en helhet, med hjälp av flera datainsamlingsmetoder, för att på så sätt komma fram till ett slutgiltigt resultat (Yin, 2014).

I fallstudier används ofta flera olika metoder inom samma studie/fall ("single case study"), som i denna avhandling, med anledning av att detta tillvägagångssätt kan bredda och stärka studien. Utmaningen är dock att hela tiden bibehålla det som en enda studie/fall, så att det inte mynnar ut i två eller flera parallella studier (Yin, 2006). En mixad forskningsmetod inom ett "single case" innebär således att forskaren undviker den mer traditionella ordningen – att göra separata studier som sedan integreras. I denna studie har kvalitativ och kvantitativ forskning alltså förts ihop. Samma forskningsfrågor har således använts, och tanken var att de olika datainsamlingsmetoderna skulle komplettera varandra för att på så sätt skapa en djupare förståelse för det enskilda fallet. Detta innebär inte att resultaten från de olika metoderna analyserats på samma sätt, men däremot har strävan varit att metodanalyserna skulle rikta sin uppmärksamhet mot samma oberoende, beroende och beskrivande variabler (Ibid.).

I likhet med andra designer finns det dock svagheter även med en fallstudie, som exempelvis att den inte kan generaliseras på populationsnivå (Yin, 2014). Detta har emellertid inte heller varit avsikten i denna studie (Bryman, 2011; Thomas et al., 2005). En fallstudie kan dock generaliseras på teoretisk nivå, enligt Yin (2014) som framhåller att en fallstudie således kan vila på en "analytic generalization", där forskaren strävar mot att generalisera sina resultat till en bredare teori (Ibid. s. 15). Med en fallstudie kan man alltså både "... testa, klargöra, utvidga eller finslipa..." en teori (Merriam, 1989, s. 58),

vilket kan leda till att valda teorier utvecklas (Yin, 2014). Detta har delvis gjorts i avhandlingen. Med denna valda fallstudiedesign var dessutom förhoppningen att få fram så pass djup information så att det kan ge en större förståelse för liknande fall (Thomas et al., 2005).

5.1.1 Teori- och förklaringsinriktad utvärderingsmodell

Inom ramen för denna fallstudie har stora delar av de olika datakällorna analyserats med stöd i Franke-Wikbergs *teori- och förklaringsinriktade utvärderingsmodell* (Franke-Wikberg, 1992; Franke-Wikberg & Lundgren, 1980). Detta för att på bästa sätt försöka få ihop en helhet av ”interventionscasen”. Huvudbudskapet i denna ansats är att ett resultatinriktat fokus inte är tillräckligt, då en utvärdering av något också behöver en förklaring (Ibid.; Stewart-Brown, 2001). I stort bygger modellen på två tankelinjer; delvis en ekologisk med en hypotes om att alla nivåer i och omkring en verksamhet behöver beskrivas och analyseras, men också på komponenterna *förutsättningar*, *process* och *resultat*, varifrån jag hämtat den största inspirationskällan.

Komponenten *förutsättningar* handlar om att utvärdera yttre och inre villkor, det vill säga att man som forskare även tar med strukturella nivåer och de interna faktorernas påverkan på processen (som exempelvis ekonomiska och tidsmässiga villkor, utrustning och lokaler). *Process*utvärdering handlar istället om att granska innehåll, organisering och hur saker och ting har bedrivits (Franke-Wikberg, 1992). Detta är något som sägs vara betydelsefullt att ha med i en analys av hälsofrämjande arbete i skolan för att på bästa sätt kunna fånga in en helhet, vilket kan ha betydelse i det långa loppet (Stewart-Brown, 2001). *Resultatdelen* innefattar till sist en granskning av kunskaper, färdigheter, attityder och effekter. Dessa komponenter ska således tillsammans ge svar på vad positiva och negativa resultat beror på, men också vad som behöver utvecklas för att förbättra programmet/verksamheten (Franke-Wikberg, 1992). Sammanfattningsvis handlar den teori- och förklaringsinriktade utvärderingsmodellen främst om *förståelse* och *förklaring* där syftet är att kritiskt beskriva och förklara det som pågår/har pågått, vilket enligt Franke-Wikberg och Lundgren (1980) ska ge ökad och kritisk vetskap till det som producerats

– något som ansågs passande till denna fallstudie inklusive den teoretiska modellen (YPAPM).

5.1.2 Longitudinell design

En fallstudie handlar många gånger om att följa ett visst fall över tid (Bryman, 2011; Yin, 2014). Detta sågs som ett adekvat tillvägagångssätt i denna studie med tanke på att tidigare utförda skolinterventioner med likartad ansats visat på högre effektivitet (Shaya et al., 2008; WHO, 2006a) än kortvariga satsningar (Parcel et al., 2000). Ett longitudinellt förfarande innebär alltså att man som forskare följer frågor eller personer över tid, exempelvis under två år som i denna studie, där man antingen intresserar sig för aggregerade uppgifter över en hel population eller genom att tillhandahålla individuella data med fokus på samma individer (Cohen et al., 2007), där då det sistnämnda gjorts i denna ”single case study”.

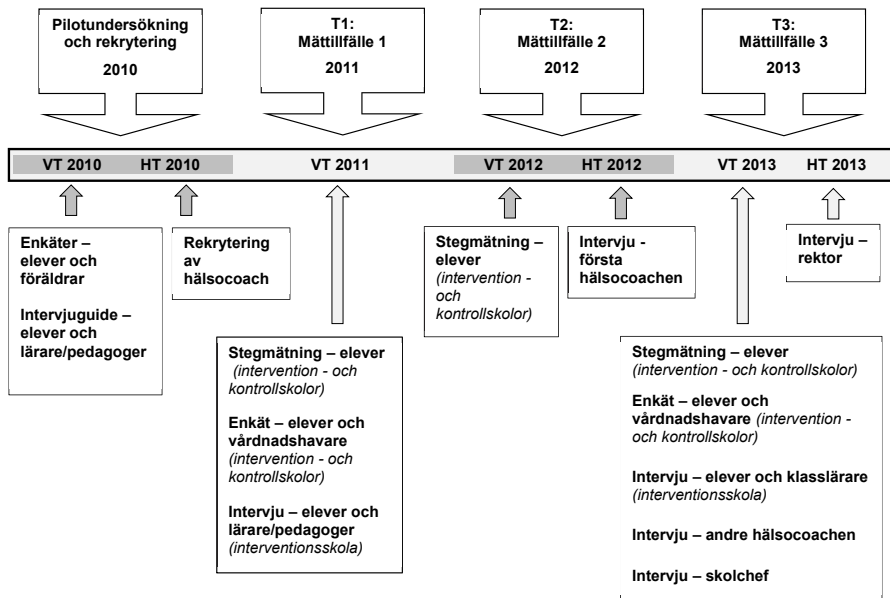
Fördelen med en longitudinell undersökning är att det är samma personer som följs under en längre period, vilket gör det lättare att säga vad som är orsak och verkan mellan olika förhållanden (Thomas et al., 2005). Nackdelen är å andra sidan att det kan vara svårt att ha kontroll över alla faktorer, det vill säga att det kan finnas faktorer som inte har kontrollerats men som också kan ha betydelse för resultaten. I denna undersökning fanns emellertid jämförelsegrupper, vilket kan stärka upp eventuella svagheter något. Longitudinella studier kan vidare kombinera numeriska och kvalitativa data på ett tillfredställande sätt, likväl som de kan fånga komplexiteten i människors beteende (Cohen et al., 2007). Denna typ av studier kan dock orsaka ett stort bortfall (Thomas et al., 2005) och bli kostsamma både vad gäller tid och pengar (Cohen et al., 2007). Dessutom kan ett litet mätfel förvärras över tid (Ruspini refererat i Cohen et al., 2007). Det finns således vissa brister med detta tillvägagångssätt, liksom det finns med de flesta förfaranden, men styrkorna ansågs överväga nackdelarna (Cohen et al., 2007).

5.1.3 Upprepade mätningar i Hälsocoachprojektet

Under Hälsocoachprojektets gång gjordes flera undersökningar där även, utöver eleverna i interventionsgruppen, lärare och delvis vårdnadshavare kom att ingå. Tanken var således att göra mätningar (via intervjuer och/eller enkäter) före och efter implementeringen på alla som engagerats i det hälsofrämjande arbetet. På så sätt kunde hälsocoachens insatser och dess eventuella påverkans effekter samt de involverades värdering av hälsocoachens roll och arbete studeras över tid. Innan interventionen ägde rum gjordes en förmätning, för att skapa en *baseline* (ett ingångsvärde), som sedan skulle kunna jämföras med de resultat som framkom under och i slutet av projektiden. ”Baseline”-mätningen bestod av enkäter till elever och vårdnadshavare samt av fysisk aktivitetsmätning på eleverna i form av stegräkning (både på interventionsskolorna och på kontrollskolorna) och av gruppintervjuer med elever och lärare (endast på interventionsskolorna). Syftet med dessa mätdata (före interventionsstart) var att skapa goda möjligheter för att dra slutsatser och erfarenheter om eventuella effekter (DiClemente et al., 2006; Hultgren, 2006). Som ett komplement till denna datainsamling fick hälsocoachen under sin verksamhetstid i uppdrag att föra veckoanteckningar på de aktiviteter som gjorts samt upplevelser och lärdomar av dem, som sedan också kunde användas i analys av resultat.

Eftersom den först anställde hälsocoachen slutade och skulle bli den som drivit projektet långst ansågs det oerhört viktigt att ta tillvara på hans tankar, erfarenheter och upplevelser av projektet och rollen som hälsocoach. Av denna anledning gjordes en intervju med honom i början av höstterminen, 2012. Detta inte minst för att också få en bild av hans uppfattning av de insatser som gjorts utifrån den teoretiska referensram som sattes upp inför Hälsocoachprojektets start. Av samma anledning intervjuades också den andre (och sista) hälsocoachen i anslutning till avslutat projekt, för att på så sätt även fånga upp hans helhetsintryck och övriga synpunkter, tankar och erfarenheter av sin roll som hälsocoach och av projektet i stort. Förutom intervju med hälsocoachen, i anslutning till avslutat projekt, intervjuades dessutom rektor och skolchef, då deras åsikter om hälsocoachens roll i skolmiljön och om interventionen i sin helhet också ansågs som värdefull information.

En illustration över när i tid olika moment genomfördes i studien med koppling till Hälsocoachprojektet ges i figur 2.



Figur 2. Tidsaxel över studiens olika moment, med koppling till Hälsocoachprojektet, och de Datensamlingar som gjorts.

5.1.4 Kvasiexperimentell design

Inom ramen för denna fallstudie finns också ett inslag av en kvasiexperimentell design. Denna metod, och då särskilt en *nonequivalent control-group design*, används ofta i studier inom området hälsopromotion (Salazar et al., 2006a). Metoden lämpar sig bra i studier som vill studera ”experiment” i verkligheten, men då det är svårt eller omöjligt rent praktiskt att randomisera deltagarna till olika grupper (Ibid.; Thomas et al., 2005), som vid interventioner (Bryman, 2011). Enligt Hassmén och Hassmén (2008) behöver kvasiexperiment inte vara ett sämre förfarande än äkta experiment, då det finns för- och nackdelar med båda metoderna. Av denna anledning ansågs denna metod vara passande till delar av avhandlingens syfte, och frågeställningar. I en *nonequivalent control-group design*, som i interventionsprojektet, har således inte deltagarna randomiserats till att ingå i

olika grupper, utan av praktiska skäl valdes en av skolorna ut att verka som interventionsgrupp, medan de två andra skolorna fick vara jämförelsegrupper.

Jämförelsegrupperna har emellertid matchats (på skolnivå) så nära ”experimentgruppen” som möjligt, vilket hör till ett typiskt förfarande inom den valda designen (Cohen et al., 2007; Salazar et al., 2006a).

En kvasiexperimentell design har emellertid vissa validitetsproblem eftersom det kan vara svårt att dra tillförlitliga slutsatser om huruvida interventionen haft någon effekt eller ej, då grupperna och i detta fall även skolornas verksamhet kan skilja sig åt redan från början även om försök till ”matchning” har gjorts. Tack vare den förmätning som gjordes år 1 (baseline), kunde dock denna felkälla motverkas eftersom skillnader mellan skolorna där kunde upptäckas. Resultaten visade här att kontrollskola 2 skilde sig åt gällande fysisk aktivitetsnivå, vid T1 (mättillfälle ett – baseline), till skillnad från de andra skolorna, vilket således kunde tas med till analys och diskussion. Som forskare måste man vidare alltid vara medveten om att resultaten kan ge falska indikationer både åt det ena eller andra hållet, det vill säga, resultaten kan alltså visa att den implementerade verksamheten haft positiv effekt även om den inte haft det och tvärtom (Salazar et al., 2006a). Med en fallstudiedesign, där också en kvalitativ analys ingått och vävts samman med den kvantitativa ”experimentella” delen, är förhoppningen ändock att studiens resultat ska vara tillförlitliga.

5.1.5 Deskriptiv analys av interventionsskolan och jämförelseskolorna

Som tidigare nämnts gjordes ett försök till att ”matcha” interventionsskolan med jämförelseskolorna, men dock endast på skolnivå. Detta innebär att strävanden har gjorts för att få de skilda skolorna relativt lika gällande olika miljöfaktorer. Helt likvärdiga skolor var dock svårt att finna, men deras gemensamma nämnare var att de låg i storleksmässigt likartade kommuner, i centrala stadsdelar, med barn ifrån både hyreshus- och villaområden. En jämförelseskola var något mer representerad av barn ifrån villaområden än de andra skolorna, men det var inte några stora skillnader. Vad gäller skolmiljö och närhet till skogs, grön-, och strövområden, var tillgången förhållandevis

likartad mellan de olika skolorna. Interventionsskolan och en av jämförelseskolorna hade dock närliggande skogsområde alldeles intill sig, vilket den tredje skolan inte hade och detta skulle kunna ha haft en inverkan på studiens resultat, även om själva skolgårdarna var tämligen komparabla. Interventionsskolan hade vidare fler barn med utländsk bakgrund⁹, då de inom sitt upptagningsområde har boende för asylsökande (totalt 10 elever). De andra skolorna hade också elever med utländsk härkomst, men inte i lika stor utsträckning (kontrollskola 1 hade två elever med utländsk bakgrund och kontrollskola 2 hade fyra).

5.1.6 Triangulering

Utifrån ovanstående beskrivning om vad som karaktäriserar en ”single case study”-design, i likhet med det val som gjorts till denna avhandling, framgår det tydligt att olika datainsamlingsmetoder kan vara en styrka i en och samma studie. Både kvalitativa och kvantitativa forskningsansatser kan således behövas och komplettera varandra. Världen är inte antingen eller, svart eller vit, utan kan förstås på olika sätt – allt beror på subjektets tolkning av den (Ercikan & Roth, 2006; Graneheim & Lundman, 2004). Då huvudsyftet med avhandlingsarbetet var att utforska ”hälsocoachinterventionen” ansågs det adekvat att inom ramen för en fallstudie använda sig av en kombination av flera olika mätmetoder - en triangulering. Detta för att säkerställa likheter i data (Hassmén & Hassmén, 2008; Salazar et al., 2006b; Thurmond, 2001), höja reliabiliteten och validiteten (Cohen et al., 2007; Patton, 2002) och för att få en helhetsbild av hur de unga och deras vårdnadshavare samt lärare upplevt, bedömer och påverkats av den implementerade verksamheten.

När det gäller mätning av fysisk aktivitet är en kombination av datainsamlingsmetoder också att föredra (Twist, 2001). En trianguleringsmetod går alltså ut på att kombinera minst två metodologiska tillvägagångssätt (Thurmond, 2001). Studien innehåller således olika former av datainsamlingsmetoder bestående av; *enkäter* (till både elever och vårdnadshavare), *stegmätning* (elever) och av *intervjuer* (elever, lärare, rektor, skolchef och hälsocoach) samt av *veckoanteckningar* ifrån hälsocoachen – allt

⁹ Till barn med utländsk bakgrund räknas de som själva är födda utomlands eller har två föräldrar som är utrikesfödda (fast de själva är födda i Sverige (Statistiska Centralbyrån, SCB, 2013).

METOD

inom ramen för ett och samma fall (single case study). I följande tabell (tabell 1) ges en översiktlig beskrivning av studiens design.

Tabell 1. Översiktlig design över studiens datainsamling.

| Datainsamling | Interventionsskola | Jämförelseskola 1 | Jämförelseskola 2 | Totalt |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Baseline - Mättilfälle 1 (T1) (mars 2011) | | | | |
| Stegmätning - elever | x (n=44) | x (n=36) | x (n=27) | n=107 |
| Elevenkät | x (n=43) | x (n=36) | x (n=32) | n=111 |
| Föräldrakät | x (n=31) | x (n=28) | x (n=28) | n=87 |
| Intervju – elever | x (n=16) | | | |
| Intervju – lärare | x (n=13) | | | |
| Mättilfälle 2 (T2) (mars 2012) | | | | |
| Stegmätning - elever | x (n=42) | x (n=35) | x (n=35) | n=112 |
| Intervju – 1:a hälsocoachen | x | | | |
| Mättilfälle 3 (T3) (mars 2013) | | | | |
| Stegmätning - elever | x (n=45) | x (n=40) | x (n=36) | n=121 |
| Elevenkät | x (n=43) | x (n=40) | x (n=35) | n=118 |
| Föräldrakät | x (n=24) | x (n=30) | x (n=27) | n=81 |
| Intervju – elever | x (n=16) | | | n=16 |
| Intervju – lärare | x (n=2) | | | n=2 |
| Intervju – 2:a hälsocoachen | x | | | |
| Intervju – rektor | x | | | |
| Intervju – skolchef | x | | | |

5.1.7 Sammanfattning av studiens design

Sammanfattningsvis bygger denna avhandling således på en fallstudiedesign som syftar till att utforska ett hälsocoachprojekt – både dess förutsättningar, själva processen och resultatet av de insatser som gjorts. Studien inkluderas även av en kvasiexperimentell del (interventiongruppen jämförs med två kontrollgrupper) och är av longitudinell design (har pågått över tid), där flera datainsamlingsmetoder (triangulering) använts som en tillgång för att på så sätt fånga in helheten av fallet.

5.2 Databeskrivning och dataanalys

För att kunna undersöka om interventionen påverkat barnens fysiska aktivitetsmönster och övriga hälsobeteenden krävs att en detaljerad metodbeskrivning skrivs fram, vilket ett flertal av tidigare studier saknar (Brunton et al., 2003). I detta avsnitt redogörs för de metoder som valts ut. Utöver det förs också en diskussion om studiens svarsfrekvens, bortfall och generaliserbarhet.

5.2.1 Pilotundersökning

För att säkerställa att frågorna i en intervjuguide fungerar som man tänkt sig och är förståeliga för de respondenter man tänkt intervjua, kan det vara bra att utföra pilotintervjuer (Bryman, 2011). Pilotintervjuer med elever i samma ålder som urvalsgruppen gjordes hösten 2010. Frågorna fungerade bra, men vissa tillägg och ändringar gjordes ändå för att tillföra databeskrivningen mer information. Istället för att exempelvis endast fråga barnen om hur fysiskt aktiva de bedömde sig vara i skolan och på sin fritid, lades ett par efterföljande frågor till i den slutliga intervjuguiden som sedermera kom att användas på eleverna i urvalsgruppen. Barnen ombads då även svara på om de ansåg sig vara *tillräckligt aktiva, om de skulle vilja vara mer eller mindre fysiskt aktiva* samt *varför* de kände som de gjorde. Pilotintervjuerna som genomfördes med några lärare/pedagoger föll också de väl ut. De mindre ändringar som gjordes för att förtydliga någon fråga var av marginell betydelse.

Pilotundersökningar genomfördes tillika före enkätdistribution – både på elever och på vårdnadshavare. Första pilotstudien av frågeformuläret riktat till elever gjordes i en årskurs 4:a i en närliggande kommun hösten 2010. Då upptäcktes att några svars kategorier behövde tillföras på vissa frågor samt att de utvalda frågorna om självkänsla hämtade från den svenska översättningen av *Children and Youth Physical Self-Perception Profile* (CY-PSPP) (se Raustorp et al., 2005), inte fungerade fullt ut. Delvis så förstod barnen inte hur de skulle gå tillväga vid besvarandet av dessa frågor och vid närmare eftertanke upptäcktes också att det skulle bli svårt att analysera resultatet utifrån de urval av frågor

METOD

som gjorts ifrån CY-PSPP-instrumentet¹⁰. Av dessa anledningar ändrades frågorna om självkänsla, och stöd hämtades från Harters (1985) *Self-Perception Profile for children* (SPPC), som också är ett validerat instrument (Granleese & Joseph, 1994; Muris et al., 2003; van Dongen-Melman, Koot & Verhulst, 1993), och som dessutom är utformat specifikt för yngre barn och har en något mer övergripande ansats. Dock användes endast frågor om *fysisk kompetens*, *idrottskompetens* och *global självkänsla*¹¹, då frågorna inom dessa domäner kändes mest relevanta utifrån studiens syfte och design. Med detta urval blev det heller inte för många frågor för eleverna att besvara. Skalorna gjordes dessutom om till en likertsskala inspirerad av Wagnsson (2009), eftersom vissa respondenter kan ha svårt att förstå skalor där de tvingas ta ställning till hur väl det ena eller andra påståendet stämmer för henne/honom (Eiser, Eiser & Havermans, 1995; Marsh, 1997; Wagnsson, 2009). Frågeformuläret testades sedan igen och fungerade då väl.

Enkäten till vårdnadshavare har också pilottestats, vilket gjordes på för mig bekanta föräldrar med barn i likartad ålder som urvalsgruppen. Inga problem upptäcktes vid denna pilottestning, så därför gjordes heller inga ändringar i detta frågeformulär. Varken enkäten till elever eller till vårdnadshavare har dock ej genomgått någon fullständig validitetstestning (i 5.4 beskrivs detta mer ingående). Inte heller har någon faktoranalys utförts, då deltagarantalet ansågs vara för litet för denna typ av test (Brace, Kemp & Sneglar, 2003).

5.2.2 Information till berörda parter

Att informera alla berörda parter hör till det informationskrav som gäller för svensk forskningsetik (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 2011). Före undersökningen skulle äga rum skickades därför ett informationsbrev inklusive en samtyckesblankett ut till alla vårdnadshavare (för exempel se bilaga 6). Att få in svar från alla var dock inte helt enkelt. I vissa fall fick både

¹⁰ Eftersom CY-PSPP innehåller hela 36 frågor, med två påståenden i varje fråga, ansågs det omöjligt att ta med alla frågor ifrån detta formulär i studien. Enkäten skulle då bli för omfattande för barnen att besvara. Av denna anledning gjordes ett urval och de frågor som ansågs mest relevanta togs ut till att ingå i enkäten.

¹¹ Likt CY-PSPP innehåller även SPPC 36 frågor (items) med två påståenden och av denna anledning valdes endast variabler ifrån domänerna; *athletic competence*, *physical appearance* och *global self-worth*, då dessa ansågs mest relevanta utifrån studien syfte.

en och två påminnelser skickas. Dessutom gjordes några extra telefonsamtal och slutligen togs elevernas klasslärare till hjälp för att säkra insändandet av samtyckesformulären. Alla kom till slut in. Barnen fick givetvis också information om studien och dess syfte samt tillfälle till att ge sitt samtycke innan intervjusamtalen, enkätdistributionen och stegmätningen kunde starta vårterminen 2011 (mättillfälle T1). Stor vikt lades dessutom på att informera dem om att deltagandet var frivilligt. Samma förfarande skedde även inför undersökningstillfälle 2 (T2, i mitten av projekttiden) och inför datainsamling 3 (T3, i anslutning till avslutat projekt). Gällande information om intervjuens syfte till de vuxna respondenterna (lärarna och pedagogerna) gavs den först vid tiden då själva gruppintervjuerna skulle äga rum. Alla lärare/pedagoger hade dock fått information om projektets syfte redan tidigare, vid ett informationsmöte, och sedan fick de också redogörelse för avsikten med intervjun ifrån de klasslärare som hjälpt till att samla ihop gruppen. Mer ingående fakta om projektet, undersökningen och frivilligheten att delta skedde emellertid inte förrän gruppen var samlad inför intervjudeltagandet. Ingen av respondenterna valde att hoppa av efter att de fått mer detaljerad information.

5.2.3 Intervjuer

Den kvalitativa delen av undersökningen bestod främst av semistrukturerade gruppintervjuer med några utvalda elever, lärare och pedagoger. Intervjuer genomfördes i början, före projektstart, och i anslutning till avslutat interventionsprojekt. Syftet med de kvalitativa intervjuerna i starten av projektet var att härigenom få en mer djupare syn på hur elever och lärare såg på och upplevde skolans hälsofrämjande arbete före projektstarten. Intentionen med elevintervjuer var vidare att försöka ta reda på och förstå hur barnen själva såg på fysisk aktivitet, kost och hälsa. I anslutning till avslutat projekt lades däremot mer fokus på att undersöka hur de unga upplevt den utökade vardagliga fysiska aktiviteten i skolan och hur de sett på hälsocoachen och insatserna i stort.

När det gällde intervjuer med lärarna och pedagogerna vid T3, riktades uppmärksamhet mot hur de såg på de ungas fysiska aktivitets- och matvanor över tid samt på hälsocoachens roll och skolinterventionen överlag. På så sätt

METOD

var förhoppningen att kunna göra kopplingar till avhandlingens teoretiska modell. Intervjuer har också gjorts med de två hälsocoacherna (T2, respektive T3, samt med rektor och skolchef (T3). Dessa skedde enskilt med respektive person. Syftet med att intervjua hälsocoacherna var, som nämnts tidigare, att fånga upp deras upplevelser av sin roll som hälsocoach, de insatser de gjort och elevernas reaktioner på dessa aktiviteter. Med andra ord var tanken här att bland annat utforska vilka faktorer som möjliggjort respektive hindrat dem i deras arbete. Avsikten med de individuella intervjuer som skedde med rektor och skolchef var att försöka identifiera deras attityder, värderingar och framtidsplaner gällande en hälsocoach och hälsofrämjande aktiviteter i skolmiljön. Detta med koppling till den valda teoretiska modellen där organisatoriska faktorer, så som skolledningen och deras inställning och stöttning, också anses vara en nyckelkomponent i hälsofrämjande verksamhet. Att göra dessa intervjuer enskilt ansågs som mest lämpligt för att kunna ställa mer konkreta och specifika frågor utifrån just deras yrkeskategori.

Anledningen till val av gruppintervju som undersökningsmetod, för elever och lärare, berodde delvis på dess tidsparande verkan – det är en effektiv metod för att samla in flera åsikter på samma gång (Cohen et al., 2007; Thomas, Nelson & Silverman, 2005). Dessutom kan respondenterna tycka att det är lättare att uttrycka åsikter i en gruppinteraktion (Kvale & Brinkman, 2009, 2014). I somliga grupper kan det dock bli en ”kamp” om ordet och vissa individer kan då känna olust att ange sin åsikt (Thomas et al., 2005), vilket naturligtvis också kan påverka resultaten. Detta är emellertid inget som hade någon större betydelse för denna avhandling, då frågorna knappast var av den art att de skulle kunna skapa konflikter eller oro.

Det blev gruppintervjuer och inte *fokusgrupps*intervjuer utifrån att man i fokusgrupper brukar fördjupa sig i ett specifikt tema, medan man i traditionella gruppintervjuer kan vara mer fri till att täcka över flera frågeställningar. Syftet med fokusgrupper är också att undersöka hur individer i grupp reagerar på varandras åsikter och att försöka få en bild av samspelet i gruppen (Bryman, 2011), vilket inte var avsikten med intervjuerna i denna undersökning. Fördelen med fokusgrupper är enligt Thomas et al., (2005) att individerna kan känna sig tryggare, då de inte behöver oro sig för att bli enskilt utvärderade. Detta har dock ansetts vara detsamma även i en ”vanlig” gruppintervju. Sägas bör vidare att skillnaden mellan fokusgruppsmetoden och

gruppintervjun inte alltid är särskilt tydlig, och inte alltför sällan används dessa benämningar synonymt med varandra (Bryman, 2011).

En kvalitativ metod är adekvat när det handlar om att försöka förstå en individs uppfattning, resonemang och tankar kring ett fenomen på ett djupare plan. Dessutom kan man som forskare (intervjuare) med denna metod också läsa av individens (respondenternas) reaktioner vid en specifik fråga och/eller område, vilket gör det möjligt att fördjupa sig ytterligare kring ämnet (Kvale, & Brinkman 2009, 2014; Silverman, 2010; Trost, 2010). En mer kvalitativ utvärdering av intressenternas perspektiv sägs också vara särskilt viktig för att kunna förbättra framtida processer i hälsofrämjande arbete (Tayabas et al., 2014). På så sätt framställs en bild av hur unga individer och övriga inblandade sett på hälsocoachens roll och de hälsofrämjande insatser som bedrivits på skolan och hur det arbetet eventuellt har påverkat dem.

Urval - Intervju

I kvalitativa intervjustudier kan det vara svårt att säga hur stort ett urval bör vara. Det beror på syftet med studien samt på hela undersökningsgruppens storlek (Cohen et al., 2007; Kvale & Brinkmann, 2009, 2014). Att säga ett minimumantal är således svårt. Det viktiga är att urvalet är representativt utifrån populationen samt utifrån gruppens konstellation av individer (som exempelvis kön och socioekonomi) (Cohen et al., 2007).

Totalt valdes 29 individer ut till intervju vid första datainsamlingstillfället (baseline, år 1) vilket sågs som ett representativt urval, med tanke på urvalsgruppens storlek och studiens syfte. När det gällde intervjuer med de vuxna tog jag vid första datainsamlingen (T1, VT 2011) hjälp av två klasslärare för att samla ihop lämpliga grupper som kunde representera skolans lärare/pedagoger. Dock valdes ej några av övriga skolans personal in i denna grupp, som exempelvis representanter ifrån elevhälsan eller ifrån skolmatssalen, vilket kan sägas vara en brist i undersökningen. Vid sista datainsamlingstillfället (T3, VT 2013) valdes strategiskt de lärare ut som på något sätt varit involverade i Hälsocoachprojektet. Sammanlagt blev det således fyra gruppintervjuer år 2011, bestående av totalt 13 pedagoger (åtta lärare, fyra fritidspedagoger och en specialpedagog) och endast två lärare år 2013 (klasslärare till interventionsgruppen).

METOD

Vid urvalet inför elevintervjuerna (både T1 och T3) i interventionsklasserna togs också hjälp av barnens klasslärare. Detta för att få en mångfald av elever utifrån skilda etniska härkomster samt en fördelning av föreningsaktiva elever (n=8), och icke-föreningsaktiva elever (n=8), fördelat på hälften flickor och hälften pojkar i varje klass. Tanken med detta förfarande var främst att säkra upp att försöka nå de elever som var mest respektive minst fysiskt aktiva i vardagen, utan att de berörda barnen skulle känna sig särskilt utpekade. Studier visar nämligen att de unga som är med i en förening oftast är de som är fysiskt aktiva även utanför föreningslivet (RF, 2005; Wagnsson, 2009) samt också de som är mest aktiva inom ämnet idrott och hälsa (Thedin Jakobsson & Engström, 2008), även om det inte alltid är så (Nielsen, Hermansen, Bugge, Dencker & Andersen, 2013). Det gjordes således ett så kallat möjlighetsurval (Cohen et.al., 2011) som bland annat innebär att de personer som fanns på plats vid det tillfälle intervjuerna var planerade att äga rum, valdes ut till intervju, av respektive klasslärare. Dessutom var urvalet målstyrt, då även hälsocoacher, rektor och skolchef intervjuades, men också eftersom respondenterna valts ut med hänsyn till de forskningsfrågor som var formulerade, vilket är en mycket vanlig metod inom kvalitativ forskning (Bryman, 2011).

Genomförande

Alla gruppintervjuer, vid datainsamling T1 (VT 2011) och T3 (VT 2013), genomfördes av mig, på skolan i en avskild, lugn och trygg miljö, vilket sägs vara viktigt (Bryman, 2011; Silverman, 2006) – och då framförallt i undersökningar med barn (Cederborg, 2000; Doverborg & Pramling Samuelsson, 2000). Varje intervjusituation inleddes med att berätta om syftet med intervjun, användningen av Mp3-spelare och om att enskilda individers svar bara kommer att vara kända för intervjuaren (Cederborg, 2000; Kvale & Brinkman 2009, 2014). Intervjuerna spelades in för att inte missa väsentlig information, som kan vara lätt att göra om man endast skriver ner respondenternas utsagor för hand (Doverborg et al., 2000; Yin, 2001), men också för att som intervjuare kunna koncentrera sig till fullo på själva frågorna (Kvale & Brinkman 2009, 2014). Vissa anteckningar gjordes emellertid under själva intervjun för att veta vem som sagt vad om något skulle behöva förtydligas eller förklaras ytterligare.

Intervjuguiden till barnen (se bilaga 1) inleddes med några mer allmänna frågor om trivsel och vilket ämne de tycker bäst om i skolan, medan intervjuguiden till lärarna (se bilaga 2) inleddes med frågor om deras befattning, anställning och hur länge de arbetat på skolan. Detta för att få respondenterna mer avslappnade – något som är av extra betydelse i intervjuer med barn (Doverborg et al., 2000). För barnen följde sedan frågor om hälsa, fysisk aktivitet och matvanor vid första datainsamlingsstillfället (VT 2011), medan frågorna vid det andra (och sista) intervjutillfället, VT 2013, riktades mer mot deras upplevelser av hälsocoachen och de aktiviteter som bedrivits i projektet. Vid båda tillfällena gjordes försök till att ha så öppna frågor som möjligt, för att inte leda in eleverna på något specifikt svar och påverka deras berättelser, vilket annars lätt kan bli fallet (Cederborg, 2000). Lärarna fick vid mättillfälle 1 frågor om hälsofrämjande arbete, deras uppfattning om barnens fysiska aktivitetsnivå och matvanor. Vid mättillfälle 2 berörde frågorna främst erfarenheter och tankar kring hälsocoachen, de aktiviteter som bedrivits samt deras involvering i projektet i stort, relaterat till studiens teoretiska modell.

Intervjun med den första hälsocoachen skedde i respondentens hemmiljö för att på bästa sätt försöka skapa en avslappnad och bekväm atmosfär. Den andra hälsocoachen fick också själv välja lämplig plats att bli intervjuad på av samma skäl, vilket då blev ett isolerat läge i ett bibliotek. Intervjun med skolchefen, och så även med rektorn, ägde rum i separata kommunhus i ett avskilt rum där vi kunde prata ostört. Liksom tidigare intervjuer inleddes även dessa samtal med några inledande, uppvärmande frågor, för att sedan komma in på mer centrala områden utifrån avhandlingens syfte och frågeställningar, samt med koppling till valda teoretiska utgångspunkter (se bilaga 3, 4 och 5).

Alla intervjuer avslutades med att fråga respondenterna om de hade något de ville belysa ytterligare eller undrade över (Kvale & Brinkman, 2009, 2014). Tätt inpå efter varje intervju genomfördes själva transkriberingen, vilket är av vikt för på så sätt kunna upptäcka brister och göra åtgärder av sin datainsamling i tid (Silverman, 2010), som att exempelvis förtydliga något svar.

Analys

Den här studiens analysförfarande har utgått från den kvalitativa innehållsanalysen, med stöd ifrån Graneheim och Lundman (2004). En innehållsanalys kan användas på flera olika sätt, med olika mening, procedurer och tolkningar, eftersom vi alla uppfattar verkligheten så olika. Huvudsakligen används metoden dock vid studier som syftar till att beskriva ett fenomen (Hsieh & Shannon, 2005), vilket ansågs passande med hänseende till mitt syfte och mina forskningsfrågor. Innehållsanalysen är vidare detaljerad och systematisk och går ut på att söka efter bakomliggande teman, mönster eller mening (Bryman, 2011) – något som rimmar väl ihop med en fallstudiedesign (Yin, 2014). Framst har jag i min analys av intervjuerna fokuserat på det manifesta innehållet, som handlar om att beskriva det mest synliga och uppenbara som visar sig i texten, men i vissa fall ansågs det även relevant att leta efter det latenta innehållet – den mer underliggande betydelsen av respondenternas utsagor (Graneheim & Lundman, 2004).

Tillvägagångssättet för denna analysmetod utgår ifrån några olika steg; först läser man igenom sitt utskrivna material (transkriberingen) utan att analysera något, därefter läser man igen och gör markeringar i texten, och skriver nyckelord i marginalen (Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005), som beskriver det som har med syftet att göra. Det är också viktigt att sedan gå igenom sina ”koder” och försöka göra begränsningar. Några koder kanske kan kombineras och utgöra kategorier och andra kan bli underkategorier. Underkategorierna kan således sorteras och flyttas till en kategori eller så kan kategorier delas in i underkategorier - allt beroende av vad som betraktas vara mest lämpligt för att kunna få så uttömmande indelningsgrupper som möjligt.

Att skapa kategorier är i alla fall själva kärnan i kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) – ett förfarande som idag tillhör den vanligaste formen vid analys av intervjudata (Kvale & Brinkmann, 2014). Slutligen bör alla kategorier ses över igen och organiseras i en hierarkisk struktur om det är möjligt. Analysprocessen över hur koder och kategorier har framträtt i denna studie visas i tabell 2.

HÄLSOCOACHPROJEKTET

Tabell 2. Exempel på hur koder och kategorier utvecklades utifrån de meningsenheter som framkom av innehållet i intervjuerna.

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Sub-kategori | Kategori |
|---|---|--|--------------------------------------|--------------------|
| Om man tittar nu och läser i alla, vad man ska göra, så står det att eleverna ska röra sig varje dag och då funderar man ju på hur man ska, vem ska, hur ska? | Eleverna ska röra sig varje dag, men hur och vem ska ansvara | Ingen tar ansvar för fysisk aktivitet | Ansvarsbrist | Hindrande faktorer |
| Jo jag kan känna det där du säger va, att gör man för mycket så får man dåligt samvete för man hinner inte med, och hur går det med matten egentligen, kan de det där och nej vi kan nog inte göra det eller vi kan nog inte göra det för att alla mål ska ju ha nåtts liksom [...] | Gör man för mycket så får man dåligt samvete för man hinner inte med de andra ämnena | Hinner inte med hälsofrämjande arbete | Tidsbrist | |
| [...] det gäller ju också att ha med rektorerna alltså, inget ont om dom alls, men om dom skulle vara mer tillgivna med tid och försökte... att fått lite draghjälp utav dom tror jag, med personalvård och så vidare, så tror jag att det hade gått ännu smidigare. | Gäller att ha med rektorerna, som draghjälp, med tid för personalvård och så vidare, så hade det gått smidigare. | Arbetet hade gått smidigare om rektorerna varit mer hjälpsamma | Stöttande rektor underlättar arbetet | Stöd och samverkan |
| Aeah, cafeterian försökte jag (<i>skrattar lite</i>), men det var inte så lätt, och inte skolmatsalen heller. Eeeh, jag fick sätta upp planscher, de (<i>syftar på eleverna</i>) hade ritat kostcirkeln, det var okej, men det var lite känsligt det där, fick jag reda på. Man skulle inte komma där och tro att man kunde ändra på något inte, för det hade varit så länge (<i>skrattar igen</i>). Lite den mentaliteten var det tyvärr.[...] så när man fick nej två-tre gånger så... så la jag ner det [...]. Så det var lite som att slå huvet i väggen där. | Försökte påverka cafeterian och skolmatsalen men det var inte så lätt. Man skulle inte komma där och tro att man kunde ändra på något. Var lite som att slå huvudet i väggen. | Svårt att ändra på något i cafeteria och skolmatsal. | Svårt att påverka och samverka | |

Svaren man får från respondenterna ska därefter beskrivas genom de identifierade koderna/kategorierna, diskuteras och eventuellt också jämföras med tidigare forskning och teorier (Hsieh & Shannon, 2005). Detta i likhet med det förfarande som även gäller för en fallstudiedesign där också sortering, kategorisering och tolkning ingår (Thomas et. al., 2005).

5.2.4 Enkät

Den kvantitativa delen av undersökningen bestod bland annat av en enkätundersökning, vilket ansågs vara ett relevant metodval utifrån studiens syfte. Enkäten som var riktad till eleverna inleddes med endast ett par bakgrundsfrågor (kön och trivsel i skolan), eftersom det ändå kan vara svårt för barn att förstå och värdera frågor som rör familjens socioekonomiska status (Folkhälsomyndigheten, 2014). Dessutom antogs det att elevernas socioekonomiska status var relativt likartade på de skilda skolorna, eftersom skolorna ”matchats” bland annat utifrån det kriteriet. Därefter innehöll enkäten både kategorier om fysisk aktivitet, matvanor och några frågor om självkänsla och psykosomatisk hälsa (se bilaga 7), för att på så sätt försöka fånga in delar av de teorier avhandlingen lutat sig mot. Frågorna till vårdnadshavarna handlade om barnets fysiska aktivitet, om deras egenskattade fysiska aktivitetsnivå och om barnets och familjens matvanor (se bilaga 8). Syftet med enkätstudien till eleverna var att få en bild av deras egen syn på sin fysiska aktivitetsnivå, sina matvanor och sin självkänsla. Syftet med enkätstudien till elevernas vårdnadshavare var främst att även fånga in ett föräldraperspektiv. Samma enkät som vid baseline gick likaså ut VT 2013, med i stort sett identiska frågor. Det fanns dock några tillägg i den enkät som gick ut till interventionsskolans elever och vårdnadshavare, där frågor om upplevelsen av hälsocoachens roll och insatser i skolan var centrala och angelägna att få svar på (se bilaga 9 och 10). Detta för att kunna återkoppla till studiens teoretiska modell. Dessa frågor innehöll även svarsalternativ av så kallad öppen karaktär – respondenterna hade således möjlighet att själva skriva några rader om deras upplevelse med egna ord (Trost, 2012).

Fysisk aktivitet

Frågor till eleverna som rör fysisk aktivitet¹² är hämtade, men till viss del omarbetade, från *The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C)* (Kowalski, Crocker & Donen, 2004), som är validerat på barn från 9 år upp till 15 år (Crocker, Bailey, Faulkner, Kowalski, & McGrath, 1997; Kowalski, Crocker & Faulkner, 1997). PAQ-C frågorna är översatta till svenska, med hjälp av en kompetent och erfaren engelskspråkig kollega, med viss svensk modifiering och tillägg. PAQ-C är ett kort formulär med frågor som handlar

¹² Fråga 4-10 i enkäten.

om fysisk aktivitet för de senaste sju dagarna, vilket ansågs lämpligt då det anses vara svårt för barn att komma ihåg vad man gjort bakåt i tiden. För att ge ett exempel ur enkäten fick barnen svara på frågan; *Hur ofta har Du varit **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat) under **idrotten/gymna lektionerna** i skolan den **senaste veckan**?* Detta följt av fem svarsalternativ varav de ombads endast kryssa i ett alternativ:

- Jag är inte med på idrottslektionerna.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

På liknande sätt ställdes fler frågor om fysisk aktivitet, med fasta svarsalternativ. Nackdelen med denna typ av frågor är delvis att resultatet kan bli missvisande om något barn varit sjukt just de senaste sju dagarna och inte rört på sig som ”vanligt”. Dessutom kan det till och med vara för komplicerat för barn att minnas sju dagar tillbaka i tiden (Sallis & Owen, 1999). En studie gjord av Sallis et al., (1993) visar exempelvis att barn endast kan minnas väl och rapportera sin fysiska aktivitet 2-3 dagar bakåt. Därefter sjunker reliabiliteten. Går barnen i femteklass eller över håller dock resultaten vid självskattningsformulär, för en sjudagars tillbakablick, tillräckligt hög reliabilitet och validitet för att användas i forskning (Sallis et al., 1993).

Självrapporterad fysisk aktivitet sägs således kunna användas på barn över nio års ålder, men dock med viss aktsamhet (Sallis & Owen, 1999). Jämfört med objektiva mätmetoder är självskattningsverktyg på barn mindre säkra och då särskilt när det gäller rapportering av lättare fysisk aktivitet, visar en sammanställning gjord av Brener et al (2003). Självrapporteringsformulär kan emellertid med fördel användas som ett komplement till objektiva mätmetoder (Sallis & Owen, 1999), vilket gjorts i denna studie. Syftet med enkätfrågorna till eleverna gällande fysisk aktivitet var alltså främst att validera de resultat som framkommer i de andra mätningarna (intervju och stegmätare), men också för att undersöka var och när barnen utövade sin fysiska aktivitet, det vill säga om det var i skolan (på raster och i ämnet idrott och hälsa) eller på fritiden.

METOD

Enkätfrågorna till elevernas vårdnadshavare gällande fysisk aktivitet är inspirerade av Skolbarns hälsovanor (2005/2006) (Statens folkhälsoinstitut, 2006), och handlar i stort om barnets vardagliga fysiska aktivitet, frivilliga fysiska aktivitet på fritiden där man blir varm och svettig samt om deras egna frivilliga fysiska aktivitet på fritiden (se bilaga 8).

Hälsa och hälsovanor

Syftet med enkätundersökningen, utöver att få svar på undersökningsgruppens egenskattade fysiska aktivitetsnivå, var dessutom att få en uppfattning om barnens hälsa och matvanor. Av den anledningen valdes också vissa frågor¹³ ut med inspiration ifrån Skolbarns hälsovanor (Statens folkhälsoinstitut, 1993/1994, 2005/2006 översatt formulär från Health behaviour school-aged children, WHO Collaborative study), då det gällde främst frågor om psykosomatiska besvär samt frågor om matvanor till eleverna. Att mäta självrapporterad hälsa genom att ställa frågor om olika stressrelaterade symptom (psykosomatiska besvär) är nämligen en vanlig metod som används i olika undersökningar för att få en uppfattning om individens hälsotillstånd (Socialstyrelsen, 2009; SOU 2001:55).

För att kunna utföra analyser kopplat till detta arbetes syfte har också vissa delfrågor i enkäten granskats utifrån ett statistiskt reliabilitetstest (Cronbach's Alpha), för att söka svar på om frågorna mäter samma sak. Detta för att säkerställa sammanförandet av vissa variabler till ett index. Indexet skapades utifrån åtta frågor som ställdes för att mäta barnens egenrapporterade psykosomatiska besvär de senaste månaderna. Barnen fick ta ställning till fem svarsalternativ: 1=Sällan eller aldrig, 2=Ungefär 1 gång i månaden, 3=Ungefär 1 gång i veckan, 4=Mer än 1 gång i veckan, 5=I stort sett varje dag. Reliabilitetsvärdet för psykosomatiska besvär (variabel 15 a, b, c, d, e, f, i, j – se formuläret, bilaga 7) uppgick till .82, T1 och .78, T3, vilket anses vara acceptabelt (Field, 2013), för att kunna få tillförlitliga resultat vid en analys. Då index även ville skapas utifrån variabler om ”onyttiga” och ”nyttiga” matval, testades reliabiliteten likväl på vissa sammanförda variabler kring dessa domäner. Barnen hade på samma sätt som ovan fått ta ställning, utifrån sju

¹³ Fråga 1, 2, 3, 12, 13, 14 och 15 är hämtade med inspiration ifrån Skolbarns hälsovanor (Statens folkhälsoinstitut, 1994, 2006).

svarsalternativ¹⁴, till hur många gånger de anser sig äta olika livsmedel. Utifrån NNR 2012 (Nordic Council of Ministers 2013) om vad vi bör äta *mindre* av här i Norden (det vill säga framför allt socker och snabbmat) testades variablerna 14 b, c, d, e, f, g, h, i, som mäter den sorts mat, vilket gav reliabilitetsvärden på .82, T1, och .84, T3.

Med utgångspunkt i NNR 2012 om vad vi främst bör förtära *mer* av (frukt, grönsaker, fullkorn, fisk, kyckling och nyckelhålmärkta mejerivaror), testades också variablerna 14 a, j, k, m, r, t, som mäter denna typ av mat, och detta gav vid T1 ett värde på .59, vilket alltså ligger under värdet för vad som anses ge ett tillförlitligt index. Vid T3 blev dock reliabilitetsvärdet på samma variabler .72, så index valdes att skapas även av dessa items. Samma variabler gällande ”onyttig” och ”nyttig mat” testades också för vårdnadshavarnas enkät. Reliabilitetsvärdena för de ”onyttiga” variablerna hamnade på .77, T1, och .73, T3 och därmed kunde relativt tillförlitliga index skapas även här. Reliabilitetstestet för de ”nyttiga” variablerna gav dock endast ett värde på .37, T1, och .53, T3 – ett värde som ej ansågs tillräckligt tillförlitligt att utforma index av. Variabel m (lättmjölk) togs då bort, vilket gav ett något högre Cronbach’s-Alpha på .58, T1, och .63, T3, som också det egentligen ligger under den reliabla nivån, men beslut togs ändå till att skapa index av dessa kvarstående variabler (13 a, j, k, r, t), då det ändå fångar in en bredd av ”nyttiga” livsmedel.

Frågorna till elevernas vårdnadshavare gällande hälsa och matvanor var också de inspirerade utifrån Skolbarns hälsovanor (2005/06)¹⁵ (Statens folkhälsoinstitut, 2006), och rörde både hur de bedömer sitt barns hälsa samt hans kostvanor. Dessutom ställdes här ett par frågor om familjens kostvanor och om hur ofta de äter måltider tillsammans i familjen.

Självkänsla

För att undersöka elevernas egenskattade självkänsla¹⁶ användes delar av Harters (1985) Self-Perception Profile for Children (SPPC), så som frågor om

¹⁴ Svarsalternativen var; 1=Aldrig, 2=Några gånger om året, 3=En gång i månaden, 4=Några gånger i månaden, 5=Några gånger i veckan, 6=En gång om dagen, 7=Mer än en gång om dagen.

¹⁵ Frågorna 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11 och 13 är hämtade med inspiration ifrån Skolbarns hälsovanor.

¹⁶ Fråga 16 i enkäten.

METOD

fysiskt yttre, idrottskompetens och global självkänsla. Dessa domäner tillhör Harters senare och omarbetade version av det tidigare instrumentet/modellen (the Perceived Competence Scale for Children, 1982) (Harter, 2012), där fokus på kompetens inte längre blir lika centralt, då hon efter att ha breddat sin begreppsbildning ändrat om vissa domäner. Istället för att fokusera enbart på barns egen bedömning av sin kompetens, vilken den ursprungliga teorin gjorde, syftar således de nya skalorna mer till att få fram barns bedömning av sin ”själv tillräcklighet” (self adequacy) inom områdena; social acceptance, scholastic competence, behavioral conduct, athletic competence och physical appearance.

Exempelvis har Harter (1985, 2012) gjort om domänen social competence till social acceptance, vilken innefattar huruvida barnet känner sig populär bland vänner, vilket inte har att göra med kompetens kopplat till sociala färdigheter. Hon har också delat upp den fysiska kategorin i två delar; en domän som mer specifikt fortfarande syftar på kompetens, athletic competence, vilken direkt söker svar på barnens upplevelse av sin kompetens inom idrotts- och utomhusaktiviteter, samt en domän där fokus mera ligger på barnens egen känsla av nöjdhet med hur han/hon ser ut, med benämningen physical appearance. De två sistnämnda kan inbegripas inom ramen för begreppet fysisk självkänsla (Lindwall, 2004) som flera andra forskare använder som begrepp (se exempelvis Raustorp, 2006).

Vidare finns ytterligare två domäner med i Harters nya verktyg; scholastic competence (som ersätts av cognitive competence) och behavioral conduct (som är en helt ny subdomän), varav det förstnämnda begreppet endast har fokus på skolrelaterade påståenden, medan det sistnämnda bland annat söker svar på i vilken grad barn gillar det sätt de agerar. Slutligen finns också global self-worth (global självkänsla) med i SPPC (Harter, 1985) som förut, men nu med en tydlig separat särskiljning från kompetensdomänerna. Detta eftersom Harter (1985) senare kommit fram till att barn faktiskt kan ge en mer global bild av sig själv, rent generellt. Dock inte förrän de är åtta år (Harter, 2012). Dessutom har missuppfattningar skett utifrån det tidigare instrumentet, där flera trots att global självkänsla är detsamma som allmän kompetens, vilket Harter noga poängterar att så ej är fallet.

Genom det ”nya” sättet att mäta kan man som forskare även undersöka den allmänna/globala självkänslan kopplat till de domänspecifika kompetensområdena (Harter, 1985, 2012), vilket är avsikten i denna avhandling. Den fysiska domänen har dessutom visat sig korrelera väl med global självkänsla (Harter, 2012; Klomsten et al., 2004), vilken gör den extra intressant att studera.

Översättningen av instrumentet skedde med hjälp av en kompetent och erfaren engelskkunnig kollega, som i tidigare fall. Båda dessa frågeformulär är validerade på barn i dess ursprungsversion och enligt denna studies pilottest uppfattades de utvalda frågorna som enkla att besvara. För att få en uppfattning om elevernas självkänsla och fysiska kompetens fick de alltså svara på en mängd olika frågor, genom att ta ställning till fyra påståenden för varje fråga, exempelvis:

| | Stämmer inte alls in på mig | Stämmer bara lite in på mig | Stämmer bra in på mig | Stämmer mycket bra in på mig |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| A) Jag tycker att jag är väldigt bra i alla typer av idrotter/sporter i skolan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Även här utfördes sedan ett statistiskt reliabilitetstest (Cronbach's Alpha) för att kunna skapa index. Reliabilitetsvärdet för *fysisk kompetens* (variabel 16 a, b, c, d, e, f) blev .76 vid mättillfälle 1 (T1) och .88, T3, alfa-värdet för variablerna om *fysiskt yttre* (variabel 16 g, h, i, j, k, l) hamnade på .93 både vid T1 och T3. Detsamma gällde för *global självkänsla* (variabel 16 m, n, o, p, q, r) som också blev .93 både vid T1 och T3. Alla index som behandlar självkänsla fick således reliabilitetsvärden över 0.7 – ett värde som alltså anses reliabelt för att kunna användas för analys.

Genomförande

Före enkätdistribution kodades alla enkäter till att bli en siffra, så att enskilda individers svar aldrig skulle kunna komma att bli synliga för andra än för forskargruppen. Individernas namn syns således aldrig någonstans på formuläret, vilket är viktigt ur etisk synpunkt (Cohen et al., 2007; Santelli,

2006). Första enkätutdelningen till eleverna (datainsamling år 1 – T1) skedde i mitten av mars 2011, både på interventionsskolorna och på jämförelseskolorna. Detta efter att vårdnadshavare och barn givit sitt samtycke. Ifyllandet ägde rum i elevernas respektive klassrum och även om PAQ-C anses vara validerat på barn från nio års ålder, fick de unga i årskurs 4 ändå viss hjälp - en eller två forskare fanns alltid tillhands i alla klasser samt en klasslärare. Detta för att vara extra säker på att alla skulle ha möjlighet att fråga, om det för någon elev uppstod oklarheter i formuläret. Samma förfarande skedde även år tre, mars 2013, då den sista datainsamlingen genomfördes.

Enkäten till elevernas vårdnadshavare distribuerades via brev kort efter att elevundersökningen gjorts, både VT 2011 och 2013. Dessa enkäter hade samma kodnummer som elevernas, för att på så sätt kunna urskilja vem som var vårdnadshavare till vilken elev. Då svarsfrekvensen var låg efter första utskicket (gällde vid båda insamlingstillfällen) sändes även påminnelsebrev, både en och två gånger, till elevernas vårdnadshavare, som till slut gav en svarsfrekvens som ökat till vad som ansågs vara en godkänd nivå¹⁷ (Trost, 2012).

5.2.5 Pedometer - stegmätning

Fysisk aktivitet är inte oproblematiskt att mäta, även om det finns relativt många olika metoder - både subjektiva och objektiva. Ett validerat instrument för att på ett enkelt sätt bedöma fysisk aktivitet är *stegräknare* (pedometer) (Bassett et al., 1996; Crouter, Schneider, Karabulut & Basset, 2003; Tudor-Locke, Williams, Reis & Pluto, 2002), vilket har valts i denna studie. Detta är ett billigt verktyg som kräver en liten insats av respondenten då den är enkel och diskret att bära. Dessutom är stegräknare lätta att administrera vid analys av större grupper (Hassmén & Hassmén, 2008), vilket passade forskningsdesignen eftersom flera mätmetoder planerades. Nackdelen med stegräknare är dock att de ej mäter mönster, intensitet och aktiviteter som ridning, simning och cykling (Tudor-Locke et.al., 2002; Trost, 2001; Raustorp, 2005). En stegräknare mäter vertikala rörelser (Raustorp et al., 2005) och är mindre noggrann vid bedömning av avstånd och kilokalorier (Crouter et.al.,

¹⁷ Se 5.2.8 Svarsfrekvens och bortfall – *Enkättagande vårdnadshavare*.

2003), samt vid väldigt långsam gång (under 1,6 km/timme) (Melanson et al., 2004). Trots dessa brister anses den ändå vara så pass tillförlitlig att den skattas som ett användbart instrument av flera forskare (Bassett et al., 1996; Crouter et.al., 2003; Pate, O'Neill & Mitchell, 2010; Raustorp et.al., 2005; Tudor-Locke et.al., 2002).

Fysisk aktivitetsmätning kan också göras med hjälp av en *accelerometer*, som även det är ett validerat instrument och en av de mest använda metoderna (Nilsson, 2008; Sallis & Owen, 1999). En accelerometer fungerar ungefär på samma sätt som en pedometer - är enkel att använda men kan utöver vertikala rörelser dessutom registrera intensitet, frekvens och tid (Nilsson, 2008). Flera forskare menar att en accelerometer är ett något mer tillförlitligt instrument (Pate et.al., 2010; Tudor-Locke et al., 2002), än exempelvis en stegräknare. Nackdelen är dock att dessa mätare är avsevärt dyrare än en pedometer, vilket kan göra studier kostsamma (Hassmén & Hassmén, 2008). Tudor-Locke et.al. (2002) poängterar emellertid att val av instrument beror på studiens syfte, forskningsfrågor och projektets budget. De billigare och enkla stegräknarna har fullt stöd för att fungera som användbara instrument i forskning och praktik (Ibid.; Bassett et al., 1996).

Det finns även andra objektiva instrument att tillgå gällande fysiska aktivitetsmätningar, så som *DLW* (dubbelmärkta vattenmetoden), och *pulsmätare* (Heart rate monitoring, HR). DLW är en dyr metod och var inget alternativ i denna studie, då den kostnaden inte inrymdes i projektets ekonomiska kalkyl. Vidare är pulsmätare en användbar metod, men dessvärre också relativt kostsam. Detta instrument är emellertid populärt vid bedömning av fysisk aktivitet eftersom den ger ett linjärt samband mellan pulsslag och energiförbrukning vid steady-state (Trost, 2001). Det finns likväl flera problem även med denna metod, när det gäller mätning av exakta värden. Faktorer som exempelvis ålder, kroppsbyggnad och stress påverkar nämligen pulsslagen, vilket innebär att resultatet inte alltid blir reliabelt. Dessutom kan hjärtfrekvensmätaren vara opassande att använda på barn, eftersom den kan släpa efter, eller förbli hög efter en förhöjd puls nivå, vid sporadiska rörelser (som barn kanske ofta gör) (Ibid.). Projektets syfte och förutsättningar (ekonomiska resurser) var dock avgörande för val av instrument och därför blev pedometer ett användbart verktyg i studien.

Genomförande

Vid tre tillfällen (i mars 2011, 2012 och 2013) har stegmätning genomfördes på elever (2011: n=107, 2012: n=112, 2013: n=121) i både interventionsgrupp och jämförelsegrupp. De pedometrar som använts var av märket Yamax/Keep Walking LS 2000 (d v s Yamax SW200, Tokyo, Japan), vilka har brukats i flera nationella och internationella studier (Marshall et al., 2009; McClain & Tudor-Locke, 2009; Raustorp et al., 2006; Raustorp & Ekroth, 2010; Raustorp, Svensson & Perlinger, 2007; Tudor-Locke et al., 2008; Tudor-Locke et al., 2011), eftersom de anses vara en av de mest tillförlitliga stegmätarna på marknaden (Basset et al., 1996; Crouter et al., 2003). Innan stegmätningen kunde påbörjas kodades alla pedometrar med en siffra (samma som enkäterna). Därefter upplystes alla elever igen om frivilligheten med att delta.

De elever vars vårdnadshavare givit sitt samtycke fick sedan sätta på sig en stegräknare, med uppmaning om att den skulle placeras i byxlinningen rakt ovanför knät, liksom tidigare studier gjort (Crouter, et al., 2003; Raustorp et al., 2003; Raustorp et al., 2007). Pedometrarna förslöts därefter med ett buntband, så att barnen inte skulle öppna dem. Detta för att förhindra reaktivitet - det vill säga minska risken för att eleverna skulle lockas till att påverka sina steg om de ser dem (Tudor-Locke et al., 2004; Vincent & Pangrazi, 2002), och för att inte eleverna skulle råka radera sina steg. De unga fick också skriva ett kontrakt på att inte fuska (exempelvis inte skaka stegmätarna eller vara mer aktiv än vanligt), lova att fylla i om de tagit av sig mätaren i mer än 30 minuter under dagen och att varje morgon skriva ner om de utfört någon speciell fysisk aktivitet dygnet innan, utöver den vardagliga som lek på raster eller liknande. Mer precist ombads alltså eleverna att skriva ner om de utfört någon form av föreningsidrott, om de cyklat, simmat eller genomfört någon aktivitet som inte kunde mätas av pedometern, samt om de haft idrott i skolan eller ej.

Totalt mättes elevernas aktiva steg under fyra hela dagar, morgon till kväll, vilket sägs vara tillräckligt för att mäta barns aktiva steg (Tudor-Locke, McClain, Hart, Sisson & Washington, 2009; Trost, Pate, Freedson, Sallis & Taylor, 2000), och jag var själv på plats varje morgon före lektionsstart för att läsa av stegen, hjälpa eleverna med ifyllandet av den fysiska aktivitet de utfört

dagen innan och åter försegla stegmätaren, för att sedan lämna tillbaka den till eleverna igen. Vidare gjordes dagliga väderanteckningar, då det också är en faktor som bör tas med till analys av elevernas aktiva steg, eftersom väder sägs kunna påverka människors fysiska aktivitetsmönster – åtminstone vuxnas (Chan, Ryan & Tudor-Locke, 2006). Dessutom gjordes alla steginsamlingar under mars månad, då rekommendationen är att genomföra stegmätning under höst- eller vårterminen, eftersom stegantalet per dag har uppgetts skilja sig avsevärt åt mellan sommar och vinter (Tudor-Locke et al, 2004).

5.2.6 Analys av kvantitativa data (stegmätning och enkätdata)

Data som samlades in genom enkäterna har kodats in och analyserats med hjälp av statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 22 for Windows). Genom att nyttja EM-metoden i SPSS kunde data från samtliga elever, det vill säga 130 stycken, användas i analysen. Elever som varit borta vid något mättillfälle har således ersatts med ett värde som baseras på en ”sannolikhetsberäkning” utifrån samtliga elevers värden.

För att kunna bilda sig en uppfattning om Hälsocoachprojektet haft någon signifikant påverkanseffekt på interventionsskolans elever utfördes flera separata multivariata variansanalyser med upprepade mätningar (T1-T3), med skolorna som oberoende variabler och antal steg, fysisk aktivitetsgrad (lektioner, raster, fritid), psykosomatiska hälsobesvär, nyttig mat, onyttig mat, självkänsla, fysisk kompetens och värdering av kropp/utseende som separata beroendevariabler. För att kunna undersöka mellan vilka skolor som eventuella skillnader bestod i, utfördes så kallade post-hoc tester (Scheffés). Vid analyserna kontrollerades för kön och signifikansnivån sattes genomgående till $p < .05$ (Bryman, 2011). För de variabler som undersöker elevernas *frukost-, lunch- och middagsvanor*, samt vårdnadshavarnas *upplevelse av Hälsocoachprojektet* har Chi-Square-test använts, då endast data på ordinalskalenivå fanns att tillgå (Bryman, 2011; Field, 2013).

5.2.7 Veckoanteckningar

En av hälsocoacherna har också fört ”dagboksanteckningar” veckovis på det som gjorts i projektet. Detta för att ge en klar bild av vilka aktiviteter som utförts, på vilket sätt de hade bedrivits och för att härigenom också få fram hälsocoachens direkta uppfattning om dess popularitet och möjlighet till att få alla elever aktiva. Dessa anteckningar anses, utöver annat datamaterial, vara värdefulla, då de ger en noggrann skildring både av de hälsofrämjande aktiviteterna och av hälsocoachens upplevelser, det vill säga sådant som kan vara svårt att minnas tillbaka på vid en senare intervju. Främst har dock anteckningarna använts för att få en inblick i de aktiviteter som bedrivits. Den andre hälsocoachen skrev tyvärr aldrig några anteckningar, trots flera påtryckningar, så hans aktiviteter och upplevelser har enbart kunnat utläsas ifrån mejlkontakt, muntliga möten under projektets gång samt vid intervju.

5.2.8 Svarsfrekvens och bortfall

Under de år studien pågått har det varit en viss rörlighet i klasserna, då några elever tillkommit och några flyttat. Urvalsgruppen (U) bestod av 123 elever och deras vårdnadshavare vid första datainsamlingstillfället (T1), VT 2011, då studien startade. Alla elever har dock inte deltagit i alla datainsamlingar, även om de ingått i klassen när undersökningarna gjorts. Detta på grund av olika anledningar som; *sjukdom, ej godkänt samtycke av vårdnadshavare, ville ej delta* eller då de varit *bortresta* när stegmätning eller enkätinsamling ägt rum. Huruvida detta påverkat resultaten är svårt att uttala sig om. En bortfallsanalys visade också att det fanns en viss skillnad gällande könen kopplat till stegmätningen, där pojkar i högre utsträckning varit borta vid de datainsamlingstillfällena som gjorts i jämförelse mot flickorna ($\chi^2=4.60$, $df=1$, $p.<.05$). Däremot kunde inga könsskillnader ses med koppling till enkäten. Någon särskild analys över om de barn som varit borta vid något mättillfälle tillhörde någon annan specifik grupp elever (exempelvis om de kom ifrån familjer med låg- eller hög socioekonomi, eller var de mer eller mindre aktiva barnen), har inte gjorts, vilket kan sägas utgöra en brist i studien. Vid varje mättillfälle uppgav dock elevernas klasslärare varför just den eller de eleverna inte kunde delta, och utifrån de upplysningarna kunde ingen specifik skillnad upptäckas bland bortfallet. Vidare har heller ingen bortfallsanalys för vårdnadshavarna utförts.

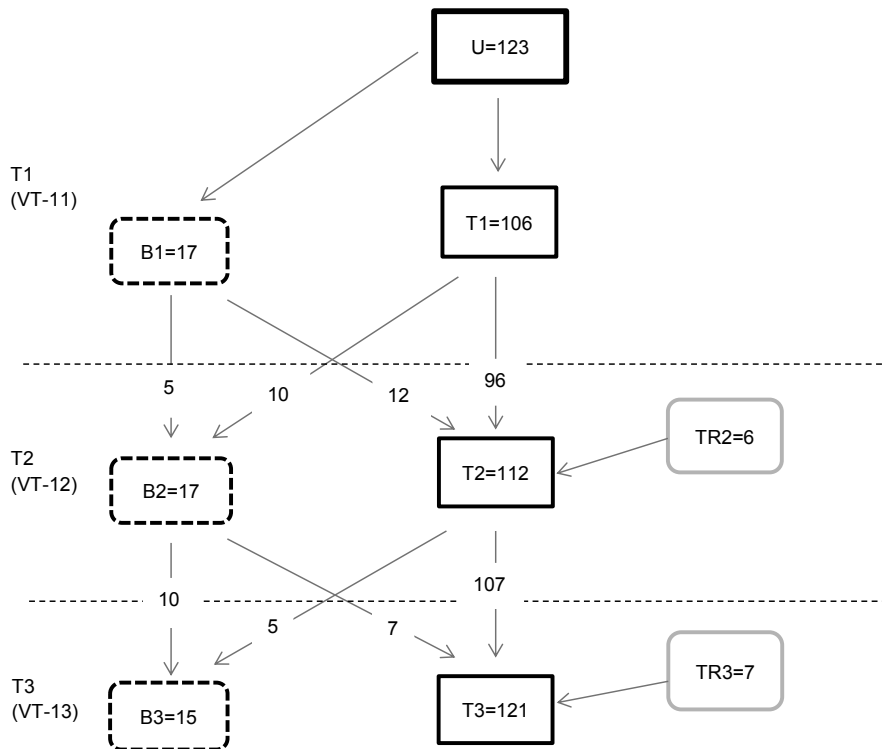
När det gäller respondenter till intervju valdes de strategiskt ut och därav inget bortfall.

Stegmätning

Urvalsgruppen bestod som nämnts av 123 elever VT 2011 då studien startade. Det externa bortfallet (B1) var vid mättillfälle ett (T1, d.v.s. VT 2011), 17 elever. Deltagarfrekvensen var således 86 % vid T1 ($106/123=0.86$). Vid mättillfälle två (T2), VT 2012, deltog 112 av eleverna, varav 96 var desamma som vid T1. 12 elever som inte var med vid T1, deltog vid T2. Vid T2 bestod bortfallet (B2) av 17 respondenter, varav fem var desamma som vid B1, och 10 elever kom från T1-gruppen - de var alltså med vid T1 - men av skilda anledningar (exempelvis flyttat, sjukdom, bortrest) deltog de inte i undersökningen vid T2 och blev följaktligen bortfall. Vid mättillfälle två (T2) tillkom också sex elever, som ej tillhörde urvalsgruppen från början, och fyra av dessa deltog i stegmätningen. Resterande två elever hamnade alltså i bortfallsgruppen direkt. Deltagarfrekvensen blev således vid detta mättillfälle 88 % ($112-4/123=0.88$).

Stegmätningstillfälle tre (T3), VT 2013, uppgick till 121 medverkande elever, varav 107 respondenter var de samma som ställde upp T2. Det externa bortfallet bestod vid T3 av 15 respondenter. 10 av dem utgjorde även en del av bortfallet under T2, medan fem av de respondenter som medverkade vid T2 ej deltog vid T3. Sju av de elever som inte medverkade T2 (som då tillhörde B2), var däremot delaktiga T3. Vid mättillfälle tre (T3) tillkom det dessutom sju nya elever till gruppen, som alla deltog i stegmätningen. Därtill medverkade återigen de fyra elever som tillkom i gruppen HT 2011/VT 2012, T2. Deltagarfrekvensen kom vid T3 följaktligen att vara 89 % ($121-4-7/123=0.89$).

METOD



Figur 3. Flödesdiagram som visar studiens deltagarfrekvens, bortfall och tillflöde gällande stegmätning, över tid (U=urvalsgruppen T=mättillfälle, B=externt bortfall, TR=tillkomna respondenter).

Sammanlagt deltog 130 elever i stegmätningen vid något mättillfälle. Av dessa medverkade 117 respondenter vid minst två tillfällen och 92 elever var delaktiga vid alla tre stegmätningstillfällen ($92/123=0.75$), det vill säga 75 %, av urvalsgruppen. Bortfallet hamnar således på 25 %, men anses ända vara så pass litet att det inte borde påverka resultatet.

Enkättagande - elever

Av urvalsgruppens 123 elever, deltog 111 vid mättillfälle 1 (T1), VT 2011, och 12 hamnade i bortfallsgruppen (B1) av olika anledningar (bortrest, ej godkänt samtycke från vårdnadshavare, eller p.g.a. att de själva ej ville delta). När sista datainsamlingen skulle utföras, VT 2013 (T3) då interventionsprojektet närmade sig sitt slut, var det 118 elever som deltog, det vill säga något fler än vid T1. 103 av dessa respondenter deltog även VT 2011 (T1), men 8 elever

som deltog vid T1 övergick till bortfallsgruppen VT 2013 (T3) och sex elever som tillhörde bortfallsgruppen vid T1, var kvar där även vid sista datainsamlingstillfället, T3. Däremot valde sex elever nu att medverka i undersökningen, som tidigare tillhört bortfallsgruppen.

Under åren som gått har även några elever flyttat in i de olika klasserna, vilket även skrevs fram under rubriken *stegmätning*. HT 2011/VT 2012 tillkom alltså sex elever till gruppen, men endast två av dem var med i enkätundersökningen vid T3 (VT 2013). HT 2012/VT 2013 tillkom sju respondenter till gruppen, varav alla besvarade enkäten, T3. Det tillkom således totalt nio elever till undersökningen vid T3, som ej tillhörde urvalsgruppen från början. Sammanfattningsvis deltog alltså 90 % ($111/123=0.90$) i enkätundersökningen VT 2011, och 89 % ($118-2-7/123=0.89$) VT 2013. Totalt har följaktligen 103 respondenter medverkat vid båda mättillfällena, vilket utgör 84 % ($103/123=0.84$) av urvalsgruppen.

Det interna bortfallet i enkäterna, där respondenterna missat eller valt att inte kryssa i vissa frågor, är marginellt och anses inte påverka resultatet i stort. Respondenterna kan naturligtvis ha missuppfattat frågorna och under- eller överskattat sin fysiska aktivitet, hälsa och självkänsla, men eftersom mätningar gjorts med olika verktyg betraktas ändå resultaten som relativt tillförlitliga.

Enkättagande – vårdnadshavare

Svarsfrekvensen för föräldraenkäten var vid datainsamlingstillfälle 1 (T1) 71 %, det vill säga 87 vårdnadshavare ($87/123=0.71$) svarade på den enkät som distribuerades hem till dem under vårterminen 2011. Det externa bortfallet utgjordes här av 36 vårdnadshavare. 22 av dessa tillhörde även bortfallsgruppen VT 2013 (T3), men 14 av dem som fanns med i B1 valde att svara på enkäten vid T3. Deltagarantalet uppgick totalt till 81 respondenter T3, varav 61 medverkade även VT 2011. Däremot valde 26 vårdnadshavare nu att avstå i undersökningen, vilka då hamnade i bortfallsgruppen som nu utgjordes av 55 målsmän. Av de respondenter som tillkommit i gruppen under åren som gått, valde fyra av sex (som tillkom HT 2011/VT 2012) och två av sju (som tillkom HT 2012/VT 2013) att delta vid mättillfälle tre, det vill säga sex respondenter har totalt tillkommit i undersökningen som inte tillhörde urvalsgruppen ifrån början. Detta innebär att 61 % ($81-4-2/123=0.61$) av

urvalsgruppens vårdnadshavare ställde upp i enkätundersökningen VT 2013. Totalt har således 61 medverkat vid båda mättillfällena, vilket beräknats till 50% ($61/123=0.50$) av urvalsgruppen. Detta relativt höga bortfall på 50% kan därför till del påverka studiens resultat och det gör det svårt att dra några tillförlitliga slutsatser utifrån deras svar. Av denna anledning har vårdnadshavarnas enkät till stor del valts bort och analyserna riktats endast mot att beskriva hur interventionsskolans vårdnadshavare har upplevt Hälsocoachprojektet¹⁸.

5.3 Etiska överväganden

Liksom vid alla former av undersökningar där individer (särskilt barn) ingår är det viktigt att ta hänsyn till de etiska aspekterna. Dessutom finns det sedan några år tillbaka en lag om att forskning som behandlar känsliga personuppgifter, exempelvis hälsa, måste etikprövas (SFS 2003:460). Av denna anledning gjordes en etikprövning för detta projekt i Uppsala, hösten 2010, med ett godkänt utfall (Dnr 2010/392). Det godkända utfallet kom efter några smärre förtydliganden, som exempelvis handlade om att mer specifikt beskriva själva intervjusituationen och genomförandet av stegmätningen.

Innan en undersökning ska äga rum finns framför allt fyra områden som forskare bör betänka och det är; *informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll* (Kvale & Brinkman, 2014, s. 113). Dessa aspekter har alla ingått i forskningsprocessen. Information gavs till alla inblandade parter före projektstart¹⁹ och samtycke samlades in (för mer info. – läs under rubrik 5.2.2 Information till berörda parter). Före varje datainsamling (intervju och enkät) ägde rum var forskargruppen även noggrann med att informera berörda elever och pedagoger om studiens syfte och om frivilligheten i att delta, samt om konfidentialiteten. Genom att projektet drevs utifrån de forskningsetiska ledorden som frivillighet, samtycke, transparens och delaktighet var det viktigt att alla respondenter, både barn och vuxna, skulle känna sig trygga i sitt beslut till att delta eller inte. Det poängterades särskilt för barnen att det aldrig var för sent att avstå deltagandet eller att inte besvara frågan/frågorna. Detta

¹⁸ Det vill säga på fråga 14-22 i enkäten – se bilaga 10.

¹⁹ Ett exempel på ett av de informationsbrev som gick ut till elevernas vårdnadshavare visas i bilaga 6.

gällde även om deras vårdnadshavare hade givit sitt medgivande, vilket också är helt i linje med det dagliga värdegrundsarbetet som genomförs i skolans verksamhet som är grundat i barnkonventionen (se SFS, 2010:800).

Några frågor i intervjun och/eller i enkäten, kopplade till eleverna, kunde eventuellt upplevas som jobbiga att svara på för vissa barn. I forskarrollen ligger dock ansvaret att förtydliga för alla att det är frivilligt att hoppa över frågor som de inte vill besvara. Därmed är förhoppningen att inget barn har känt obehag över att svara på frågor i de undersökningar som gjorts. Man kan också anta att elevernas klasslärare kände dem så väl att de skulle märkt om något barn hade upplevt minsta obehag eller olustkänslor vid ifyllandet av enkäten. Under intervjutillfällena var det ändå viktigt att på ett noggrant och uppmärksamt sätt försöka läsa av barnens känslouttryck, för att minska risken att missa om något barn såg obekvämt ut, vilket emellertid inte hände.

Vidare var forskargruppen medveten om att den stegräknare som alla barn i klasserna fick en förfrågan om att bära, under sammanlagt tre veckors tid (datainsamling år 1, 2 och 3), skulle eventuellt kunna innebära oro för vissa elever. Barnen kom dock att få tydlig information om frivilligheten i att bära detta instrument och klassläraren fick i uppgift att uppmärksamma och lyssna av om något barn kände sig besvärat av pedometern. Om så var fallet, vilket emellertid aldrig skedde, skulle naturligtvis den eleven/de eleverna genast få avstå deltagandet. Projektet var också i kontakt med skolornas kuratorer före stegmätardistributionen och gjorde dem införstådda i projektets syfte och genomförande. Detta borgar för att nödvändiga stödfunktioner fanns till hands ifall något barn eller familj på något sätt skulle känt oro med anledning av sitt deltagande i undersökningarna, vilket dock aldrig inträffade.

Alla datainsamlingar skedde dessutom konfidentiellt (endast forskargruppen har tillgång till barnens, hälsocoachernas, vårdnadshavarnas och pedagogernas identitet). Respondenternas namn kodades därför om till siffror, som endast var kända för forskargruppen, innan enkäterna distribuerades och stegmätningarna ägde rum. Detta med anledning av att studien planerades för att vara longitudinell (ca två år) och forskargruppen ville kunna utläsa och jämföra eventuella förändringar mellan de olika mättillfällena. På samma sätt garanterades konfidentialitet även för de respondenter som ställde upp på intervju. Intervjupersonernas namn nämns således aldrig i texten, vilket

METOD

innebär att deras identitet inte kan urskiljas av utomstående. Av denna anledning benämns respondenterna som exempelvis ”Gruppdiskussion 1”, ”den ene” och ”den andre” hälsocoachen, ”föreningsaktiva-elever” och ”icke-föreningsaktiva elever” eller som ”lärare”.

Till de etiska kraven hör också min roll som forskare, med uppgift att uppnå en god vetenskaplig kvalitet på genomförande och på de resultat som publiceras (Kvale & Brinkman, 2014). Mot denna bakgrund valdes i största möjliga mån validerade instrument. Frågekonstruktionerna har dessutom pilottestats. Men mina val vad gäller teori, metod, instrument och tolkning av det empiriska materialet är naturligtvis färgat av tidigare erfarenheter och den forskningstradition jag befinner mig i.

Svårigheten i all form av forskning är alltså att hålla sig objektiv till det som studeras (Alvesson & Sköldberg, 2008; Malterud, 2001), vilket varit fallet även i denna studie. Inte minst med tanke på min egen roll som projektledare för Hälsocoachprojektet. Ambitionen har därför varit att under hela processen försöka hålla mig kritisk och reflekterande (Ibid.; Bryman, 2011). Min uppgift har dessutom varit att ha en förståelse för den ”maktposition” jag eventuellt kunde upplevas ha för respondenterna och försöka förhålla mig till det (Kvale & Brinkman, 2014). För att undvika diffus tolkning av resultat har mina handledare fått verka som ett stöd, där de hjälpt till att granska och analysera de slutsatser som skrivits fram. Jag har också försökt att visa på en transparens för alla de olika procedurer som genomförts (Kvale & Brinkman, 2014), samt framhålla studiens avgränsningar och brister (Malterud, 2001).

Avslutningsvis bör det ur etisk synpunkt också nämnas att forskargruppen utlovat feedback till deltagande kontrollskolor, efter att projektet slutförts och avrapporterats.

5.4 Studiens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Bryman (2011) för en diskussion om huruvida validitet och reliabilitet går att tillämpa på kvalitativ forskning, då kvalitativa studier behöver bedömas efter andra kriterier än vad som används för kvantitativa studier (Graneheim &

Lundman, 2004; Lincoln & Guba, 1985). För att öka trovärdigheten i denna studie, och då framförallt för de mer kvalitativa delarna, har begrepp som tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet tagits hänsyn till (Graneheim & Lundman, 2004), vilka redogörs för här tillsammans med begreppen reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.

I studien har bland annat flera olika individer fått komma till tals och ge sina synpunkter och upplevelser om själva ”fallet” (elever, hälsocoacher, lärare, rektor och skolchef), vilket stärker tillförlitligheten. När det gäller tillförlitligheten kopplat till intervjuundersökningar, är det av stor vikt att ha provat ut och utvecklat frågorna noggrant så att de inte på något sätt blir ledande (Kvale & Brinkmann, 2009, 2014), vilket jag försökt att följa. För att öka giltigheten är det naturligtvis också betydelsefullt att ställa samma frågor på samma sätt och därigenom ge adekvata förutsättningar för giltiga svar. Detta kan dock vara en utmaning inom kvalitativ forskning, eftersom intervjusamtal bär på en öppenhet där intervjuaren inte alltid vet åt vilket håll processen bär (Graneheim & Lundman, 2004).

Tack vare de pilottester som gjordes före projektstart behövdes emellertid inga frågor förändras vid de så kallade ”riktiga” intervjutillfällena. Under själva intervjuerna ställdes däremot följdfrågor, som såg lite olika ut beroende på respondenternas svar. Detta för att i vissa fall få mer uttömmande svar, men också för att på så sätt försäkra mig om att deltagarna uppfattat frågorna korrekt – att vi pratade samma ”språk”, det vill säga förstod varandra rätt. Därtill kan tilläggas att jag som intervjuare hade god förförståelse om själva ”fallet”, vilket gjorde att intervjuerna flöt framåt på ett fullgott sätt. Detta i sin tur gav öppningar för svar av djupare karaktär, jämfört med vad som troligtvis hade varit fallet med någon mer oinvigd intervjuare.

I kvalitativa studier är det vidare mycket viktigt att beskriva sitt tillvägagångssätt extra noggrant för att öka transparensen, då det höjer tillförlitligheten (Bryman, 2011; Cohen et al., 2007; Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2001). Detta eftersom läsaren inte kan ta del av allt det material som samlats in och transkriberats (Malterud, 2001). Min ambition har därför varit att tydligt redogöra för hur jag har gått tillväga i de olika procedurerna. Hur den kvalitativa analysprocessen gått till skildras exempelvis i tabell 2. Dessutom presenteras citat ifrån respondenternas utsagor i

METOD

resultatkapitlet, med förhoppning om att tolkningen ska kunna illustreras ytterligare. Tilläggas bör också att jag vid ett flertal tillfällen gått tillbaka till originaltexten, det vill säga till utskrifterna, efter att kategorisering gjorts, för att säkerställa att inget missats eller uppfattats på fel sätt. Detta sägs också höja trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Att noggrant beskriva sitt tillvägagångsätt är viktigt även i kvantitativa studier, även om betydelsen av reliabilitet skiljer sig något åt gentemot kvalitativ forskning (Cohen et al., 2007). Reliabilitet i kvantitativa studier är enligt Cohen et al. (2005) främst en synonym för pålitlighet, konsekvens och återskapande över tid. Instrumentet ska således kunna användas igen på samma respondenter och ge ett liknande resultat (Ibid.). Detta kräver dock att de personer som ingår i undersökningen svarar ärligt på frågorna, vilket jag som forskare helt enkelt måste förlita mig på (Thomson et al., 2005). För att få ett så giltigt resultat som möjligt har frågeformulären planerats och utarbetats mycket noga (Ibid.). Frågorna i denna studie är dessutom hämtade från redan väl etablerade instrument, validerade på barn.

Det som emellertid skulle kunna inverka på studiens tillförlitlighet är att frågorna i enkäten är översatta från engelska till svenska och någon ”back translation” har inte gjorts. Enkäten har inte heller genomgått något reliabilitetstest över tid, ett så kallat test-retest, som utförs för att kunna bedöma huruvida förändringar beror på enkätens tillförlitlighet eller på faktorer som kan kopplas till faktiska förändringar över tid (Bryman, 2011; Field, 2013). Däremot har frågeformuläret (både elev- och föräldraenkät) pilottestats, för att stärka studiens validitet och reliabilitet (Cohen et al., 2007; Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010; Thomson et al., 2005). Därtill har den interna konsistensen testats för varje beroendevariabel (t ex självkänsla och psykosomatisk hälsa). Denna form av reliabilitetstest undersöker samstämmigheten mellan olika delar (items) som tillsammans utgör mått på respektive beroendevariabel. Den interna konsistensen uttrycks oftast i Cronbach’s Alpha, där ett värde på .70 brukar anses vara en acceptabel nivå (Bryman, 2011; Field, 2013).

Vidare var ett par forskare dessutom med vid ifyllandet av enkäterna, vilket sägs vara av värde på så sätt att man då kan förklara frågorna om någon inte förstår, samt kontrollera så att alla fyllt i korrekt (Djurfeldt et al., 2010) –

något som sågs som en viktig del i undersökningen. Nackdelen är dock att en del individer kan känna sig obekväma till att fylla i formuläret (Ibid.) när någon tittar på. Vi som var med vid ifyllandet, som skedde i klassrummen, försökte komma runt detta genom att endast hjälpa de elever som ansåg sig behöva hjälp.

Vad gäller avhandlingens generaliserbarhet och överförbarhet kan flera saker lyftas fram till diskussion. Det primära syftet med denna studie var dock inte att göra generaliseringar till en hel population, då det i stort sett ansågs vara omöjligt med denna relativt lilla urvalsgrupp. Det bedöms emellertid ändå vara rimligt att upptäckta mönster i studiens statistiska resultat som kan ge en bild av 10–12-åriga barns fysiska aktivitetsvanor, matvanor och självkänsla samt åsikter om hälsofrämjande aktiviteter – i alla fall om man ser till barn ifrån liknande skolmiljöer i mellanstora städer, i Sverige. Vad gäller avhandlingens kvalitativa del och fallstudien som sådan, är det andra externa validitetskriterier som bör uppnås. En fallstudie kan med fördel generaliseras till en teori (Merriam, 1994; Yin, 2014), vilket nämnts förut – ett tillvägagångsätt som använts i denna studie där resultaten återkopplas till YPAPM-teorin.

Enligt Cohen et al. (2007) och Malterud (2001) kan kvalitativa studier även överföras till andra liknande situationer och miljöer. Det viktiga är att man som forskare tydligt beskriver hela forskningsprocessen, sedan är det upp till läsaren att dra sin egen slutsats om huruvida resultaten är överförbara eller ej (Graneheim & Lundman, 2003; Yin, 2014). I detta fall känns det inte rimligt att hävda att elevernas upplevelser av en hälsocoach kommer vara lika, ens på samma skola, om undersökningen skulle göras igen. För hur utfallet blir den gången beror mycket på vilken person som då anställs som hälsocoach. Min uppfattning är däremot att barnens upplevelser av de aktiviteter som initieras av en hälsocoach och på vilket sätt de bedrivits skulle kunna bli relativt likvärdiga de resultat som framkom i denna avhandling, om man utgår ifrån samma teoretiska ramverk som ligger till grund för detta arbete. I alla fall kan man med den kvalitativa delen av denna undersökning, likväl som den kvantitativa analysen, se vissa mönster som skulle kunna ”passa in” även i andra likartade miljöer. En triangulering av olika metoder kan vara ett stöd om resultaten gå i samma riktning eller förstärker varandra (Yin, 2014).

Kapitel 6 Resultat och resultatdiskussion

6.1 Inledning

Detta resultatkapitel inleds med ett urval ifrån den *kvalitativa* analysen. Först presenteras data som insamlades *före* hälsocoachens hälsofrämjande arbete drog igång (T1 – baseline), det vill säga resultat ifrån *intervju med lärare/pedagoger* och *elever*. Därpå presenteras resultat ifrån de intervjuer som gjorts med de båda *hälsocoacherna* (T2 och T3) följt av resultat ifrån *intervju med klasslärare, skolledning* och med *elever* (T3). Avsnittet avslutas med en *sammanfattande analys*.

Efter att alla kvalitativa data har redovisats inledningsvis så följer en presentation av ett urval ifrån de *kvantitativa* data som insamlats. I detta avsnitt presenteras först data ifrån den *stegmätning* som gjorts (T1, T2 och T3), följt av *enkätdata* ifrån elevernas svar (T1 och T3), med ordningsföljden *fysisk aktivitet, psykosomatisk hälsa, matvanor* och *självkänsla*. För varje område görs först en kort presentation av hela undersökningsgruppen, varpå jämförelser *över tid* och *mellan skolor* förs fram. Sist men inte minst presenteras den analys som gjorts över elevernas och vårdnadshavarnas *upplevelse av Hälsocoachprojektet*. Även detta avsnitt avslutas sedan med en *sammanfattande analys*.

Vidare bör nämnas att egna analyser framträder i varje resultatavsnitt och att resultaten till del kopplas till tidigare forskning. Hälsocoachprojektet har i resultatdelen förkortats och benämns som HP – en förkortning eleverna själva gjort, som blev ett etablerat begrepp på interventionsskolan. För att bevara hälsocoachernas konfidentialitet kommer de i texten att beskrivas som ”den ene” och ”den andre” oberoende av under vilken tid de varit anställda. Dessa begrepp växlar alltså mellan coacherna. I vissa fall skrivs resultaten även fram som exempelvis ”en av hälsocoacherna sa”. I de fall citat presenteras där respondenterna uttryckt särskilda dialektala ord, har de bytts ut mot korrekt svenska, för att på så sätt förenkla för läsaren. Inget namn framhålls i texten och där citat lyfts fram är det bara det som sägs under själva intervjun som

redovisas, inte vem (vilken individ) som sagt vad – också det med hänsyn till respondenternas konfidentialitet. Det ansågs dessutom inte vara relevant och intressant utifrån studiens syfte.

6.2 Intervjuer med lärare, pedagoger, elever och hälsocoacher på interventionsskolan samt med skolledning

I nedanstående avsnitt presenteras resultat från både T1, T2 och T3, utifrån de intervjuer som gjorts med elever, lärare och pedagoger, hälsocoacher, rektor och skolchef på interventionsskolan. Vissa citat har valts att lyftas fram, som belyser det respondenterna diskuterar, och då det görs framställs främst deras svar, det vill säga inte frågan de fick. I slutet vävs sedan alla resultat som framkommit av denna kvalitativa undersökning samman i en *sammanfattande analys*.

6.2.1 Lärares och pedagogers upplevelse av deras skolas befintliga hälsofrämjande arbete och av elevernas levnadsvanor (T1)

Analysen har tagit utgångspunkt i lärarnas och pedagogernas upplevelser av skolans hälsofrämjande arbete och deras önskemål om förbättringar samt i deras syn på elevernas fysiska aktivitet och matvanor. Utifrån respondenternas utsagor har analysen lett fram till följande kategorier; *hindrande faktorer*, *skilda levnadsvanor och villkor*, vilka redogörs för här nedan. I de fall citat framhålls representeras jag som intervjuare av bokstaven I. Lärarna och pedagogerna presenteras som; *gruppdiskussion 1* (fyra lärare), *gruppdiskussion 2* (två fritidspedagoger), *gruppdiskussion 3* (två lärare och en specialpedagog) och *gruppdiskussion 4* (två fritidspedagoger och två lärare).

Hindrande faktorer

Tolkningen av de intervjuer som gjordes med lärare och pedagoger, före Hälsocoachprojektet drog igång, var att de kopplade ihop begreppet hälsofrämjande arbete med ämnet idrott och hälsa, med enstaka friluftsdagar eller likande och med den friskvårdstimma de själva hade till förfogande en

gång per vecka. De framkom också, enligt deras uppfattning, att idrottslektionerna mest bestod av fysisk aktivitet och att hälsodelen var bristfällig, vilket inte är unikt för just denna skola då tidigare studier visat på liknande resultat (Jakobsson, 2005; Quennerstedt, 2006; Skolinspektionen 2012). Anledningen till att hälsa ofta bortprioriterades i ämnet trodde de kunde bero på att man som lärare vill att eleverna ska röra på sig, eftersom det finns få lektioner avsatta till idrott och hälsa. Detta är i samklang med hur lärare tänker och agerar även på många andra skolor (Skolverket 2010a). En av pedagogerna antydde dock att hälsa togs upp ibland, men endast i liten omfattning.

Flera av lärarna och pedagogerna uttryckte vidare att de själva varken hade kompetens, tid eller motivation för hälsofrämjande arbete – de hade andra mål de ansåg vara viktigare för dem. Citatet nedan är ett exempel på deras uttalande om brist på tid:

Jo jag kan känna det där som du säger va, att gör man för mycket så får man ju dåligt samvete för att man inte hinner med, och hur går det i matten egentligen, kan de det där och nej vi kan nog inte göra det eller vi kan nog inte göra det för att alla mål ska ju ha nåtts liksom.

Och jag ska ju inte ha missat något när terminen är slut. Det hänger över mig måste jag säga. Det gör mig mindre flexibel. (*Ur gruppdiskussion 1*)

Respondenterna påvisade, likt det som Hoelscher et al. (2004) har belyst, att de väljer bort hälsorelaterad undervisningen till förmån för sina ordinarie ämnen.

När projektet började hade följaktligen interventionsskolan inget uttalat hälsofrämjande arbete. De hade dock dragit ner på socker på fritids och i cafeteria, berättade lärarna och pedagogerna. Skolmaten ansåg de emellertid ha blivit sämre de senaste åren, även om några fortfarande tyckte att den var acceptabel. Främst hade salladsutbudet minskat, något de upplevde som beklagligt då de hävdade att detta inte främjade barnens grönsaksintag. Det betonades också att mycket av den mat som serverades var av halvfabrikat och såg oaptitlig ut, vilket skulle kunna vara en orsak till att några elever inte åt någon mat alls och kanske därför fick i sig för lite näringsämnen – ett problem som trots vårt välfärdssamhälle existerar i Sverige idag (Livsmedelsverket, 2012a). Lärarna och pedagogerna lade dock ingen skuld på någon, eftersom de

inte hade så stor inblick i skolmaten, utan påpekade bara att det troligtvis skulle behövas mer resurser i form av både tid och pengar för att förbättra maten.

Vidare såg de ett behov av mer resurser till att rusta upp skolans fysiska miljö som i nuläget inte direkt främjade hälsa – mycket av skolans material och skolgårdsmiljö var slitet. De belyste bland annat att det var dålig kvalitet på redskapen både ute och inne i gymnastiksalen, vilket enligt respondenterna gjorde det svårt att anordna redskapsbanor och liknande som de upplevde att många av barnen gillade. Idrottshallen uttrycktes till och med som ”katastrof” och ”hälsovådlig”, och där fanns flera saker som skulle behöva bytas ut.

En upprustning av skolmiljön skulle enligt de intervjuade lärarna och pedagogerna kunna åtgärdas med enkla medel, frågan var bara vem som skulle åta sig detta arbete. Respondenterna hade emellertid några förslag till hur det skulle kunna organiseras. Om de fick önska helt fritt hade de gärna sett att det fanns en person på skolan som *enbart* kunde ägna sig åt detta med hälsofrämjande arbete eller att det ingick som en del i en idrottslärares tjänst. Denna idé kan naturligtvis vara färgad av att de visste om att det skulle komma en hälsocoach till skolan. Lärarna och pedagogerna underströk också att personen i fråga verkligen skulle brinna för ämnet och kunna inspirera andra (syftade både på personal och på elever), samt anordna aktiviteter, men också stödja lärarna, komma med idéer, fixa utrustning etc.:

- Om man tittar nu och läser i alla, vad man ska göra, så står det att eleverna ska röra på sig varje dag och då funderar man ju på hur ska, vem ska?
- Vem ska se till det?
- Ja just det? (*Ur gruppdiskussion 1*)

Det skulle ju vara någon som är helt frisläppt från allt annat då och som kan ägna sig åt det här. För det tar ju tid att planera och fixa också. Och sen är det ju fördel om det är någon som brinner för det här med motion och hälsa själv och som kan inspirera andra. Och som kanske har möjlighet att gå ut till klasser, komma till fritidsgrupper och kanske anordna aktiviteter och sådana saker också då. (*Ur gruppdiskussion 2*)

RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION

- Jo men någon, någon som... Då pratar jag om någon som pushar på, som kanske kommer med idéer. En som kanske har en liten ersättning.
- Ja, ja.
- Kanske kommer med idéer och, ja 'ska vi hitta på det här' och kollar upp lite grann. Vad finns det för någonting och kanske kan äska lite pengar och liksom vara en sådan där idéspruta.
- Någon som är lite ansvarig för det.
- Ja, ansvarig för det, liksom att det blir någonting, för annars blir det ju ofta ingenting tycker jag.
- Nej.
- Man har inte tid tycker man och det är det ena med det andra. (*Ur gruppdiskussion 3*).

Med andra ord såg flera lärare och pedagoger ett behov av en ansvarig person för denna form av arbete. Citaten ovan är bara några exempel, men bedöms skildra deras upplevelser av hindrande faktorer.

Skilda levnadsvanor och villkor

De intervjuade lärarna och övriga pedagoger var överens om att flertalet av eleverna redan var fysiskt aktiva under skoltid, då projektet började. Pedagogernas uppfattning var att eleverna oftast var "antingen eller" på sin fritid - det vill säga antingen var de väldigt aktiva och sysslade med flera olika idrottsaktiviteter eller så var de helt inaktiva:

- Men dom som är aktiva är ju verkligen aktiva.
- Och dom som inte är aktiva, dom är inte alls... Dom är...
- Inaktiva. (*Ur gruppdiskussion 4*)

Det är endera så eller så tycker jag (*visar med händerna att det är väldigt mycket eller inget*). Endera är de jätteaktiva och tränar tre dagar i veckan och spelar match på helgen eller också gör man ingenting. Sitter framför datorn. (*Ur gruppdiskussion 1*)

Den "problembild" lärare och pedagoger målade upp gällande elevernas fysiska aktivitetsnivå var främst kopplad till barnens fritidsvanor, och inte till

skoldagen, även om det kunde framgå vissa likhetstecken. Vissa barn tycktes vara mindre aktiva än andra överlag. Ett par lärare klagade dessutom på att en del elever protesterade när de skulle ut och gå i skolan. Detta gällde då framförallt de barn som respondenterna upplevde inte var så aktiva på sin fritid. Men det kunde även gälla vissa pojkar som på fritiden var med i någon lagidrott. En anledning till denna ”lathet” trodde de kunde bero på att det kanske hade ”curlats” för mycket hemifrån – föräldrar upplevdes skjutsa sina barn även kortare sträckor och barnen blev på så sätt inte vana att röra på sig i vardagen, menade lärarna och pedagogerna.

Respondenterna hade föga kännedom om barnens matvanor. De hade dock sett vissa tendenser i skolan där några barn slarvade med maten, åt ensidigt och valde bort sallad. Om barnen åt näringsrik mat i hemmet eller ej, verkade lärarna och pedagogerna ha dålig insyn i, men de hade ändå en hypotes om att många elever äter mycket färdiglagat/halvfabrikat eftersom det inte lagas så mycket mat i hemmen numera. Dessutom hade de också noterat att det var flera barn som inte åt frukost hemma:

[...] det är ju flera som kommer till mig och säger att dom inte ätit frukost, så då har jag frågat varför, och då säger dom 'Ja, jag hann inte', 'Ja, men då får man försöka att gå upp lite tidigare' (*säger läraren till eleven*), men då skyller dom på att 'nej men mamma väckte inte mig tidigt nog'. (*Ur gruppdiskussion 4*)

Det är väl frukost som en del är dåliga på. Att de kan komma utan att ha ätit och sådana grejer. De lite större, som kanske går själva och så då, när inte föräldrar är hemma och sådant. (*Ur gruppdiskussion 2*)

Att barnen inte fick i sig frukost ansåg lärarna och pedagogerna påverkade elevernas koncentrationsförmåga till skolarbetet, vilket av naturliga skäl upplevdes negativt. De var dock medvetna om att det inte alltid var barnens fel:

- Det finns inte mat hemma hos en del.
- Nej
- Det får man också ta med i beräkningen faktiskt. (*Ur gruppdiskussion 1*)

De diskuterade att det här med matvanor främst var ett föräldraansvar och att skolan borde anordna föräldramöten med diskussioner om kost, eftersom en

del barn inte åt frukost, hade med sig ”fel” saker på utflykter och aldrig hade med sig frukt:

- Jag menar, föräldramöten kanske kan handla om vad viktigt det är med kosten och sånt går ju absolut och utveckla.
- För det är ju inte det att de inte vill sina barn sitt bästa tror jag, utan det är säkert kunskapen. (*Ur gruppdiskussion 3*)
- Nä men sen föräldrarna, det ser man ju ibland när de skulle haft någon matsäck med sig till något ställe va.
- Vilka lustiga saker de skickar med dem va... Jag vet att jag hade särskilt en pojke och han kom med en 2 liters coca-cola, sen hade han en bullpåse och så hade han sådana här, ja det var muffins. (*Ur gruppdiskussion 1*)

Respondenterna pratade om att föräldrarna borde ta ett större ansvar och lära barnen om goda levnadsvanor, men de var dock medvetna om att alla inte hade den kunskapen som behövdes. Här ansåg de att skolan kunde bidra och bjuda in föräldrar till diskussionsmöten om kost, för att de i sin tur lättare skulle kunna främja goda kostvanor för sina barn. De påtalade vidare att det var svårt att nå föräldrarna, som sällan kom när skolan anordnade saker.

Sammanfattning av lärares och pedagogers upplevelser, T1

Sammanfattningsvis hade interventionsskolorna obefintligt hälsofrämjande arbete när Hälsocoachprojektet startade och det tolkas som att lektionerna i idrott och hälsa innehöll mest idrott och ytterst lite hälsokunskap. Av analysen att döma diskuterades det sällan kring hälsofrämjande levnadsvanor i skolan, vilket tycktes hänga ihop med resursbrist både i form av tid och i pengar. Lärarna och pedagogerna upplevde att de inte hann med detta arbete. Resurser verkade också saknas för att förbättra skolmaten och skolans miljö, som inte heller upplevdes befrämja elevernas hälsa. Många barn uppfattades dock redan ha goda levnadsvanor, men upplevelsen var också att det trots allt fanns några elever som var väldigt stillasittande, och då framförallt på sin fritid. Troligtvis var det så, som kommer fram i intervjuerna med lärarna och pedagogerna, att ett antal barn rörde sig väldigt mycket och en del i stort sett inte alls. De intervjuade lärarna och pedagogerna trodde att många föräldrar behövde mer kunskap för att kunna främja sitt barns hälsa på bästa sätt. Mot

ovanstående bakgrund tolkas det som att barnen hade relativt skilda förutsättningar till att själva kunna främja sin hälsa, då alla inte verkade ha tillräckligt med kunskap och heller inte tillräckligt med stöd hemifrån.

6.2.2 Elevernas upplevelser av sina egna levnadsvanor (T1)

I följande analys har fokus lagts på att lyfta fram elevernas syn på hälsa, upplevd fysisk aktivitetsnivå och matvanor, *före* Hälsocoachprojektet startade i mars 2011. På detta sätt hoppas en kort bakgrundsinformation kunna ges om interventionsgruppens tankar och förhållningssätt till sina levnadsvanor innan hälsocoachen påbörjade sitt arbete. Detta tillsammans med den analys som gjorts av lärarnas/pedagogernas upplevelser (T1) förväntas i sin tur kunna ge er läsare en bild av hälsocoachens förutsättningar till att bedriva hälsofrämjande aktiviteter i denna skolmiljö. Eleverna presenteras i citaten bara som *icke-föreningsaktiva elever* eller *föreningsaktiva elever*. Då svaren var relativt likvärdiga har endast en kategori utkristalliserats, utifrån den analys och tolkning som gjorts av elevernas svar – *olika resurser för hälsa*.

Olika resurser för hälsa

Av intervjusamtalen med eleverna att döma var många barn aktiva under *skoltid*, liksom lärarna och pedagogerna också påtalade. Enligt Dencker et al. (2005) är det inte ovanligt att barn i den åldern rör på sig mycket. Några av de föreningsaktiva barnen påtalade emellertid att alla i klassen inte rörde på sig under rasterna. De hade noterat att det var cirka fyra till sex stycken av klasskamraterna som istället brukade sitta och rita, prata, gunga eller leka FBI eller maffia. Detta ligger då mer i linje med vad andra rapporter och studier belyst – att det är få barn som når rekommendationen om minst 60 minuter måttlig till hög fysisk aktivitetsnivå per dag (Folkhälsomyndigheten, 2014; Veroligne et al., 2012). En anledning till att några barn blir stillasittande på rasterna skulle kunna bero på att de inte riktigt själva kommer på något att göra, för flera av de icke-föreningsaktiva pratade nämligen om att de gärna skulle velat ha mer uppstyrda lekar på rasterna, vilket tolkas som att de hade brist på motivation och egna idéer.

När det gällde elevernas fritidsvanor blev bilden relativt likartad lärarnas och pedagogernas uppfattningar, det vill säga, att några elever var mycket aktiva på sin fritid medan andra var mindre aktiva. De icke-föreningsaktiva eleverna lyfte fram mer stillasittande fritidsaktiviteter, som att spela playstation, sitta vid datorn eller leka med katten eller kompisar. De föreningsaktiva däremot, kopplade endast ihop sin fritid med olika fysiska aktiviteter de utförde – en tydlig skillnad. Det anses att unga som är med i en förening oftast är de som är mer fysiskt aktiva även utanför föreningslivet (RF, 2005), vilket även analysen av dessa intervjuer antyder. Det finns emellertid andra studier som pekat på motsatsen (Nielsen et al., 2013), och därmed blir analysen av elevernas fysiskt aktiva steg extra intressant att lyfta fram och beskriva.

Till skillnad från de föreningsaktiva som var nöjda med sin aktivitetsnivå, var alla icke-föreningsaktiva barn överens om att de skulle vilja vara mer fysiskt aktiva på fritiden. Andelningen till att de inte var så aktiva på sin fritid, kan tolkas som att det beror på andra intressen, som att ”Det kanske är något bra på Tv” (*Icke-föreningsaktiv flicka, 10 år*). Framförallt pratade dessa elever om att de ville bli mer fysiskt aktiva för att ”kunna mer”, för att ”det är kul” eller för att ”få bra kondition”. Några av de icke-föreningsaktiva ger således uttryck för att inte vara helt nöjda med sin fysiska aktivitetsnivå och inte heller med sin idrottliga kompetens (Harter, 1985, 2012). Detta kan bero på att de definierade begreppet fysisk aktivitet med ord som ”träning”, ”att vara i form”, eller att ”röra på sig mycket”. De skulle också kunna vara så att de jämförde sig med sina andra klasskamrater och upplevelsen blev då kanske att de kände sig mindre kompetenta. Detta finns det stöd för i tidigare forskning som visat att det finns ett samband mellan idrottskompetens och fysisk aktivitet (Eriksson et al., 2008), vilket blir tydligt av elevernas utsagor där det uttrycktes att de skulle vilja bli bättre rent fysiskt.

Av de föreningsaktiva var det däremot ingen som direkt kopplade ihop begreppet fysisk aktivitet med träning och att det måste innebära att man rör på sig *mycket*, utan de lyfte fram saker som ”hoppa”, ”springa” eller ”när man gör olika rörelser och grejer”. Om denna bredare kunskap om begreppet fysisk aktivitet kommer från deras hemförhållanden eller från deras erfarenheter i idrottsmiljön framkommer inte av intervjusamtalen. Troligtvis kommer den inte ifrån skolan, då eleverna nämnde att det här med vikten av

att röra sig ”[...] bara kommer upp ibland [...]” och syftade då på under skoltid i stort.

Kunskapen om begreppet hälsa tolkas också som om det skiljer sig åt mellan de föreningsaktiva och de icke-föreningsaktiva eleverna. De föreningsaktiva barnen gav en snabb förklaring till dess innebörd, som att ”må bra”, ”motionera” och ”hur man äter”, medan bara ungefär hälften verkade veta vad det innebar i den icke-föreningsaktiva gruppen, där flera svarade ”Vet inte” eller ”Att man hälsar på någon, hej”. Detta skulle kunna bero på att vissa barn får mer kunskap om hälsa och om hälsofaktorer i hemmet än andra, vilket delvis också kan hänga ihop med deras socioekonomiska bakgrund (Sjöberg et al., 2011), som i sin tur kan sammankopplas med deltagandet i en eller flera idrottsföreningar (Wagnsson, 2009), där de kan ha pratat om hälsobegreppet. Det räckte dock med att *en* elev visste vad hälsa innebar för att de andra snabbt skulle kunna hänga på i samtalet, men alla elever i den föreningsaktiva gruppen var snabba med att framhålla sin åsikt om begreppet hälsa, vilket kan tyda på att de hade mer kunskap om innebörden av hälsa jämfört med vad de icke-föreningsaktiva barnen hade.

Att några barn inte kunde förklara vad hälsa är, tyder också på att det inte heller har talats frekvent om detta i skolan, likt begreppet fysisk aktivitet. Barnen menade att man endast hade pratat ”lite grann” om vad hälsa innebar, i ämnet idrott och hälsa, och i skolan överlag. Några elever sa emellertid att de inte hade pratat om det alls, men barn kan dock ha svårt att minnas tillbaka i tiden (Sallis & Owen, 1999). Av barnens utsagor att döma innehöll ämnet idrott och hälsa och övriga skolämnen således endast lite, eller ingen teori om hälsa och fysisk aktivitet.

En markant skillnad mellan de föreningsaktiva och de icke-föreningsaktiva elevernas utsagor märktes också gällande kost och kostvanor. De föreningsaktivas kostdiskussion handlade till övervägande del om vanlig mat (det vill säga inte om så kallad ”skräpmat”), om sallad och grönsaker, vilket skulle kunna bero på att deras föräldrar själva intog mer av denna vara och att det mer frekvent fanns sådan typ av mat tillgänglig i deras hem (Rasmusson, 2006). I den icke-föreningsaktiva gruppen pratades det tvärtom mest om sötsaker och om att deras föräldrar tyckte att de skulle äta mer grönsaker, vilket alla inte var så förtjusta i. De allra flesta barn – i båda grupperna – sa

dock att de endast brukade äta godis, chips och glass på helgerna, men däremot var det några av de icke-föreningsaktiva som nämnde att de fikade flera gånger i veckan om det fanns tillgång till detta i hemmet:

- [...] de köper alltid hem lite gott någon dag (*syftar på vårdnadshavarna*) och så hittar jag det och så börjar jag äta det (*fnissar*)
- **I: Äter du det istället för mat?**
- Jaaa (*fnissar igen*)
- **I: Vad är det för något du äter då?**
- Det kan vara vad som helst, om det är gott (*syftar på sötsaker*)
- **I: Vad är det som är gott då?**
- Allt. (*Ur samtal med Icke-föreningsaktiv elev*)

En elev, bland de icke-föreningsaktiva, uppgav vidare att han drack läskedryck varje dag, vilket skiljde sig från den föreningsaktiva gruppen som påstod att de bara drack läsk på födelsedagar. Denna grupp pratade också om att de fick ont i magen av godis och flera nämnde att det brukade dippa grönsaker hemma till fredagsmyset. Av barnens diskussioner att döma tolkas det emellertid som att flertalet av deras vårdnadshavare redan var noga med att deras barn skulle få i sig näringsrik mat och att det serverades bra mat i hemmet. En skillnad mellan grupperna kunde dock märkas i kostdiskussionen, på samma sätt som i diskussionen kring hälsa och fysisk aktivitet.

Utifrån både eleverna, lärarnas och pedagogernas svar, går det att se ett mönster av de olika egna resurser som fanns till att eleverna själva skulle kunna påverka sin hälsa i positiv riktning.

Sammanfattning av elevers upplevelser, T1

Av analysen att bedöma var de flesta elever aktiva under skoltid, men lärarna och pedagogerna belyste att det fanns några elever som ofta blev mer eller mindre stillasittande på rasterna. Vad gällde elevernas fritidsvanor, tolkas det som att det var de föreningsaktiva eleverna som var mest aktiva även utanför sin idrottsaktivitet. De icke-föreningsaktiva elever som intervjuats ville vara

mer aktiva och en anledning till detta var, att de ville bli mer idrottsligt kompetenta, vilket alla inte upplevde att de var.

Vidare tolkas vissa elever redan ha ganska mycket kunskap om hälsa och hälsofrämjande levnadsvanor, men det framkom en viss skillnad mellan grupperna, där de föreningsaktiva bedöms ha större kännedom. Analysen tyder också på att det var de föreningsaktiva eleverna som fick i sig mer och bättre mat, även om allas vårdnadshavare verkade noga med att deras barn skulle äta näringsriktigt. Det tolkas i alla fall som att eleverna inte har fått några teorilektioner kring hälsoområdet i skolan, utan att de fått sina lärdomar på annat sätt.

6.2.3 Hälsocoachernas upplevelser av Hälsocoachprojektet och deras beskrivning av verksamheten (T2 och T3)

I analysen av intervjuerna med de två hälsocoacherna har fokus legat på att få fram deras erfarenheter och tankar kring; de förutsättningar de har haft, hur processen sett ut under projektets gång, deras upplevelse av att vara hälsocoach i skolan samt elevernas respons på de aktiviteter som de bedrivit i Hälsocoachprojektet. Fyra gemensamma kategorier har utvecklats i analysen; *stöd och samverkan*, *utökad tid*, *hälsofrämjande process* samt *roligt och kravlöst*, som alla mer ingående beskrivs nedan. Eftersom en av hälsocoacherna var anställd en längre tid hade han av förklarliga skäl mer erfarenhet och hann således också anordna fler aktiviteter, vilket gör att resultatet i någon mån bygger mer på hans upplevelser av och insatser i projektet.

Stöd och samverkan

Båda hälsocoacherna uttryckte att det krävs ett gott samarbete med övriga på skolan för att en hälsofrämjande verksamhet ska fungera på bästa sätt. Framst lyfte de fram att särskilt stöd behövs ifrån rektor, vilket båda hälsocoacherna upplevde att de fått, men kanske inte alltid i den mängd de önskat:

[...] det gäller ju också att ha med rektorerna alltså, inget ont om dom alls, men om dom skulle vara mer tillgivna med tid och försökte... att fått lite draghjälp utav dom tror jag, med personalvård och så vidare, så tror jag att det hade gått ännu smidigare. Nu släppte dom nån tid sådär, men... Och den här sport-shopen alltså, jag höll på att få gråa hår innan jag fick fram en

RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION

sport-shop och det var inte det optimala, så. Det skulle kunna skett, alltså det tog kanske två månader, skulle kunna gå på en vecka.

Viss frustration kan således utläsas av citatet ovan ifrån en av hälsocoacherna, då han inte riktigt fått fullt gehör för de saker han ville anordna. Bland annat hade försök gjorts till att organisera friskvårdsaktiviteter för personalen, men han uppgav att det bara blev av vid några få tillfällen, då rektorn inte hade frilagt någon tid för detta. Samma hälsocoach framhöll dessutom att han försökt påverka utformningen av skolgården, men att det var svårt att få igenom de förslag som lades fram:

[...] Samma skolgården, jag vet att dom hade pengar till skolgård men det... jag vet inte vart dom pengarna är eller... ja...det... ja, det blev aldrig några pengar och det hände aldrig nånting med skolgården.

Även den andre hälsocoachen betonade svårigheten med att få stöd för verksamheten:

Det är 'görknövligt' att få... få gehör och... utrymme och det... alla... alla tycker att dom har fullt upp med sitt.

En av coacherna hade vidare gjort flera försök till att bearbeta både personalen på cafét och i matsalen, till att servera sund mat, men inte heller det hade varit särskilt enkelt:

Aeah, cafeterian försökte jag (*skrattar lite*), men det var inte så lätt, och inte skolmatsalen heller. Eeh, jag fick sätta upp planscher, de (*syftar på eleverna*) hade ritat kostcirkeln, det var okej, men det var lite känsligt det där, fick jag reda på. Man skulle inte komma där och tro att man kunde ändra på något inte, för det hade varit så länge (*skrattar igen*). Lite den mentaliteten var det tyvärr.[...] så när man fick nej två-tre gånger så... så la jag ner det [...]. Så det var lite som att slå huvet i väggen där.

Det tolkas som att hälsocoacherna upplevde det som svårt att påverka saker i skolan, då det saknades tillräckligt med stöd ifrån andra vuxna på skolan. Hälsocoacherna verkade däremot båda nöjda med det samarbete de haft med elevernas klasslärare, som de kommit på idéer tillsammans med och som varit flexibla gällande att frigöra tider till HP-aktiviteter, att ändra om i schema och så vidare.

Den ene hälsocoachen hade dock kommit på kant med en av klasslärarna efter en tid (som inte hade med hälsoprojektet att göra), vilket han upplevde som

tråkigt, men då han hade haft gott stöd av den andre klassläraren verkade han ändå ta det med gott mod. Däremot hade han haft svårare att få med sig den klassen, där lärarsamverkan fungerat mindre bra. Han framhöll att flera elever där varit mer avigt inställda och varit svårare att få igång medan han sa att den andra klassen fungerat mycket bra, trots att det funnits fler elever med funktionsnedsättningar där. Den andre hälsocoachen hade emellertid haft ett bättre samarbete med båda lärarna, för han pratade mycket om samverkan och framhöll vikten av att ha bra kommunikation med elevernas klasslärare. Han uppgav exempelvis att han rapporterat till klasslärarna varje gång efter att han haft en HP-aktivitet, för att de skulle få reda på hur allt fungerat ifrån gång till gång. Han tillade att han kunde ha samarbetat mer med *övriga* lärare och pedagoger på skolan, än vad han gjort.

Vidare belyste båda hälsocoacherna att de trodde det var svårt att göra en verklig skillnad om man är ensam i arbetet med att främja elevers hälsa – ”[...] man behöver involvera flera vuxna [...]”. Med detta menade de inte bara andra lärare och personal på skolan, utan elevernas föräldrar såg respondenterna också som en viktig samarbetspartner. Ingen av dem hade dock gjort några riktiga kraftansträngningar för att få med vårdnadshavarna, vilket de framhöll att de borde ha gjort då de antog att det skulle kunna haft bättre effekt på elevernas hälsofrämjande levnadsvanor. Ur ett ”arenaperspektiv” ses det som en självklarhet att involvera alla berörda (Korp, 2004). Dessutom finns det forskning som visar att det kan ha viss betydelse att involvera just föräldrarna (Nyberg, Sundblom, Norman, Bohman, Hagberg & Schäfer Elinder, 2015; Nyberg, Sundblom, Zeebari & Schäfer Elinder, 2016; WHO, 2006a). Å andra sidan har föräldrainvolvering fungerat främst på interventionsprojekt gjorda på barn *över* 12 år (van Sluijs et al., 2007), så det är inte säkert att det skulle ha haft betydelse för just detta hälsoprojekt. Den ene hälsocoachen gjorde emellertid några försök då han bjöd in föräldrar till föreläsningar om fysisk aktivitet/motion och kost, vilket han hade hört varit uppskattade inslag av de vårdnadshavare som varit närvarande. Han betonade dock samtidigt sin besvikelse över svårigheten i att få med flertalet av dem då uppslutningen på föreläsningarna inte varit speciellt stor:

Det är ju jädrigt svårt det där att få med föräldrar och få med alla och...
Intresset har ju i ärlighetens namn varit ganska svalt.

Han klandrade sig själv lite, för att han inte hade försökt att ställa mer krav på föräldrarna och att han inte gått ut med att "[...] det här förväntar vi oss av er [...]", vilket han tyckte att man borde ha gjort. Han menade att han åtminstone kunde ha satt som krav att de skulle ha varit med på *en* hälsocoachaktivitet, under projektets gång. Tolkningen är således att stöd och samverkan främjat hälsocoachernas arbete på vissa plan, medan det på andra hindrat dem.

Utökad tid

Arbetet som hälsocoach krävde mycket tid och mycket förberedelser – det belyste de båda två. Den ene hälsocoachen framhöll också att han inte var nöjd med sin insats då han borde ha förberett sig bättre, som att fundera ut fler lekar och att variera sin verksamhet mer. Anledningen till att han inte gjort det låg bland annat i att rollen som idrottlärare tagit för stor plats. Hans åliggande som hälsocoach blev alltså lite åtsidosatt på grund av detta, vilket han trodde kunde ha påverkat att han inte riktigt nått ut till eleverna. Han påpekade att kombinationen hälsocoach och idrottlärare inte hade varit optimalt för hans del, för han hade velat hinna lägga ner mer tid till att ha "[...] motiverande samtal, mer dialog, mer diskussion [...]" med eleverna, samt undersöka mer vad de hade velat göra, vilket han framhävde att han inte hunnit med. Det bästa hade således varit att utöka tiden för hälsocoachuppdraget uppgav han, då han även velat möta eleverna i andra sammanhang än i den fysiskt aktiva verksamhet som han bara lärt känna dem i:

Så att det är klart att jag skulle som hälsocoach kanske behövt haft mer med klassen att göra... i andra sammanhang, rent teoretiskt också ha varit med dom, entusiastmerat och kanske frågat efter mer vad dom har velat göra. Ja, kanske mött dom i klassrumssituation för att få ett ännu mer 'go', och intresse för det (*syftar på Hälsocoachprojektet*).

Tiden till att planera aktiviteterna räckte inte till menade hälsocoacherna. Den ene hälsocoachen påpekade att det ibland varit en stor utmaning och att han fått "[...] gnugga sina små energiknölar [...]" för att finna lämpliga aktiviteter. Engagemang var det ingen brist på och inspiration hade han funnit lite varstans; på bussen, Tv:n, internet, på stan, ute, via spel och så vidare. Han sa också att han fått uppdatera sig i vissa ämnen inom hälsoområdet – läsa på – innan han hade kunnat ta upp det rent teoretiskt med klasserna. Tolkningen av intervjun med den ene hälsocoachen är att han har levt för sin roll som

hälsocoach och gett sitt yttersta för att alla elever ska tycka att det är roligt att vara med i Hälsocoachprojektet. Denna känsla framkom aldrig riktigt i intervjun med den andre hälsocoachen, som också själv påpekade vid ett flertal tillfällen att han inte hade ansträngt sig maximalt. Han sa även att han "[...] haft lite aktivitetstorka, lite idétorka på 'Vad skulle kunna vara hälsofrämjande?' [...]". Båda hälsocoacherna hade dock gärna velat ha haft mer tid för sitt uppdrag, då det hade gjort att de kunnat gå in för sitt uppdrag som hälsocoach på ett annat sätt. Önskemålet var en heltidstjänst:

Ah, det bästa skulle nog vart, av alla världar, det är väl en hundra procentig tjänst [...], då man verkligen kan fördjupa sig, gräva ner sig i uppdraget som hälsocoach.

Båda hälsocoacherna verkade vidare överens om att det finns ett starkt behov av en hälsocoach på skolor idag, som tar ett helhetsgrepp och får ihop "[...] framförallt kost, sömn och motion" – något som tyder på att de uppmärksammat att ingen annan tar på sig ansvaret. *Hur* stort behovet är och i vilken omfattning uppdraget bör vara beror på skolans organisation hävdade den ene hälsocoachen och menade att det är avhängigt hur skolan valt att organisera upp sitt hälsofrämjande arbete. Om det redan finns skolidrottsförening eller liknande verksamhet. Båda hälsocoacherna påpekade att det på denna skola hade behövts betydligt mer än en 20% tjänst. Tiden till att *utöva* HP-aktiviteter med eleverna hade dessutom gärna kunnat få vara längre och fler. 30 minuter "[...] blir lite duttigt [...] framförallt om man skulle ta sig iväg någonstans och sådär". Med andra ord upplevdes tiden vara för knapp i många avseenden. De hann inte planera sin verksamhet tillräckligt, vilket kan ha påverkat kvaliteten och resultaten.

Hälsofrämjande process

När hälsocoacherna ombads beskriva Hälsocoachprojektets verksamhet blev svaren relativt likartade, men därmed inte sagt att de arbetat på exakt samma sätt. Båda talade om att de utgått ifrån att aktiviteterna, skulle särskilja sig från skolans idrottsundervisning, och vara kravlösa, lust- och lekfyllda samt passa alla elever oavsett idrottskompetens. Detta tolkas framförallt en av hälsocoacherna lyckats bra med, utifrån hans beskrivning av de aktiviteter som utförts, vilka lyfts fram som mycket kreativa, variationsrika och annorlunda.

Främst hade hans aktiviteter bestått av olika lekar, fast inte samma som eleverna utövat i ämnet idrott och hälsa eftersom han inte ville "[...] att eleverna skulle förknippa det med idrotten [...]". Målsättningen i de lekar denne hälsocoach arrangerade i HP var att de inte skulle bli för strukturerade, för att "[...] inte strypa intresset för dem [...]" berättade han, och att alla skulle vilja delta. Han poängterade att det fanns en tanke bakom varje lek med ett fokus på att få alla elever i klassen till att gilla lek och rörelse. Han hade hela tiden strävat efter att *inte* ha "klassiska sporter" som han uttryckte det, utan istället försökt skapa aktiviteter där eleverna inte ens tänkte på att det var fysisk aktivitet de utövade. Bland annat initierade den här hälsocoachen en "julolympiad" med grenar som eleverna själva fick i uppgift att hitta på, utan material, eller med hjälp av material funna i skogen. Denna aktivitet, tillsammans med ett flertal andra hade också filmats för att ge föräldrarna en inblick i projektets olika fysiska aktiviteter.

På liknande sätt hade samma hälsocoach även utformat lekar för att ge eleverna en bättre chans till att vilja röra på sig extra under rasten. Exempelvis anordnades en "skattletarlek" som gick ut på att ge eleverna möjlighet att leta efter gömda "skatter", i närliggande skog och/eller olika delar av skolgården, som var poänggivande. Samarbete uppmuntrades här till att hjälpas åt att söka över stora ytor för att få ihop poäng till klassen. Dessutom hade han satt ihop två lekparmar för varje klassrum, så att både eleverna och klasslärarna där i kunde finna inspiration när som helst de ville.

Enligt den andre hälsocoachens beskrivning hade flera av de aktiviteter som bedrivits under idrottslektionerna ibland även fått gälla under HP, vilket inte riktigt var tanken med projektiden. Han tolkas heller inte ha arrangerat några specifika rastaktiviteter, men däremot hade han försökt hjälpa igång de barn som oftast blev mer inaktiva på rasterna. Båda hälsocoacherna hade vidare arbetat för att få eleverna inspirerade och delaktiga genom att samarbeta med dem vid inköp av nytt lekmaterial varje år, som framförallt skulle kunna användas på rasterna. Tanken med denna materialinsköpning var att försöka rikta in sig på ett flertal saker som eleverna vanligtvis inte använde eller hade råd att köpa hemma, och som lockade både flickor och pojkar till att vilja röra på sig mer.

De inköp som gjordes var till exempel walkie talkie, hopprep, pingisracketar, skateboards, långfrisbee, skumbollar, enhjuling och krocketutrustning för pengar som söktes av Region Värmland och Värmlands idrottsförbund. Den inköpta utrustningen placerades sedan i en ”Sport-shop”, påhittad och inrättad av den ene hälsocoachen, som öppnades i ett förråd på skolan där elever i årskurs 4-6 kunde låna olika slags saker för att aktivera sig med. Lånen skedde med hjälp av ett eget skapat lånekort, så att alla skulle vara rädda om materialen och för att minimera att de kom bort. Eleverna fick också turas om att stå som ”lånevakt” under rasterna.

Vidare hade båda hälsocoacherna försökt få eleverna inspirerade till rörelse genom att låta dem använda en stegräknare lite då och då i sin verksamhet, som också de köpts in med hjälp av de pengar som söktes utifrån. För ”[...] när det fanns lite siffror och så i det, då märkte jag att intresset öka”, som den ene hälsocoachen uttryckte det. Med en av hälsocoacherna hade eleverna fått ha stegräknare under själva HP-tillfällena, där de bland annat fått gå ut och gå och gissa hur många steg en viss sträcka skulle generera. Den andre hälsocoachen hade däremot gjort en lite större ”apparat” av det hela och använt detta redskap på både elever, lärare och pedagoger i hela skolan, under en period. Han antog att det var något som passade alla, som alla kunde utföra, och som skulle få både barn och vuxna involverade i samma sak. Eleverna i låg-, mellan- och högstadiet hade då fått ”gå” till Kina och lärarna hade ”gått” till Sydafrika. Dessutom hade han utnyttjat stegmätare under vissa olika lekar och andra aktiviteter för att eleverna på så sätt skulle få en uppfattning om hur många steg de ”gjorde av med” under en viss aktivitet.

Utöver ovanstående nämnda aktiviteter hade en av hälsocoacherna försökt att minska de ungas skärmtid, det vill säga den tid de satt framför en iPad, dator, Tv eller liknande på sin fritid, vilket går i linje med NNR 2012, där rekommendationen är att minska barns stillasittande tid (Livsmedelsverket, 2012b; Nordic Council of Ministers, 2013). Eleverna fick under en vecka först i läxa att skriva ner hur många timmar de satt framför en skärm varje dag. I samband med detta gav också hälsocoachen teorilektioner, som handlade om att sätta upp mål och om hur man gör en förändring, om psykisk, fysisk och social hälsa samt om vikten av att röra på sig. Elevernas totala skärmtid räknades sedan ihop och de fick gissa hur många timmar klassen kommit upp till. Därefter fick barnen hitta på aktiviteter de kunde göra istället för att se på

exempelvis Tv – ge varandra förslag – och tillsammans komma fram till hur många timmar de skulle minska skärmtiden med, under nästkommande vecka.

Vidare anordnade en av hälsocoacherna en överraskning för eleverna där han bjöd in OS-medaljören i höjdhopp, Stefan Holm, till skolan, vilket blev ett uppskattat inslag. Barnen fick då möjlighet att hoppa höjdhopp tillsammans med Stefan Holm och därefter lyssna på ett föredrag han höll om sin karriär, samt om vikten av att röra på sig. Eleverna hade då också möjlighet att ställa frågor till Holm.

Det verkar som att en av hälsocoacherna fokuserat mer på elevgruppen som en helhet, medan den andre lagt mer energi på att försöka få igång de mindre aktiva barnen under HP. Den sistnämnda coachen uppgav till exempel att han suttit ner och pratat med dessa elever vid ett flertal tillfällen, för att försöka få fram vad de skulle uppskatta att göra för aktiviteter. Samme hälsocoach tog av denna anledning med eleverna en hel dag till en träningsanläggning, där de bland annat fick pröva på styrketräning och att promenera en specialsträckad ”hälsoslinga” i skogen. Detta för att främst visa de icke-föreningsaktiva eleverna ett motionsutbud inom räckhåll utöver den föreningsverksamhet som fanns i närområdet. Ambitionen för båda hälsocoacherna hade vidare varit att även visa eleverna utbudet av kommunens idrottsförenings-verksamhet, genom att bjuda in olika föreningar till skolan. Detta uppdrag hade emellertid båda misslyckats med, trots att de sa sig ha gjort åtskilliga försök, vilket inte kan sägas enbart ha fallit på grund av hälsocoacherna.

De två hälsocoacherna beskrev också att de anordnat vissa lekar med fokus på intensitet – något som enligt vissa forskare ger bäst effekt på ungas hälsa (Martinez-Gomez et al., 2010, Rizzo, 2008; Ruiz, 2007). Syftet med detta var att främja elevernas kondition på ett lekfullt sätt. Olika stafettliknande lekar och andra former av pulshöjande inslag hade därför funnits med i de fysiska aktiviteter som anordnats i projektet.

I projektets uppdrag ingick, förutom att främja elevernas fysiska aktivitet, dessutom att inspirera till goda matvanor. Detta hade båda hälsocoacherna tagit på allvar. Under den tid den ene hälsocoachen varit anställd så hade eleverna bland annat fått laga mat till sina klasskompisar. Detta arbete hade skett med hjälp av elevernas klasslärare, som då ”[...] drog det tunga lasset

[...]. Fokus hade legat på att inspirera och visa på enkla maträtter som sedan skulle kunna lagas hemma av barnen själva, då maträtterna även resulterade i var sin receptbok. Dessutom fick de pröva lite ”annorlunda” grönsaker, som hälsocoachen uttryckte det, vilket innebar att de provsmakat grönsaker som troligtvis inte alla åt varje dag.

Denne hälsocoach hade också talat med barnen om kostcirkeln och tallriksmodellen och låtit alla göra var sin modell av dessa pedagogiska verktyg, varav ett exemplar röstades fram för att sättas upp i matsalen. Utöver det hade han undervisat eleverna om matspjälkningen och byggt upp en ”matspjälkningskanal” med hjälp av olika redskap i gymnastiksalen, där eleverna praktiskt fått följa matens väg genom kroppen, på ett lekfullt sätt. Han lät vid ett tillfälle också barnen möta en dietist ifrån Friskvården i Värmland under en kväll tillsammans med föräldrarna. Barnen hade då fått göra en sockerutställning och gissat sockerinnehåll i olika livsmedel, som de sedan fått visa sina föräldrar. Dessutom prövade de alla tillsammans på att se och smaka på olika slags mellan- och frukostmål, för att på så sätt försöka ge hela familjen inspiration.

Den andre hälsocoachen hade anordnat relativt likartade kostaktiviteter, också han med hjälp av klasslärarna, fast fokus hade då lagts fullt ut på frukost och mellanmål, med en tanke om att ge eleverna olika idéer och uppslag till alternativa rätter de själva skulle kunna tillreda. Även vid dessa tillfällen fick barnen göra en receptbok. Dessutom hade också han bjudit in en ”utomstående”, i detta fall en kostrådgivare, till att belysa vikten av bra mat och att äta tillräcklig med energi under dagen. Däremot verkar han inte ha lagt någon tid på att själv förmedla några kunskaper till eleverna om kost.

Huruvida Hälsocoachprojektet och de aktiviteter hälsocoacherna bedrivit främjat elevernas fysiska aktivitet och levnadsvanor, hade båda hälsocoacherna svårt att uttala sig om, men de hoppades naturligtvis båda att ”[...] man sått ett frö [...]”. En av hälsocoacherna framhöll emellertid att ”[...] de som är väldigt aktiva är det under hälsoprojektet också, och de som är ganska inaktiva är ju ganska inaktiva där också [...]”, vilket skulle kunna ge en antydning om att han inte riktigt lyckats inspirera eleverna fullt ut i HP-aktiviteterna. Den andre hälsocoachen däremot upplevde inte några svårigheter med att få med alla på sina aktiviteter och han ville tro att eleverna fått med sig syftet med flera av de

saker de gjorde. Han var dock osäker på om han gjort någon märkbar effekt i förlängningen.

En av hälsocoacherna trodde dock att eleverna borde ha fått med sig kunskap om värdet av fysisk aktivitet och bra mat då han jobbat för att väva in det även i de praktiska aktiviteterna. Dessutom hoppades han att barnen lärt sig mer om hur man är emot varandra, eftersom det också var något han försökte arbeta hårt med.

Sammanfattningsvis har alltså hälsocoachernas process sett lite olika ut, då de lagt upp sitt arbete på något skilda sätt. Detta även om de båda sa sig ha strävat efter att verksamheten skulle inspirera eleverna till att göra hälsofrämjande val. Den ene hälsocoachen tycks dock kanske inte riktigt lyckats fullt ut i alla avseenden.

Roligt och kravlöst

Under intervjun med en av hälsocoacherna framgick det tydligt att han hade upplevt det som att eleverna gillat Hälsocoachprojektet, vilket skildras genom citaten nedan:

Dom kom ju och ryckte i mig lite då och då 'Ah, vad ska vi göra idag på HP?', 'Ah, vad gör vi på fredag?', så att det var ju liksom ett... Någoting dom såg fram emot, det måste jag ju säga. Och det var ju både föreningsaktiva och inte, så att säga. Det var väldigt blandat vilka som kom och ryckte i mig.

[...] Vad som gjorde att dom var så taggade vet jag inte riktigt, men det är väl just det här att det var lekar och att dom fick frågå kanske sina vanliga ämnen då liksom att 'Åh, nu har vi en halvtimme när vi ska ha riktigt, riktigt roligt, för det visste dom ju, att då ska vi ha roligt liksom.

I: Tyckte alla elever det?

Ah, det är svårt och säga alla, men dom flesta kanske man får säga. Men det var ingen som kom och klaga direkt heller, så... att 'Åh, ska vi ha HP nu, böhö...', så, vilket dom kan säga 'Åh, ska vi ha musik och rörelse, böhö...' så, på en vanlig idrottslektion då. Här var det faktiskt ingen som sa någoting negativt, utan var det någon som satt vid sidan eller någon som inte deltog, så berodde det oftast på att det hade hänt någoting innan, eller efter, eller under lektionen (*syftar på lektionen före HP*) - att det var det som var anledningen, inte själva HP:t så att säga.

HÄLSOCOACHPROJEKTET

Som han uttryckte det, var de allra flesta elever positiva till HP, och då även de som normalt inte brukade vara så entusiastiska till idrottslektionerna. Denna positiva anda hade även den andre hälsocoachen uppmärksammat:

Men när jag kom in i det, så märkte jag ju direkt bland eleverna att det fanns ju förhoppningar om... önskningar om aktiviteter och dom känner ju väldigt glädje över det, såg det som nåt väldigt kul.

På något sätt hade eleverna själva byggt upp denna glädje runt HP, som de själva döpt projektet till, sa den ene hälsocoachen, vilket han ville ge dem beröm för:

[...] eleverna själva ska väl ha en eloge också då för att dom själva byggde ju upp nån känsla av hälsoprojektet. Dom gjorde förkortning till 'HP'. Dom flesta såg nånting positivt, 'Åh, nu ska vi ha HP!' [...]. Så dom själva liksom spann upp detta lite och liksom pusha varandra liksom, 'Åh nu ska vi ha HP! Ah tysta nu då, tysta nu då, nu ska vi köra HP!'

Båda hälsocoacherna påpekade emellertid att de trodde att alla elever inte riktigt såg på HP på samma sätt. De som normalt redan rörde på sig mycket trodde de bara såg det som ett ytterligare tillfälle till att få vara fysiskt aktiv, medan de mer inaktiva eleverna såg det som något annorlunda. Dessutom hade hälsocoacherna uppmärksammat att barnen uppskattade olika aktiviteter. De mer inaktiva eleverna tyckte om aktiviteter där fokus inte låg på själva aktiviteten i sig utan på något annat, och där det kanske ingick ett instrument, som walkie-talkie eller stegmätare, eller då de blev filmade, medan de föreningsaktiva var nöjda oavsett.

En anledning till att HP-aktiviteterna uppskattades av alla kan ha att göra med att dessa aktiviteter varit lättare rent fysiskt och motoriskt, vilket gjorde att alla kunde känna sig dugliga, oavsett om de var föreningsaktiva eller inte, menade en av hälsocoacherna vidare:

Att leken gjorde att dom flesta, även dom som kanske satt vid sidan på idrotten, hoppa med just i hälsoprojektet, för att leken tyckte dom var betydligt roligare.

Dom kom ju fram på ett annat sätt, dom som inte var föreningsaktiva. Alltså, dom märkte att 'okey, det här kan jag vara med på och påverka lite', alltså vi spelar inte handboll, fotboll, vi har inte musik och rörelse, vi har inte dom här mer klassiska idrotts... Utan, 'här i leken kan jag få komma fram, för på den här leken är vi och kastar ärtpåsar och prickar, vilket jag är väldigt duktig i, så kan jag komma fram', och då kan dom komma med lite

RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION

tips och lite, alltså... Dom växer, så att säga. [...] Även jag som inte har jättekoll på min grovmotorik kan ju få i den och få ett jubel liksom, så den var populär (*syftar på ärtpåseleken*).

Enligt vad den ene hälsocoachen upplevt kände således de icke-föreningsaktiva barnen sig mer fysiskt dugliga i HP-aktiviteterna än vad de gjorde på idrottslektionerna, som många gånger påminner mer om föreningsidrotten med fokus på tävling och resultat (Eriksson, et al., 2005; Jakobsson, 2004) – något som inte alltid verkar locka de barn som inte tillhör idrottsrörelsen (Larsson & Redelius, 2004). Troligtvis känner de inte sig tillräckligt kompetenta prestationsmässigt (Eriksson et al., 2005; Larsson & Redelius, 2004), vilket antagligen hänger ihop med deras upplevda fysiska kompetens som i sin tur kan ha ett samband med om man är ”idrottare” eller ”icke-idrottare” (Wagnsson, 2009). Hälsocoacherna trodde således att flertalet elever gillade HP för att de där inte behövde prestera på samma sätt – här låg fokus främst på att ha roligt:

Dom behöver egentligen inte prestera någonting, dom blir inte bedömda på det dom gör, utan dom kommer dit, dom har roligt, är med varandra i klassen och förhoppningsvis får testa nya saker och lära sig nya saker, men det är inget överhängande krav och det tror jag kan va skönt för dom och slippa det, i skolans värld. Annars så är det ju liksom att på en idrottslektion, jag försöker ju bedöma hela tiden, alltså vad gör dom? Hur betar dom sig? Hur är rörelsemönstret och så vidare och så vidare och så vidare... Medans här kan man liksom bara 'Okay, nu får ni va tysta liksom, för jag kommer vänta till ni blir tysta, för idag ska vi ha kul', och då hyschar dom ju ganska snabbt till varandra.

En anledning till elevernas positiva inställning till HP kan också ligga i att hälsocoacherna, och då framförallt en av dem, faktiskt skapade en positiv anda kring projektet, bara genom att poängtera att ”idag ska vi ha kul” som skildras i citatet ovan. Överlag verkade nämligen båda hälsocoacherna positivt inställda till sin roll och till projektet som helhet. En av coacherna uttryckte till och med att han mycket hellre skulle vilja arbeta som hälsocoach på heltid istället för som idrottslärare:

[...] det är ju mer intressant att va hälsocoach [...] jag tycker så illa om betygssättningen.

Han påtalade att han egentligen inte alls var bekväm i att sätta betyg och att rollen som hälsocoach därför passade honom bättre. Den andre hälsocoachen nämnde inget om betygssättning, men däremot framförde han att man som

idrottslärare är mera styrd, och det gör att man blir mindre flexibel till att anordna aktiviteter alla elever tycker är roliga:

Ja... alltså... idrottslärare så är det ju mer... då är det ju kursplanen att följa och då är det ju vissa saker alltså, då... Även fast dom tycker det är pisstråkigt, så ska vi ändå... ska det ändå göras liksom. 'Du får tycka vad du vill om den här aktiviteten, men det här ska vi göra'. Däremot om 70 procent, om jag märker att 70 procent av eleverna tycker att det här är toktråkigt i HP:t, vilket inte händer så ofta, men OM det nu hade vart så, så kunde man ju vara mer flexibel så att säga 'Okey, nej men vi bryter där, och så kör vi det här', i sådana fall.

Flexibiliteten som hälsocoach upplevdes således vara mycket friare och detta arbetssätt tilltalade dem därför bättre. En av hälsocoacherna beskrev att han i sin roll som hälsocoach befunnit sig "Någonstans mellan lekfarbror och idrottslärare", vilket han menade innebar att han var något *mer* än *bara* en person som anordnade lekar, fast han var inte lika styrd som han upplevde sig bli som lärare i ämnet idrott och hälsa.

Sammanfattning av hälsocoachernas upplevelser, T2 och T3

I samtal med hälsocoacherna framkom att de båda känt att de fått stöd ifrån rektorn i sitt arbete – dock inte alltid i den grad de önskat, vilket delvis påverkat deras insatser. Utöver det framhålls besvikelse och svårighet i att fånga in annan skolpersonal. Samarbetet med elevernas klasslärare upplevde hälsocoacherna däremot som mer tillfredställande, trots att den ene hälsocoachen och en av klasslärarna inte riktigt kommit överens, vilket upplevs ha påverkat relationen med eleverna i den klassen. Vidare påpekade hälsocoacherna att de tror att det krävs mer involvering av betydelsefulla vuxna, som bland annat barnens föräldrar, för att kunna göra en verklig skillnad i främjandet av elevernas hälsa och båda hälsocoacherna ångrade därför att de inte satsat mer på detta. Hälsocoacherna hade önskat mer tid till förfogande – deltidsanställning på 20% hade helt enkelt inte räckt till, utan de såg att det borde varit en heltidstjänst. Tiden till själva HP-aktiviteterna hade dessutom kunnat få vara längre och fler – 30 minuter upplevdes vara alldeles för lite.

De aktiviteter den ene hälsocoachen hade bedrivit beskrevs som mycket kreativa och lustfyllda, medan de aktiviteter som den andre hälsocoachen

genomfört inte varit fullt lika påhittiga, utan verkade inte skilja sig så mycket ifrån idrottslektionerna. En av hälsocoacherna hade dessutom försökt att skapa aktiviteter som skulle locka eleverna till rörelse, även då han inte fanns närvarande. Båda hälsocoacherna hade vidare låtit eleverna vara delaktiga vid inköp av redskap till rastaktiviteter. Delaktighet försökte den ene hälsocoachen också frambringa genom att låta eleverna vara med och bestämma om hur mycket de skulle försöka minska sin skärmtid. Den andre hälsocoachen uppgav att han istället försökt skapa delaktighet genom att sitta ner och lyssna till de mer inaktiva elevernas önskemål.

Båda hälsocoacherna gjorde också försök till att bjuda in idrottsföreningar till skolan, men detta uppdrag lyckades de inte med. Vidare trodde ingen av hälsocoacherna att de förmått påverka elevernas hälsofrämjande vanor i den utsträckning de önskat och hoppats på. Kanske var tiden alltför knapp för det. En av coacherna upplevde i alla fall att hans aktiviteter lockat även de elever som normalt inte varit så förtjusta i idrottslektionerna, vilket skulle kunna vara en följd av att de upplevde sig mer fysiskt kompetenta i HP. Det kan också bero på att han själv hade en mycket positiv inställning till HP, vilken kan ha speglats av sig på eleverna.

Båda hälsocoacherna hade uppmärksammat att de mer inaktiva barnen gillade aktiviteter där fokus låg på något instrument och var fria från prestation. Detta arbetssätt tilltalade även hälsocoacherna, då de menade att man som idrottslärare är mera styrd vilket gör det svårare att finna aktiviteter som alla elever tycker är roliga.

6.2.4 Skolledningens syn på hälsofrämjande arbete i skolmiljön och på Hälsocoachprojektet (T3)

Analysen av de intervjuer som gjorts med skolchef och rektor tar främst utgångspunkt i deras tankar om Hälsocoachprojektet. Respondenternas åsikter var relativt likartade och utifrån de svar som framkom har två övergripande kategorier analyserats fram som beskriver deras synsätt; *behov av hälsofrämjande arbete* och *betydande förutsättningar*.

Behov av hälsofrämjande arbete

Skolchefens och rektorns övertygelse om att det finns ett behov av hälsofrämjande arbete i skolan går inte att ta miste på, vilket alltså gjorde beslutet enkelt att satsa på detta projekt. Skolchefen pratade bland annat om att han tror att kunskapen tas in bättre om eleverna får möjlighet att röra på sig lite extra varje dag och att barns psykiska hälsa förbättras av ökad fysisk aktivitet, vilket också tidigare forskning belyst (Ekeland et al., 2009; Ericsson & Karlsson, 2014; Paluska & Schwenk, 2000). Rektorn var lika förvissad om att det är viktigt för barn att lära sig mer om hälsa och tyckte att man bör börja satsa på denna typ av verksamhet så tidigt som möjligt, i likhet med vad tidigare studier påpekat (Carlman, Augustsson & Olin-Scheller, 2013). Hon förespråkade även att fortsätta högre upp i årskurserna då det skulle "[...] behövas ändå mer på högstadiet", eftersom hon noterat att det var där eleverna rörde sig minst. Elevernas fysiska aktivitet minskade alltså med åldern (Treuth et al., 2005; Knuth & Hallal, 2009; Carlman et al., 2013; Carlman, 2015).

Skolchefen ansåg vidare att det i stort sett var ofrånkomligt att inte arbeta med hälsofrämjande aktiviteter idag, "[...] om vi ska följa våra styrdokument [...]" och syftade troligtvis på Lgr11 (Skolverket, 2011a), där det tydligt framhålls att "Skolan ska sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet inom ramen för hela skoldagen.". Ytterligare anledningar de lyfte fram till att hälsofrämjande aktiviteter behövs i skolan var för att idrottslektionerna "[...] är inom en sådan fyrkantig ram [...]" (*Skolchefen*), något de antog inte passade alla barn. Skolledningen menade att den fysiska aktiviteten i skolan borde vara mer lekbetonad (Carlman, 2015), för att det ska bli mera lustfyllt. Rektorn menade att det var för mycket bollaktiviteter, springa och hoppa på idrottslektionerna av gammal tradition, vilket hon antog stälpte många intresse samt att hälsa ofta bortprioriterades, något som också det har klarlagts i tidigare gjorda undersökningar (se exempelvis Eriksson et al., 2005, Quennerstedt, 2006, Skolinspektionen, 2012).

Att satsa på detta hälsocoachprojekt såg båda två därför som en självklarhet. "Vi har ju inget att förlora" tänkte rektorn, som dessutom tyckte att de behövde "en puff", för att arbeta med detta område, något som tyder på att de tidigare inte gjort det. Skolchefen var inne på liknande tankegångar, och sa att "Det är lätt gjort att det blir '[...]' 'more of the same' [...] i skolans värld".

Detta har tolkats som att han menade att skolan många gånger fastnar i sitt vanliga mönster och gör mer av det de redan är bra på istället för att föra in något nytt. Dessutom ville skolchefen satsa på projektet för att stödja rektorn, som nappade på detta ”erbjudande” direkt.

Hälsofrämjande arbete skulle varje lärare kunna ta ansvar för, menade rektorn vidare, men uppgav i nästa mening att det inte var så enkelt; ”[...] för en del är väl som mig – fullkomliga idioter på det” och ansåg alltså att det inte var alla på skolan som hade kunskap om hälsa och hälsofrämjande aktiviteter. Dessutom hade de ”vanliga” lärarna så fullt upp med sitt, framhöll skolchefen. Ingen av dem sa sig ångra att de valde att gå med på att anställa en hälsocoach.

Skolchefen verkade inte ha någon direkt uppfattning om hur projektet hade upplevts och påverkat de involverade, men uppgav att han fått rapport ifrån rektorn om att det fungerat bra. Rektorn var i alla fall mycket nöjd och sa att hon märkt att *alla*, både elever, lärare, skolpersonal och föräldrar varit väldigt positiva till Hälsocoachprojektet över lag. Hon tyckte att man vunnit mycket om man fått en eller två elever till att förbättra sin kost och/eller att röra på sig mer. Rektorn var så nöjd så hon ansåg till och med att det vore utmärkt om det blev en fast tjänst av det som varit, det vill säga att det gick att anställa en hälsocoach på 20% även i förlängningen. Skolchefen verkade tillika positivt inställd till en fortsättning, då han framhöll att han hoppades att denna verksamhet skulle kunna gå att institutionaliseras. Både rektorn och skolchefen pratade dock lite fram och tillbaka i frågan och ett förslag de båda framhöll var att idrottsläraren och hemkunskapsläraren skulle kunna arbeta som ett team med hälsofrämjande aktiviteter.

Skolchefen underströk dock vidare att det nog också skulle behövas en person som har en mer samordnande roll när det gäller hälsofrämjande arbete överlag i hela kommunen, kopplat till skolans verksamhet. Någon som ”[...] kan handleda, stödja och stötta, hitta verktyg, hitta modeller, skapa nätverk, samtalsgrupper [...] en person som verkligen är intresserad av ämnet”. Främst tolkas det som att han menade att detta var extra viktigt nu efter att projektet avslutats. Detta för att på så sätt fånga in de företeelser som fungerat bra, så att man hade något att utgå ifrån och jobba vidare med. Han tyckte emellertid att det skulle vara bra att ha en ”samordnare” i förlängningen också, som kunde verka i flera skolor i kommunen. Förslag på hur många procent

tjänsten skulle innefatta framkom emellertid aldrig under intervjun. Båda var i alla fall överens om att det gäller att anställa ”rätt” person som rektorn uttryckte det – för annars trodde de inte att en verksamhet som denna skulle komma att leda till någon förändring för eleverna, vilket naturligtvis är tanken med hälsofrämjande satsningar i skolan, i stort.

Betydande förutsättningar

För att kunna bedriva och lyckas med hälsofrämjande verksamhet i skolan krävs en mängd olika förutsättningar, påtalade rektorn och skolchefen vid flera tillfällen. En betydande faktor som lyftes fram och diskuterades frekvent var exempelvis chefsrollen och dess värde i sammanhanget. Båda respondenterna verkade tycka att rektorn hade en viktig roll. Rektorn påpekade att hon själv inte var någon förebild, men trodde att hennes positiva inställning till detta hälsofrämjande arbete varit det viktigaste. Naturligtvis är kommunen också en ”stor motor” som skolchefen uttryckte det, men återkom hela tiden till att man måste ha med rektorn. Detta även om man har ”[...] besjälade lärare där ute” – för annars dör processen, påtalade skolchefen vidare. Att ha rektorn som huvudsaklig nyckelperson som håller i tråden ansågs också viktigt i fall den anställde som driver verksamheten, skulle sluta.

Rektorn tyckte själv att hon varit stöttande gentemot den ene hälsocoachen, men däremot inte lika stödande emot den andre, då hon inte uppfattade sig varit någon bra arbetsledare för någon före sin sjukskrivning som ägde rum en viss tid under projektets gång. Den hälsocoach hon stöttat mer kom å andra sidan regelbundet och bad om saker som han ville att hon skulle driva vidare, vilket naturligt då gjorde att hon bistod honom i högre grad.

Förutom att hon själv inte varit lika engagerad i sin arbetsroll innan hon blev sjuk, menade hon ändå att förutsättningarna varit relativt likartade för de båda hälsocoacherna – om man då bortsåg från att den ene hälsocoachen ”ärvde” projektet som rektorn påpekade. Av den anledningen tyckte hon heller inte att det direkt var schysst att jämföra de bådars arbetsinsats och drivkraft. Tiden och ekonomin hade i alla fall varit densamma för båda hälsocoacherna, men sen hade det ju varit upp till dem själva att verkligen använda den tid de fått till sitt förfogande, menade rektorn. Pengar till inköp av material och för att kunna anlita föreläsare söktes i början av Hälsocoachprojektets start, vilket även rektorn hjälpte till med, och de fanns kvar hela projekttiden. Detta

innebar alltså att båda hälsocoacherna hade samma möjligheter till att exempelvis bjuda in inspirerande personer och för att införskaffa redskap till de aktiviteter som de ämnade bedriva.

De ekonomiska resurserna är annars något som ofta ”sätter käppar i hjulet” för sådan här verksamhet, belyste både skolchefen och rektorn. Rektorn uttryckte exempelvis att pengarna ofta går till barn som har behov av stöd och att man tvingas välja även om man vet att ”[...] det ena gynnar det andra [...]”. Skolchefen påtalade att det var svårt att få till en mer fast anställning för en hälsocoach, då pengar främst avsätts för lärande, men i nästa sekund pratade han om att ”[...] lärandet bygger på att man är hel och frisk.”. Båda två hade emellertid ändå ha en inställning om att allt går om man vill:

Vår förmåga begränsar ju våra ambitioner ibland. Vår ekonomiska förmåga alltså, men... samtidigt så måste vi se och hitta möjligheterna. Det... det går alltid att få igång något om man vill. (*Skolchef*)

Alltså det är ju ekonomin som styr. [...] Det är inte... ointresse, nej... och ändå så har jag nog varit rätt så hyfsad och kunnat bolla med pengar och... ehm... flytta hit och dit och så, för och få ut så mycket som möjligt av det, men... ibland så tar det ju bara slut. [...] Ibland när man sitter... med ... resurserna och... och... planerar tjänsterna och så, så kan man ibland hitta lite... ' Men där då, om jag flyttar henne dit... '. Mm, man kan hitta lite... så att, det gäller och hitta... hålen. (*Rektor*)

De ekonomiska förutsättningarna tolkas alltså vara ett stort problem, men kanske ändå inte det största problemet? Rektorn uppgav nämligen också att man även kunde söka pengar, så att man till slut kunde få till den tjänst man önskade:

Tycker man att det är bra och man gärna skulle vilja fortsätta så... det är klart att man försöker kanske och hitta hålen mer då. Eller 'finns det möjlighet att få ihop det inom ramen?' då va... eller söka pengar... Man kanske kan... för ibland kan det ju va så att man kan få... man får pengar och så kan man lägga in det, i tjänst... alltså nån procent här eller där va. (*Rektor*)

För övrigt tyckte rektorn inte att någon av hälsocoacherna haft rätt förutsättningar varken lokalmässigt eller skolgårdsmässigt, för att kunna bedriva denna form av verksamhet på bästa sätt. Lokalerna var bristfälliga uppgav hon, och det var svårt att få till ett utrymme för att exempelvis anordna en redskapsbod till den ”sport-shop” som initierades av en

hälsocoach. Hon anlidade till och med några som skulle bygga en bod, men inget hände, enligt rektorns berättelse. Dessutom tyckte hon att skolgården var ”under all kritik”, och hon lät frustrerad när hon uttryckte att de kämpat i flera år med att göra skolgården mer främjande för fysisk aktivitet, men inget hade hänt. ”Går man inte med blåslampa... så händer inget”, påpekade hon och syftade på kommunen. Utemiljön runt omkring skolan var det däremot inget fel på sa rektorn vidare, då det fanns skog nära till hands att hitta på aktiviteter i.

Ytterligare en förutsättning som kom upp som en viktig faktor, för att en hälsocoach skulle kunna utföra sitt arbete på bästa sätt, var stöd och engagemang även ifrån övrig skolpersonal. Detta ansåg både rektorn och skolchefen. Rektorn var dessutom övertygad om att elevers vårdnadshavare behöver involveras på ett eller annat sätt i sådan här verksamhet ”[...] för har du nöjda föräldrar så har du till 99 procent nöjda barn. [...] för som förälder påverkar man sina barn hemma vid köksbordet.”, menade rektorn. Hon hade dock hört att det varit svårt att nå föräldrarna i Hälsocoachprojektet, men huvudsaken är att man försökt, tyckte hon. Det är således viktigt att alla jobbar tillsammans för att stödja eleverna till att främja sin hälsa, hävdade de två intervjuade respondenterna i ledande position.

Sammanfattning av skolledningens upplevelser, T3

Både skolchefen och rektorn var övertygade om att skolor bör satsa på hälsofrämjande arbete, gärna med ledning av en hälsocoach, för att få barnen mer rörliga och upplysta om hälsa i stort – inte minst utifrån att de bör följa Lgr11. Av denna anledning var beslutet till att tacka ja till Hälsocoachprojektet givet. De verkade överens om att de behövde pådrivning utifrån för att arbeta med dessa frågor. Dessutom antog de båda att hälsa bortprioriterades på idrottslektionerna och att ämnet som sådant inte passade alla barn. Rektorn tyckte också att hälsofrämjande arbete borde finnas för alla årskurser och framför allt på högstadiet, eftersom hon bedömde att fysisk aktivitet minskar med åldern.

Av ovanstående anledningar var rektorn och skolchefen dessutom eniga om att tjänsten borde institutionaliseras. Förslaget var att idrottslärare och hemkunskapslärare skulle kunna samverka kring hälsofrämjande arbete.

Skolchefen föreslog också att det skulle vara bra med en kommunsamordnare runt dessa frågor – en person som skulle kunna ha det övergripande ansvaret att driva hälsofrämjande arbete på *alla* skolor i kommunen. För att kunna bedriva ett lyckosamt hälsoarbete krävs dock rätt förutsättningar, ansåg båda respondenterna. Ekonomin var en sådan faktor, men kanske ändå inte det största hindret eftersom det bland annat går att söka pengar menade rektorn, något som exempelvis gjordes i början av Hälsocoachprojektet. På så sätt hade hälsocoacherna möjlighet att köpa in både ny utrustning och externa inspirationsföreläsare.

Det som däremot nämndes av båda som en avgörande förutsättning var en stöttande chef (rektor), vilket rektorn själv ansåg att hon varit under Hälsocoachprojektets gång. Dock kanske inte till fullo för en av hälsocoacherna. Ytterligare förutsättningar som framhölls vara av betydelse, var bra lokaler och en främjande skolmiljö, något som rektorn inte tyckte hade funnits på interventionsskolan. Dessutom behövs stöd och ett engagemang ifrån övriga lärare och skolpersonal, samt ifrån föräldrar, poängterade både rektorn och skolchefen – så att alla arbetar tillsammans för att främja de ungas hälsa.

6.2.5 Lärarnas upplevelser av Hälsoprojektet (T3)

I den analys som gjorts utifrån intervjun med elevernas klasslärare har fokus lagts på att försöka ringa in deras upplevelser av Hälsocoachprojektet. Ur denna analys har det trätt fram tre kategorier som skildrar det lärarna pratade om; *olika arbetssätt och engagemang, behov av hälsocoach* samt *medvetenhet och påverkan*, vilka beskrivs nedan. *Vem* av lärarna som sagt *vad* har bedömts vara oviktigt i detta sammanhang och därför kommer inte heller detta att presenteras.

Olika arbetssätt och engagemang

Lärarna upplevde en skillnad mellan de olika hälsocoachernas planering, verksamhetsutövande och engagemang. Den ene hälsocoachens arbete fungerade ”över 100 % ” då han var oerhört positiv, driven och påhittig. Hans aktiviteter byggde alltid på lek, var allsidiga, spännande och varierande, vilket gjorde dem lustbetonade, menade lärarna vidare – han ”[...] gjorde faktiskt lekar han”. Eleverna hade under hans anställning också ett större inflytande i

planeringen, påpekade de, något som anses viktigt i hälsofrämjande arbete (Moulton & Frankish, 2006), och detta gjorde i sin tur att barnen gillade de aktiviteter som bedrevs samt att relationen mellan dem och hälsocoachen blev god. Lärarna diskuterade:

- [...] det var ett spänningsmoment i leken. Dom gömde ju skatter ute i skogen å... Det blev väldigt lustbetonat.
- Och han lyckas skapa en relation till dom.
- Alltså hälsocoachen blev viktig va.

Lärarna ansåg att den ene hälsocoachen blev betydelsefull för eleverna – de pratade om att de blev som ett team. De tyckte dessutom att han lyckats få med även de barn som normalt inte varit så förtjusta i idrottslektionerna. Eleverna blev till och med ledsna när HP blev inställt av någon orsak. Den andre hälsocoachen upplevdes däremot inte riktigt ha hittat sin roll och detta speglade av sig på elevernas intresse. Lärarna upplevde att de unga inte varit lika fyllda av entusiasm när de skulle till HP med denne hälsocoach, som de hade varit med den andre hälsocoachen. Anledningen till detta trodde de delvis kunde bero på att barn lätt känner om det finns ett engagemang eller inte, men delvis också på grund av att hans aktiviteter påmint mer om en idrottslektion, vilket tolkats som de inte tyckte varit fullt så positivt. Detta skulle kunna bero på att de vet att alla barn inte är så förtjusta i idrottslektionerna (Eriksson et al., 2005; Larsson & Redelius, 2004).

För att en hälsocoach ska kunna arbeta på bästa sätt och känna sig engagerad var lärarna vidare eniga om att det krävs rätt förutsättningarna i form av en stöttande skolledning, inklusive rektor, som ger ett fullgott förtroende och ser ett värde i arbetet – ett resultat som även framkom i intervjun med skolledningen. Annars blir det tungrott och svårarbetat, menade lärarna. Det märks av deras diskussion att de tyckte att stödet ”uppifrån” inte alltid varit helt optimalt, för någon av hälsocoacherna, och de hade gärna sett att de fått mer hjälp med organisering av exempelvis schemasamordning under projektets gång. Detta kan således ha påverkat hälsocoachernas verksamhet och interventionens utfall.

Själva upplevde de sig ha bistått och stöttat på flera sätt i den mån de kunnat och hunnit för att stödja hälsocoacherna, som att assistera vid

kostarrangemang och rastaktiviteter, men tolkningen är ändå att de dock hade varit mest behjälpliga för den ene hälsocoachen. Detta kan förvisso ha att göra med att denna hälsocoach försökt få dem mer involverade än vad den andre hade gjort. De framhöll att den förstnämnda hälsocoachen varit oerhört villig att samarbeta och att han varit flexibel till att göra förändringar om de haft något förslag. Sammanfattningsvis hade således lärarna märkt en skillnad i både arbetssätt och engagemang mellan coacherna, men de skilda arbetssätten kan delvis ha att göra med att coacherna fått olika stöd till sitt arbete.

Behov av hälsocoach

Lärarna verkade vara överens om att det var en mycket bra idé att ha en hälsocoach i skolan, av många olika orsaker. För det första ansåg de att ”hälsobiten” hade fallit bort ifrån idrottslektionerna, eftersom man precis som i andra ämnen inte hunnit med allt och att man då istället prioriterat de fysiska moment som ska bedömas, vilket är vanligt förekommande enligt Skolverket (2010b). Att låta en hälsocoach istället bedriva extra fysisk aktivitet i skolan såg de därför som mycket positivt, då de märkt att eleverna fått ett ökat fokus både före och efter de ”vanliga” lektionerna, de dagar de haft HP. Före då de visste att de snart ändå skulle få en paus, och efter då de fått ny energi genom den fysiska aktiviteten. Detta tyder på att extra fysisk aktivitet i skolan kan ha effekt på barns koncentration och på så sätt eventuellt även påverka deras skolprestation (Ericsson & Karlsson, 2014; Käll et al., 2014).

Lärarna hade också en åsikt om att spontanaktiviteten är borta för många barn idag, och att man av denna anledning ”[...] behöver lära barn att leka.”, vilket de menade att en hälsocoach passade till att göra. Med en hälsocoach som bedriver rastaktiviteter på skolan skulle även mobbning kunna minskas, trodde lärarna vidare, eftersom de hade en uppfattning om att mycket av den mobbning och utstötning som existerar på skolor i dag sker på rasterna:

För att det är ju ute på raster som mest... Ee, mobbning och sådant sker [...] tror att det skulle lösa oerhört mycket problem när det gäller utanförskap och utsatthet [...]

Lärarnas önskan var således att det alltid skulle finnas en hälsocoach närvarande på barnens raster som skulle försöka få igång dem till gemensamma aktiviteter. De menade att det skulle behövas en person som har en lite mer övergripande syn över alla elever och som kan se om något eller

några barn stöts ut och som får igång alla barn till att vilja röra sig genom att initiera olika slags lekar – en person som är ute och blir ”familjär” med dem. ”[...] en kompetens som vi saknar egentligen.” Mycket av samtalet handlade alltså om raster, vilket tolkas som att det var där de främst såg ett behov av en hälsocoach, eftersom de själva ansåg sig inte hinna med:

[...] i vårt uppdrag som lärare idag, så är vi begränsade i vad mycket vi kan engagera oss. Jag skulle... Vi skulle kunna gå ute här varenda rast, för... Och då skulle det funka. Men det finns ju inte en chans att vi klarar det.

Ovanstående uttryck tyder alltså på att det fortfarande är så som Hoelscher et al. påpekade 2004, och som framkom även i analysen av de intervjuer som gjordes vid T1, det vill säga att lärare idag ska hinna med mycket annat och prioriterar då inte alltid hälsofrämjande arbete. Det går dock inte att anställa vem som helst till att arbeta med hälsofrämjande aktiviteter i skolan, framhåll lärarna vidare, vilket påpekades vid ett par tillfällen – de menade att det behövs en bra pedagog. Om den hälsofrämjande verksamheten ska bli lyckad eller inte beror ”[...] mycket på vilken kille eller tjej det är som driver det, aktiviteterna. [...]”, menade således lärarna, vilket också kan skildras genom följande citat ifrån en av lärarna:

Så det hänger lite grann på vilken... Vilken snubbe det är som kommer in och drar igång grejer va.

De tyckte dessutom att anställningsformen för en hälsocoach borde vara en heltidstjänst, för att personen i fråga skulle kunna jobba med hälsofrämjande arbete för *bela* skolan och med ”[...] hälsa på alla plan”. Då hade coachen även haft större möjlighet att också arbeta mer specifikt med den psykiska hälsan, menade lärarna. Därtill bedömde de att en hälsocoach vore en bra idé även på högstadiet, i likhet med det rektorn påtalade. Utöver detta skulle en hälsocoach behövas för att underhålla redskap och skolgård, som de trodde hade betydelse för att främja elevernas fysiska aktivitet, men som ingen direkt hade ansvar för idag. Med andra ord såg lärarna ett behov av en hälsocoach på flera områden och sätt.

Medvetenhet och påverkan

Båda lärarna framhöll vid ett flertal tillfällen att detta hälsoprojekt fått dem att bli mer medvetna om vikten av hälsa och sitt sätt att arbeta och prata för att påverka eleverna till goda hälsofrämjande vanor. De menade att de tänkte

annorlunda nu i många sammanhang när de skulle framhålla något eller anordna någon form av aktivitet. En lärare sa också att det varit bra att få en liten nytändning och att bli tvingad till att skärpa sig både som lärare och som person "[...] och spänna bågen lite grann [...]" igen, för det blev annars lätt att de hamnade i samma "slentrian" i sitt arbetsätt. Om det inte varit för Hälsocoachprojektet skulle de inte ha "puffat" och jobbat lika hårt för att främja elevernas hälsa, påpekade de vidare. Tack vare projektet upplevde lärarna att de fått ett "helhetstänk" kring hälsa som de försökt förmedla till barnen. Man kan tolka det som att de också lärt sig något. Lärarna påpekade dessutom att de hjälpt till att sprida vissa kostbudskap de själva blivit upplysta om, på den hemsida de hade, så att även vårdnadshavare skulle kunna få inblick och kunskap i det som skett.

Av analysen att bedöma har Hälsocoachprojektet således haft en inverkan på lärarna i positiv riktning, vilket de själva såg som en fördel då de var övertygade om att klasslärare måste ha rätt inställning och själva också vara medvetna, för att det ska kunna gå att intressera eleverna till främjande levnadsvanor. Den övriga skolpersonalen hade inte gått att påverka enligt lärarnas uppfattning, då de inte visat något intresse alls för Hälsocoachprojektet. Å andra sidan trodde de inte att detta haft så stor betydelse för elevernas medvetenhet. Eleverna hade blivit influerade ändå ansåg de båda lärarna, om än bara i låg grad så hade de ändå märkt att det nu fanns en skillnad i deras inställning till rörelse, matintag och matval. Bland annat slapp klasslärarna nu diskutera om de skulle ut och gå, vilket var vanligt förut och nu önskade eleverna oftare fysiska aktiviteter utomhus till skillnad från förr då de istället önskat filmtittande om de fått chans att välja något kul – de hade alltså blivit "hälsoinspirerade" som lärarna uttryckte det. Dessutom hade de nu något fler föreningsaktiva elever än tidigare. Om det berodde på Hälsocoachprojektet eller inte, var emellertid svårt att uttala sig om poängterade lärarna vidare. Många barn i den åldern (72 %) är emellertid ofta medlemmar i en idrottsförening (RF, 2015).

Framförallt trodde lärarna att projektet ökat elevernas medvetenhet, och också föräldrarnas, om vilken kost de bör inta. De hade nämligen märkt att vissa elever som förr haft med sig mindre bra matval, nu hade förändrat sin matsäck:

HÄLSOCOACHPROJEKTET

Och jag vet ju i alla fall att det är ju säkerligen tre, fyra föräldrar tidigare som också var sådana som skickade med Coca-Cola och som körde sina ungar, och som faktiskt inte gör det idag. Så någonting har vi ju påverkat [...]

Den ene läraren menade att Hälsocoachprojektet, inklusive deras insats tillsammans med hälsocoachens, gjort viss skillnad på föräldrarnas och barnens beteende. En pojke hade numera med sig lågkaloridryck istället för de onyttiga alternativ som annars alltid funnits med på utflykter, vilket ytterligare upplevdes tala för att några av barnen fått upp ögonen för bättre matval. Dessutom hade en lärare lagt märke till att en av flickorna börjat äta ”riktig” mat – något som tidigare sällan hände:

Jag har haft en unge som... Steg ett, det var att ungen åt en muffins på morgonen, istället för ingenting. [...] Nu äter hon till och med fisk, på lunchen [...] den här tjejen då va, har ju blivit medveten [...].

De båda respondenterna pratade alltså främst om att kosten var det som de trodde hade påverkat eleverna mest. Framförallt upplevde de att frukostinslagen fått dem inspirerade och de hade hört att ett flertal barn pratat mycket om detta tillfälle i efterhand. Två av eleverna hade dock inte blivit berörda alls, sa en av klasslärarna, vilket ansågs kunna bero på föräldrarna:

Jag kan säga att det är två elever i min klass som över huvudtaget inte har blivit påverkade. Eh, men... Utan dom lever sina liv. Men jag ser också att föräldrarna bestyrker det - det valet. Dom tycker att det är okey, uppenbarligen, eller så har dom inga egna tankar om det.

De hyste båda vidare en åsikt om att det var viktigt att få med föräldrarna och få dem delaktiga ”[...] för annars faller ju mycket.”, trodde de – en tanke som kan stödjas av tidigare forskning (Allender, et al., 2006). Att få med föräldrar hade de inte alltid förmått, men de vårdnadshavare de lyckats bjuda in hade de bara hört gott ifrån. Det fanns till och med föräldrar som sagt att det nu även varit lättare för dem att prata med sina barn om vikten av rörelse och om att äta ordentligt, framhöll en av lärarna, vilket de såg som ett positivt resultat av de insatser som gjorts.

Sammanfattning av klasslärarnas upplevelser, T3

Elevernas klasslärare framhöll att de två anställda hälsocoacherna haft olika arbetssätt och engagemang i sitt uppdrag som hälsocoach. Detta påverkade även elevernas entusiasm för verksamheten – eleverna hade varit mer positiva

under den enes verksamhetstid, då han engagerat sig mer och anordnat mer lekbetonade aktiviteter. Dessutom hade han låtit eleverna vara med och påverka i högre grad, tyckte lärarna. De aktiviteter den andre hälsocoachen bedrivit påminde lite mer om en idrottslektion, vilket de upplevde att några barn inte tyckte om.

Respondenternas uppfattning var vidare att stödet ”uppifrån”, det vill säga ifrån skolledningen, inte alltid varit optimalt för någon av coacherna. Själva ansåg lärarna att de hade bistått i den mån de hunnit och kunnat – mest behjälpliga tolkas de varit för den ene hälsocoachen. Lärarna gillade idén med en hälsocoach på skolan, men de skulle gärna sett att anställningsformen varit på heltid, då de ansåg att en hälsocoach behövdes av många olika anledningar. Bland annat för att öka elevernas hälsomedvetenhet. De var övertygade om att eleverna behövde mer fysisk aktivitet eftersom de upplevt att koncentrationsförmågan ökat på de ordinarie lektionerna de dagar de haft HP. Vidare tyckte klasslärarna att en hälsocoach behövdes för att bedriva rastaktiviteter, för det hade de ”vanliga” lärarna inte tid för, och detta skulle eventuellt kunna förhindra mobbning. För att hälsofrämjande verksamhet ska bli lyckad behövs dock en bra pedagog, som de tyckte att en av hälsocoacherna verkligen hade varit.

Vidare tolkas det som att projektet i sig ökat *deras* kunskap och förändrat deras förhållningssätt till hälsofrämjande aktiviteter på skolan. Övrig skolpersonal hade däremot inte visat något större intresse för Hälsocoachprojektet, men respondenterna trodde inte detta haft någon avgörande betydelse. De antog däremot att det är av värde att få föräldrarna delaktiga i denna typ av verksamhet, men tyvärr hade man i Hälsocoachprojektet inte riktigt lyckats med det. Föräldrarna som närvarat upplevdes dock ha fått upp ögonen för mer hälsofrämjande val – matsäcken eleverna hade med sig såg i alla fall bättre ut nu än tidigare. Likväl trodde respondenterna att projektet ökat elevernas medvetenhet om hälsa, om än bara i liten grad och främst deras inställning till vardaglig rörelse, till matintag och matval.

6.2.6 Elevernas upplevelse av Hälsocoachprojektet och sina egna levnadsvanor (T3)

I den analys som gjorts utifrån intervjun med eleverna har det centrala främst varit att fånga in deras upplevelser av Hälsocoachprojektet, men visst fokus har också lagts på att försöka klargöra om eleverna har förändrat sina levnadsvanor eller inte. Tre övergripande kategorier har växt fram; *levnadsvanor och lärdomar*, *mer lek än sport* och *delaktighet*, som presenteras här nedan.

Levnadsvanor och lärdomar

Vid en närmare analys av elevernas berättelser om deras fritidsvanor och rastaktiviteter, kan det urskiljas vissa mönster, som nästan är identiska med de som framkom innan HP drog igång 2011. De elever som inte var föreningsaktiva på sin fritid lyfte nämligen fram mer stillasittande aktiviteter både på raster och på fritiden, än vad de föreningsaktiva gjorde, som i stort sett endast pratade om exempelvis fotboll, innebandy, ridning och friidrott. De icke-föreningsaktiva hade andra intressen som; ”hänger på stan”, ”bygger kojor”, ”spelar dator”, eller bara ”är” med kompisar på fritiden. På raster var det relativt likartade aktiviteter som exemplifierades. Det var således inte så stor skillnad gällande elevernas upplevelser av sina fysiska aktivitetsvanor efter de år som HP bedrivits på skolan, trots att de allra flesta uppgav att de tyckte att de hade pratat och lärt sig om värdet av att röra på sig för hälsans skull.

I: Har du lärt dig någonting i det här Hälsocoachprojektet som du inte kunde tidigare om hälsa?

Jo, ganska mycket faktiskt, hur kroppen upplever idrott, alltså hur den... fungerar när man har idrott och hur den inte fungerar när man inte har idrott och bara sitter hemma och äter massa skräpmat och så. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Man blir bättre i hälsan och så när man rör sig. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Ja-a, vi har pratat mycket. [...] Och där pratar vi på... vad det hjälper kroppen och... att man måste röra på sig på fritiden OCH på skolan. Alltså, att man inte ska va inne på rasterna och sånt [...]. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Liksom intervjun vid T1 var de flesta icke-föreningsaktiva (och då främst flickorna) inte heller nöjda med sin fysiska aktivitetsnivå vid T3, och hade velat vara mer fysiskt aktiva. Det framkom aldrig riktigt varför de inte valt att vara det. Med andra ord har hälsocoachen och projektets aktiviteter inte fullt

ut lyckats inspirera de mer inaktiva eleverna till att främja sina fysiska aktivitetsvanor. Åtminstone inte ur ett kortare perspektiv.

Det verkade i alla fall som att eleverna hade blivit medvetna om att det är viktigt att röra på sig, vilket skulle kunna ha en inverkan i förlängningen. När det gällde de föreningsaktiva eleverna var alla nöjda med hur aktiva de var både i skolan och på fritiden. Ingen hade velat vara mer fysiskt aktiv då de kände att de fick tillräckligt med motion, det vill säga liktydigt med de svar de angav redan vid första mätillfället. På samma sätt som de icke-föreningsaktiva uppgav de föreningsaktiva eleverna vidare att de också lärt sig lite nytt i Hälsocoachprojektet, som exempelvis att det är viktigt att stretcha. En grupp framhöll dock att de inte ”fördjupat” sig i ämnet, vilket de hade önskat. Denna kommentar tyder på att dessa elever redan hade en del kunskap i ämnet, något som märktes även vid mätillfälle 1, som skulle kunna bero på att de kommer ifrån andra hemförhållanden, vilket i många fall har en koppling till barns hälsovanor (Sjöberg et al., 2011). Barnen kan å andra sidan också ha lärt sig mycket om ämnet i sin idrottsförening.

Alla elever uttryckte emellertid att de lärt sig nya saker om mat och att laga nya maträtter i Hälsocoachprojektet:

[...] vi skulle laga mat och typ, dela ut det, och då lärde man sig laga mat och så. Det är ju bra, för då... ifall man typ är hemma själv och måste äta någonting. (*Föreningsaktiv elev*)

Mm... att en del grejer som... jag trodde var nyttiga var onyttiga och så. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Ja. Vi har pratat mycket om mat och så... eeh... hur... vad... vad det är som är så viktigt, att man måste äta frukost på morgonen och såhär, hålla tiderna och såhär. Och att man måste... man måste inte, men man kan ju ta en frukt vid mellanmål. Det är ju bra för kroppen. Ja. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Trots att eleverna hävdade att de lärt sig saker om mat i HP, verkade det vara flera som inte åt någon frukost, lite eller ingen lunch och mellanmål samt inga grönsaker – dock endast de icke-föreningsaktiva, vilket skulle kunna innebära att de tillhör den grupp barn som inte får i sig tillräckligt med näringsrik kost (Livsmedelsverket, 2012a). De föreningsaktiva respondenterna tycktes däremot, äta bra hela dagen, på samma sätt som de verkade ha gjort redan innan projektet började. De allra flesta elever åt inte godis eller chips annat än

på helgerna, men däremot var det en av de icke-föreningsaktiva som drack läsk ”tre till fyra gånger” på en vecka och tre som åt kakor flera gånger i veckan, vilket var samma individer som åt ytterst lite eller inget till frukost och skollunch. Enligt Rampersaud et al. (2005) äter de som inte får i sig frukost oftare sämre överlag, vilket således kan stämma in även på detta resultat. Hur som helst har den kunskap som barnen fått genom de hälsocoachaktiviteter som bedrivits kopplat till mat, alltså inte etablerat nya vanor hos alla elever i interventionsgruppen, utan de flesta äter som tidigare, bättre eller sämre.

Inställning till HP

Alla elever som intervjuats uppgav att de gillat att vara med på HP-aktiviteterna och flera sa att de ”längtar till HP”, vilket inte riktigt alla gjorde till idrottslektionerna - något som även andra respondenter uppmärksammat och antytt. Två elever uppgav till och med att de inte brukade vara med på lektionerna i idrott och hälsa, vilket är ett problem som även Skolinspektionens granskning (2012) pekat på, där de framhåller att det är ett oväntat högt antal elever som inte deltar i undervisningen utan giltiga skäl.

HP-aktiviteterna hade alla till och med velat ha *mer* av, gärna också utökad tid, och då särskilt under ledning med en av hälsocoacherna. De tyckte nämligen att hans aktiviteter varit roligare och ingenting upplevdes dåligt med HP under denna tid. Citaten nedan skildrar några av de svar som framkom på frågan om deras upplevelse av Hälsocoachprojektet:

- Väldigt bra, tycker jag.
- Jättebra. (*Föreningsaktiva elever*)

Det har ju varit väldigt roligt och bra. (*Föreningsaktiv elev*)

Jo, men det är kul. Ja vi... längtar till det vi i klassen alltså, vi... varje tisdag så har vi det efter musiken. Sådär 'Ah, vi har... vi har HP nu' (*klappar händerna två gånger*), då springer ju alla dit. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

[...] det var rätt kul. Eller ja, det var jättekul [...] (*Icke-föreningsaktiv elev*)

När det gällde HP med den andre hälsocoachen var det däremot lite skilda åsikter där några av de icke-föreningsaktiva framförde att de *inte* hade velat ha mer HP, medan alla föreningsaktiva trots visst missnöje ändå haft lust att ha det. Om de föreningsaktiva barnen fått välja ville de oavsett lärare även ha mer idrott och hälsa då de tyckte ”idrott” var det roligaste ämnet i skolan, liksom även tidigare undersökningar på mellanstadieelever visat (Skolverket, 2007). En grupp föreningsaktiva ville dessutom hellre ha idrott och hälsa än HP om de hade varit tvungna att välja då det var ”mer sporter” på idrottslektionerna samt “[...] längre tid” och de upplevde att de ansträngde sig mer där, något dessa elever gillade att göra.

Den andra gruppen föreningsaktiva elever hade däremot hellre velat ha mer HP – men bara om HP-tillfället skulle varit lika långt som en idrottslektion, vilket tyder på att HP-tillfället varit för kort, vilket också hälsocoacherna påpekade. Anledningen till att några av de föreningsaktiva barnen hellre skulle velat ha mer HP än idrott och hälsa var för att de gillade lekar så mycket och tyckte att de fick tillräckligt med sportaktiviteter på kvällarna. Av detta resultat att döma upplevde således eleverna att idrottslektionerna främst innehöll mer sport och HP mest lek – i alla fall när den ena hälsocoachen hade hand om idrott och hälsa och HP-aktiviteterna. Med den andre hälsocoachen var det inte så stor skillnad mellan HP och idrottsämnet påpekade respondenterna. Det hade lärarna också uppmärksammat. Detta upplevdes inte som så populärt bland de mer inaktiva eleverna, som yttryckte att idrottslektionerna innehöll för mycket ”sporter” (och då framför allt bollsporter):

[...] när vi har haft XXXX (*nämmer namnet på en av hälsocoacherna*) så har det mest varit... typ fotboll och sånt... så då har vi inte gjort så mycket lekar och det har inte varit sådär kul. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Eh, jag tycker mer om å göra lekar och sånt dära... För när man har fotboll och sånt dära, då blir det mest bråk och sånt liksom. För många i klassen tar det på allvar. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

En anledning till att de icke-föreningsaktiva barnen inte uppskattade bollsporter var således för att det skapade mer bråk, vilket belyst i tidigare studier (Carlman, 2015). Detta framhöll även de föreningsaktiva, men det verkade inte bekymra dem något märkbart. Något som däremot uppskattats av alla de intervjuade barnen var lekar, vilket de verkar velat ha mer av – dock allra mest de icke-föreningsaktiva eleverna. Att de icke-föreningsaktiva

eleverna gillade lekar så mycket skulle, förutom att de skapade mindre bråk, kunna bero på att de kände sig mer kompetenta i dessa aktiviteter. Elever uttryckte nämligen att de upplevde sig klara av HP-aktiviteterna bättre, i de fall aktiviteterna varit lekbetonade, eftersom de då var lätta att utföra, men de tyckte däremot inte alla att aktiviteterna var på en lektion i idrott och hälsa.

För att eleverna skulle känna sig extra inspirerade till att leka, skulle lekarna dock vara varierande, något de tyckte att framför allt en av hälsocoacherna varit bra på att ständigt anordna:

I: Hur upplever ni att det har varit att ha fysiska aktiviteter, HP, med en hälsocoach?

Ja, det var roligt.

I: Vad var det som var roligt då?

Vi gjorde olika saker hela tiden. (*Icke-föreningsaktiva elever*)

När vi hade XXXX (*nämner namnet på en av hälsocoacherna*) så gjorde man en och samma sak nästan hela tiden. Att liksom 'Ah, vi har madrassfotboll ena gången', 'Okey, då får vi ha det nästa och nästa och nästa gång', men det tycker ju inte jag var något kul. (*Föreningsaktiv elev*)

Det är inte kul att göra varj... alltså, typ... göra samma. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Barnen gillade således inte att göra samma saker vid varje tillfälle. Alla var ändock eniga om att projektet varit ett positivt inslag i skolans verksamhet.

Delaktighet

En sak som de intervjuade barnen också framförde vid ett flertal tillfällen var deras besvikelse över att en av hälsocoacherna inte alltid varit delaktig under HP-aktiviteterna. Detta ogillades av eleverna. De flesta upplevde att han bara hade satt igång dem till någon aktivitet men sen hade han själv gjort något annat, som att ha gått iväg till en annan klass eller liknande:

Han tog bara fram grejer, och så fick vi göra vad vi ville. (*Icke-föreningsaktiva elever*)

Ja, och så satt han och gjorde något annat, så fick vi göra allt själva liksom. (*Föreningsaktiva elever*)

RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION

Citaten ovan är hämtade både ifrån intervju med icke-föreningsaktiva och föreningsaktiva barn, vilket tyder på att detta är något som på ett eller annat sätt irriterat och/eller påverkat både de mer inaktiva eleverna såväl som de mer aktiva. De icke-föreningsaktiva uttryckte exempelvis att de inte ansträngt sig så mycket på HP, med en av hälsocoacherna, medan de aktiva av konversationen att bedöma verkade besvärade av att de mer inaktiva inte alltid varit med på aktiviteterna:

- Ja, men när XXXXX (*nämner namnet på en av hälsocoacherna*) ... Så satte han sig typ, och så...
- Och så tittade han på.
- Ja, och då så var det en del som tyckte det blev tråkigt.
- Så satte...
- Så satte dom sig och bara kollade på istället.
- Ja, och så kollade dom bara på.
- Ja, så kan det va en del... Dom bara satte sig, typ med en mobil och bara inte var med.
- Det tycker jag är ganska dåligt. (*Ur föreningsaktiva elevers diskussion*)

Bristen på delaktighet tillsammans med enformiga aktiviteter, satte ner betyget från eleverna för den ene av hälsocoacherna, och några av eleverna verkade helt enkelt inte tycka att det varit värt att anstränga sig till att delta vid några tillfällen under hans verksamhetstid. Eleverna ville alltså ha en hälsocoach som själv deltog på de aktiviteter som anordnades, vilket tolkas som att en av hälsocoacherna gjort, och att det hade uppskattats. Dessutom upplevde de att den sistnämnda hälsocoachen i högre grad lätit dem vara delaktiga och påverka innehållet i HP, vilket också lyftes fram som en motivationshöjande faktor. Han tolkas alltså ha lyssnat av elevernas önskningsar – något som värdesatts:

Då fick vi säg... Att han samtycker att vi liksom... 'Vad tycker ni om det?', 'Vad tycker ni om det?'. Ah, det tyckte jag var bra. [...] Att vi liksom fick säga våra idéer. (*Icke-föreningsaktiv elev*)

Eleverna pratade vidare om att de ibland hade fått pröva att skapa sina egna lektioner med en av hälsocoacherna, vilket de också verkade ha gillat att göra och därmed känt sig delaktiga. Delaktighet i hälsofrämjande arbete tolkas således ha betydelse på flera sätt (Korp, 2004).

Sammanfattning av elevernas upplevelser, T3

De allra flesta elever ansåg att de lärt sig något om både vikten av att röra på sig och att äta näringsrik mat i Hälsocoachprojektet, men trots det verkade inte alla av de intervjuade barnen ha etablerat några nya levnadsvanor. De föreningsaktiva barnen rörde redan på sig mycket och enligt deras egna utsagor hade de också en regelbunden kosthållning. Sämre var det med flera av de icke-föreningsaktiva elevernas levnadsvanor som liksom datainsamlingen *före* uppstarten av projektet (mars 2011) inte pratade om fysisk aktivitet som deras främsta fritidsintressen. Några av dem tycktes också slarva med sin kost och då framför allt med frukosten. Hälsocoachen och de aktiviteter som bedrivits har således inte utifrån resultaten påverkat dessa elevers levnadsvanor i positiv riktning.

Alla intervjuade elever hade dock gillat hälsocoachaktiviteterna och de hade gärna velat ha mer av dem – också särskilt under ledning med en av hälsocoacherna. Däremot hade inte några av de icke-föreningsaktiva velat ha mer HP om HP-aktiviteterna påminde om en idrottslektion, som alla inte verkade vara så förtjusta i. De aktiviteter som lockat främst de icke-föreningsaktiva hade varit mer lekbetonade, och upplevdes på så sätt enklare att genomföra. Resultatet tyder på att barnen då känt sig mer fysiskt kompetenta. Några av de föreningsaktiva ville dock också hellre ha mer lekar i skolan, då de upplevde att de ändå fick nog med sport på kvällen. Vidare angav de icke-föreningsaktiva att de tyckte idrottslektionerna många gånger var för sportiga och att de bidrog till bråk. Två av eleverna sa dessutom att de inte brukade delta på dessa lektioner.

För att eleverna skulle känna sig extra motiverade till att delta i HP-aktiviteterna skulle de helst vara variationsrika. En viktig hälsofrämjande motivationshöjande faktor som framkom var även delaktighet. Delvis ville eleverna ha en hälsocoach som själv aktiverade sig i aktiviteterna, men likväl ville de själva vara med och påverka innehållet. Annars tyckte inte några av

eleverna att det varit lika roligt att vara med. Alla intervjuade barn såg dock Hälsocoachprojektet som ett positivt inslag i skolans verksamhet.

6.2.7 Sammanfattande analys av kvalitativa data

När Hälsocoachprojektet startade 2011 hade interventionsskolan inget utpräglat hälsofrämjande arbete. Dessutom upplevdes lektionerna i idrott och hälsa innehålla mest idrott och ytterst lite hälsokunskap. De föreningsaktiva eleverna tolkas dock redan vara väldigt aktiva, medan upplevelsen var att några av de icke-föreningsaktiva eleverna inte rörde sig tillräckligt. De föreningsaktiva barnen föreföll dessutom få i sig mer och bättre mat, än de icke-föreningsaktiva. Av senare analyser att döma, genom intervju med både hälsocoacher och med eleverna själva, tycks det inte som att de insatser som gjorts i Hälsocoachprojektet har påverkat elevernas hälsofrämjande val i någon större bemärkelse – detta trots att de uppgav sig ha lärt sig mer om ämnet. Elevernas klasslärare upplevde emellertid att projektet faktiskt hade ökat elevernas medvetenhet om hälsa, och främst då deras inställning till vardaglig rörelse, till matintag och matval. Dessutom antog de att några vårdnadshavare fått mer kännedom om hälsofrämjande matval. Hälsocoachprojektet hade i alla fall ökat lärarnas kännedom och förhållningssätt till hälsofrämjande aktiviteter.

Genom analysen av alla respondenters utsagor, framkommer det tydligt att elevernas intresse för HP varit starkare under en av hälsocoachernas verksamhetstid. Detta eftersom denne hälsocoach i högre grad skapat varierande och lekfulla aktiviteter, vilket de elever gillat som inte tidigare varit så aktiva under lektionerna i idrott och hälsa. Den andre hälsocoachens aktiviteter hade lite mer påmint om en idrottslektion, vilket upplevdes som för ”sportiga” – något som ofta bidrog till bråk. Detta tilltalade inte de mer inaktiva barnen, som då tolkats känt sig mindre kompetenta. Deras intresse för fysisk aktivitet ökade däremot när det kom in ett instrument, en stegräknare, i bilden. Den ene hälsocoachen bedöms vidare ha fått eleverna lite mer delaktiga i verksamheten – något som också det verkar vara en nyckelfaktor för att skapa intresse i hälsofrämjande arbete för barn. Eleverna ville dessutom ha en hälsocoach som själv var delaktig i aktiviteterna.

För att en hälsocoach ska lyckas skapa en hälsofrämjande skolmiljö är stödet ”uppifrån”, det vill säga främst ifrån rektorn, av största betydelse då det var något alla vuxna respondenter lyfte fram som en viktig faktor. En av hälsocoacherna upplevs inte ha fått fullt stöd. För övrigt verkar förutsättningarna varit relativt likartade för de båda coacherna, där tiden upplevdes utgöra det största hindret till att bedriva en god verksamhet. Önskemålen var att HP-passen skulle varit längre än 30 min per gång, och tjänsten som coach utökad till heltid.

Ytterligare faktorer som framkom, för att på bästa sätt förmå inspirera elever till att göra hälsofrämjande val i skolan, upplevdes vara att få med lärarna/pedagogerna och vårdnadshavarna i arbetet. Detta hade hälsocoacherna bara lyckats till viss del med. Klasslärarna tolkas ha varit villiga samarbetspartners, men däremot beskrivs svårigheten i att nå vårdnadshavarna, vilket hälsocoacherna själva tyckte de borde satsat mer på. Den övriga skolpersonalen hade också varit svår att nå, och ingen idrottsförening hade visat intresse för att besöka skolan. Detta var det ingen av respondenterna som trodde hade påverkat eleverna något märkbart ändå.

Slutligen var alla respondenter – både barn och vuxna – nöjda med det som varit, då alla yttryckte att projektet gärna hade fått vara kvar och drivas på samma sätt, det vill säga av en hälsocoach. De vuxna såg ett behov av fortsatt hälsofrämjande verksamhet, då de exempelvis uppmärksammat att den hälsofrämjande aktiviteten (HP) ökat barnens koncentrationsförmåga till de andra lektionerna. De ansåg sig inte själva hinna med att planera och driva denna verksamhet. Rektorn och skolchefen var eniga om att denna typ av tjänst borde institutionaliseras. På vilket sätt rådde det emellertid lite skilda meningar om.

Huruvida de aktiviteter som bedrivits i HP påverkat elevernas hälsa och hälsofrämjande levnadsvanor mer specifikt förväntas vidare analyser ifrån kvantitativ data kunna ge svar på, som följer i nästa kapitel.

6.3 Resultat av stegmätning och enkätdata

I följande avsnitt framhålls utvalda resultat med koppling till avhandlingens frågeställningar. Först skildras de eventuella påverkanseffekter som visat sig gällande elevernas *fysiska aktivitet, hälsa, matvanor* och *självkänsla* och därefter belyses resultaten av elevernas och deras vårdnadshavares *upplevelser av Hälsocoachprojektet*. Resultaten baseras dels på den stegmätning som gjordes på eleverna, vid T1, T2 och T3 (T1=årskurs 4; T2=årskurs 5; T3=årskurs 6), i alla de klasser som ingått i undersökningen, och dels utifrån den enkätundersökning som utfördes med både elever och deras vårdnadshavare, vid T1 och T3, på både interventionsskolan och kontrollskolorna.

När det gäller områdena *fysisk aktivitet, hälsa, matvanor* och *självkänsla* kommer interventionsgruppens resultat att presenteras och jämföras med kontrollgruppens resultat. Resultaten av elevernas *upplevelser av Hälsocoachprojektet* presenteras bara utifrån interventionsgruppens svar, vilka redogörs i slutet av kapitlet. Allra sist skildras de svar som inkommit ifrån vårdnadshavarnas enkät, med fokus på hur de själva upplever sig ha påverkats av interventionen och om vad de tyckt om projektet som helhet.

I undersökningen ingick totalt 130 elever. Könsfördelningen har varit relativt jämn bland de deltagande eleverna ifrån de olika skolorna – totalt har 68 pojkar och 62 flickor medverkat. Av dessa elever tillhörde 81 en idrottsförening vid T1 och 90 barn ifrån alla tre skolor var med i en idrottsförening vid T3.

6.3.1 Fysisk aktivitet (FA)

Hälsocoachprojektets, och därmed även hälsocoachens, främsta fokus har varit att försöka främja barnens fysiska aktivitet, då tidigare forskning visat på den fysiska aktivitetens positiva effekter på hälsan (se ex. Ekelund et al., 2012; Janssen & LeBlanc, 2009; Strong et al., 2005). Ytterligare en orsak till denna inriktning var att barn idag uppmanas till att minska sin stillasittande tid (Nordic Council of Ministers, 2013), då en reduktion av detta ohälsosamma beteende också kan förbättra hälsan avsevärt (Lee, Shiroma, Lobelo, Puska, Blair & Katzmarzyk, 2012).

Av föreliggande anledning inleds denna resultatdel med en analys av elevernas fysiska aktivitet, mätt över tid – dels med hjälp av stegmätare, dels med enkäter. Fördjupade analyser görs dock endast utifrån data av de stegmätningar som gjorts, då forskning visat att detta är ett mer tillförlitligt sätt att mäta fysisk aktivitet på, än subjektiv skattning i till exempel enkätform (Brenner, Billy & Grady, 2003; Tudor-Locke et al., 2002).

FA mätt med stegmätare (pedometer)

Tidigare gjorda studier har visat att ungas fysiska aktivitet sjunker med åldern (se ex Arundell et al 2013; Knuth & Hallal, 2009; Treuth et al 2005). För att se om detta mönster även stämde in på denna undersökningsgrupp (interventionsskolor samt kontrollskolor), gjordes först en analys av elevernas antal steg över tid mätt med pedometrar. Vid en jämförelse mellan de tre skilda mättillfällena, där snarlika väderförhållanden hade noterats, visade resultatet att elevernas stegmedelvärde sjunkit signifikant ($F_{2,258}=36.45$; $p<.001$), mellan T1 till T3, vilket alltså går helt i linje med vad tidigare forskning visat.

I syfte att undersöka hur hälsocoachernas insatser möjligtvis kan ha påverkat interventionsskolors stegfrekvens över tid, samt för att kunna utröna eventuella skillnader mellan de tre skilda skolorna, gjordes en jämförande analys av elevernas stegantal. Med utgångspunkt i multivariat variansanalys för upprepade mätningar, med *skolor* som oberoende variabel (interventionsskola, kontrollskola 1 och kontrollskola 2) och *antal steg vid T1-T3* som beroende variabel, och med kontroll för kön, visade resultaten att det fanns en signifikant skillnad mellan skolorna ($F_{2,126}=5.69$, $p<.01$), där elever på kontrollskola 2 tog markant färre steg vid T1 och T2 jämfört med elever på interventionsskolan och på kontrollskola 1. Utöver detta noterades även signifikanta skillnader i antal steg över tid ($F_{4, 252}=3.84$, $p<.01$).

RESULTAT OCH RESULTATDISKUSSION

Tabell 3. Elevernas (n=130) antal steg, vid de olika mätillfällena T1-T3 (T1=årskurs 4; T2=årskurs 5; T3=årskurs 6). Avrundat till närmaste hundratal.

| Stegantal uppdelat på skolor | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------|---------------|---------------|--------------|------------|---------------|---------------|--------------|------------|---------------|---------------|--------------|
| Skolor | T1 | | | | T2 | | | | T3 | | | |
| | n | M | Md | Sd | n | M | Md | Sd | n | M | Md | Sd |
| Interventionsskola | 50 | 16 600 | 16 100 | 4 000 | 50 | 16 200 | 15 600 | 4 500 | 50 | 14 400 | 13 800 | 4 200 |
| Kontrollskola 1 | 41 | 17 200 | 16 300 | 4 300 | 41 | 16 100 | 14 900 | 4 700 | 41 | 12 700 | 12 200 | 3 200 |
| Kontrollskola 2 | 39 | 14 000 | 13 800 | 3 500 | 39 | 13 600 | 12 900 | 3 100 | 39 | 12 500 | 12 400 | 3 300 |
| Total | 130 | 16 000 | 15 400 | 3 900 | 130 | 15 400 | 14 500 | 4 300 | 130 | 13 300 | 12 600 | 3 700 |

I tabell 3 visas att den största förändringen över tid har skett på kontrollskola 1, där eleverna vid T3 tagit 4 500²⁰ färre steg per dag än vad de gjort vid T1. Även interventionsskolans elever hade tagit färre steg vid T3 än vid T1 (2 300 steg mindre), trots att de har haft en hälsocoach på sin skola med uppdrag att främja deras fysiska aktivitetsnivå. Stegmedelvärdet sjönk minst på kontrollskola 2 (1400 steg från T1 till T3), men denna grupp låg emellertid ganska lågt redan från början. Värt att notera är att den största minskningen i antal steg för interventionsskolans elever skedde mellan T2-T3, (1800 färre steg jämfört med 400 mellan T1-T2). Vad gäller väderförhållanden vid mätillfällena observerades inga markanta fluktuationer, som kunnat påverka resultaten.

Vidare gjordes en analys över elevernas stegantal kopplat till rekommenderad fysisk aktivitetsnivå, där flickor rekommenderas att ligga på 11000–12000 steg per dag medan pojkar bör nå upp till 13000–15000 steg per dag, för att få tillräckligt med fysisk aktivitet sett ur hälsosynpunkt (Tudor-Locke et al., 2011). Denna analys visade att 92% av interventionsskolans elever låg på *rekommenderad nivå* eller *över rekommenderad nivå* vid T1, medan det endast var 70% som kom upp till dessa nivåer vid T3. På kontrollskola 1 var det 98% som kom upp till *rekommenderad nivå* eller *över rekommenderad nivå* av antal steg per dag vid T1, medan däremot endast 58% gjorde det vid T3. Eleverna på kontrollskola 2 rörde på sig mindre än eleverna på de andra skolorna redan från ”baseline” (vilket beskrivs i tabell 3), där 69% nådde någon av

²⁰ För att öka läsbarheten har stegantalen avrundats till närmaste hundratal. Dock har de statistiska beräkningarna grundats på de exakta mätvärdena.

ovanstående nivåer vid T1 medan 56% gjorde det vid T3. Sammanfattningsvis var det 22 % färre elever på interventionsskolan som nådde upp till rekommenderad stegnivå vid T3, och motsvarande 40% färre elever på kontrollskola 1 samt 13% färre elever på kontrollskola 2.

Förändringar över tid utifrån individnivå

Mot bakgrund av att studier visat på att relativt många barn inte når upp till den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån (Folkhälsomyndigheten, 2014; Veroligne et al., 2012), ansågs det också intressant att undersöka om de minst aktiva eleverna i interventionsgruppen påverkats av hälsocoachens insatser. Av denna anledning gjordes även en analys på individnivå, där förändringarna för varje individ undersöktes mellan T1 och T3 utifrån rekommenderade stegnivåer för varje kön²¹. Resultaten visade att det var endast på kontrollskola 2 som några elever (5 st.) ökade från *under* rekommenderad stegnivå till *rekommenderad* stegnivå, vilket innebär att de fyra elever på interventionsskolan som befann sig under rekommenderad stegnivå vid T1, inte ökade sina steg så att de kom upp i rekommenderad stegnivå vid T3, trots att de haft en hälsocoach på sin skola.

Jämförelse mellan flickor och pojkar

När det gäller skillnader mellan könen visade resultaten för hela undersökningsgruppen att det fanns en signifikant skillnad ($F_{1,126}=17.57$; $p<.001$) mellan flickorna ($M_{T1}=14\ 700$, $Sd=3\ 300$; $M_{T2}=14\ 000$, $Sd=3\ 100$, $M_{T3}=12\ 200$, $Sd=2\ 700$) och pojkarna ($M_{T1}=17\ 200$, $Sd=4\ 500$; $M_{T2}=16\ 700$, $Sd=4\ 900$; $M_{T3}=13\ 300$, $Sd=4\ 200$) i antal steg per dag, som tyder på att pojkarna var mer frekvent fysiskt aktiva. Detta resultat var inte heller speciellt förvånande då flera tidigare studier också visat på likartade mönster (Sallis, & Owen, 1999; Statens folkhälsoinstitut, 2011:27; Tudor-Locke et al., 2011). Däremot visade vidare analyser att andelen flickor som uppnådde *rekommenderat* antal steg var större jämfört med pojkarna vid både T1 och T3 (T1:87% av flickorna och 85% av pojkarna; T3: 69% av flickorna respektive 57% av pojkarna). Ingen signifikant skillnad kunde däremot urskiljas mellan könen över tid. Både flickorna och pojkarna minskade alltså sin stegnivå i stort sett lika mycket mellan T1 och T3. Resultaten visade vidare att det inte fanns några könsskillnader kopplat till vilken skola eleverna gick på, vilket

²¹ Flickor=11 000-12 000 steg; Pojkar 13 000 – 15 000 steg (Tudor-Locke et al., 2011)

således tyder på att interventionen inte haft någon generell effekt på vare sig flickor eller pojkar, med avseende på stegfrekvensen.

FA mätt med enkätdata

För att undersöka i vilken miljö eleverna utövade fysisk aktivitet, ställdes några frågor i enkäten om hur ofta de var fysiskt aktiva på *raster*, *i ämnet idrott och hälsa* samt på deras *fritid*. Vid en jämförelse mellan skolorna gällande hur fysiskt aktiva eleverna bedömt sig vara på lektionerna *i idrott och hälsa* samt på *fritiden*, visade analysen att det inte var någon signifikant skillnad mellan skolorna vid vare sig T1 eller T3, och inte heller mellan skolorna vad gäller förändringar över tid. Däremot när det gäller fysisk aktivitet på *raster* kunde man se en signifikant skillnad mellan skolorna ($F_{2,126}=22.97$, $p<.001$), där ett post-hoc test (Scheffe's) visade att eleverna på interventionsskolan skattade sig vara mer aktiva än de på kontrollskola 2, men inte i förhållande till eleverna på kontrollskola 1. Det intressanta är dock att det inte framgick några signifikanta förändringar mellan skolorna över tid, vilket återigen tyder på att interventionen inte haft någon större effekt.

En analys gjordes även specifikt för interventionsskolans elever, på samma variabler som ovan (*lektionerna i idrott och hälsa*, *fritiden* och *raster*), för att se om det hänt något gällande dessa elevers medelvärde över tid. Resultaten av analyserna visade då att medelvärdet sjunker för samtliga variabler, men inte i signifikant utsträckning.

Sammanfattning av fysisk aktivitet

Sammanfattningsvis visade resultaten att elevernas stegantal sjunker signifikant med stigande ålder, sett till både medelvärdet och till rekommenderad stegnivå. Det visade sig även finnas en signifikant skillnad mellan skolorna över tid. Störst skillnad kunde utläsas för kontrollskola 1, men även interventionsskolans elevers steg sjönk mellan T1 och T3. Skillnaden för dem är dock allra störst mellan T2-T3. Ingen av de elever på interventionsskolan som låg *under rekommenderad* stegnivå vid T1, nådde heller upp till rekommenderad nivå vid T3. Vidare kunde ingen signifikant skillnad utläsas mellan könen över tid.

I den analys som belyste i vilket sammanhang som eleverna bedömde sig vara mer eller mindre fysisk aktiva gick det inte att urskilja någon signifikant skillnad över tid, vare sig på idrottslektionerna, på fritiden eller på rasterna. Slutsatsen av dessa resultat blir således att interventionsskolans elevers fysiska aktivitet inte tycks ha påverkats trots att de har haft en hälsocoach på sin skola.

6.3.2 Psykosomatiska besvär

Tidigare studier har visat att psykosomatiska besvär ökar med åldern bland skolbarn (Petersen, Bergstrom & Brulin, 2003; Vanaelst et al. 2012). Fysisk aktivitet har dock visat sig ha en positiv effekt på ungas hälsa och inte minst på psykiskt välbefinnande (Strong et al., 2005; Janssen & LeBlanc, 2010), som därtill är något som ofta sjunker med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2014). För att ta reda på om elevernas självrapporterade hälsa, mätt utifrån psykosomatiska besvär, förändrats under projektiden (det vill säga mellan T1 och T3) utfördes en analys över det index som skapats gällande psykosomatiska besvär²². Resultatet av detta visade att elevernas hälsa, sett till hela undersökningsgruppen, hade försämrats över tid, men att den generellt sett var god. Det fanns alltså en signifikant skillnad ($p < .001$) i självrapporterade psykosomatiska besvär, där man kan se en liten ökning av besvären mellan T1 ($M_{T1}=1,77$; $Sd = .71$) och T3 ($M_{T3}=2,00$; $Sd = .68$), bland både interventionsskolans och kontrollskolornas elever.

När analyser gjordes med utgångspunkt i skolorna visade resultaten att det inte förekom några signifikanta skillnader *mellan* skolorna vare sig vid T1 eller vid T3. Resultatet visade dock att det fanns en signifikant förändring mellan skolorna över tid ($F_{2,126}=3,20$, $p < .05$), då eleverna på både interventionsskolan och kontrollskola 2 rapporterade fler psykosomatiska symptom vid sista mättillfället (T3) i jämförelse med det första ($T1:M_{Interv}=1,68$, $Sd=.64$; $M_{K2}=1,70$, $Sd=.62$; $T3:M_{Interv}=1,98$, $Sd=.74$; $M_{K2}=2,19$, $Sd=.62$). Till skillnad från de övriga skolorna skattade eleverna på kontrollskola 1 sin hälsa som relativt likvärdigt vid T1 och T3 ($T1:M_{K1}=1,82$, $Sd=.80$; $T3:M_{K1}=1,88$, $Sd=.59$).

²² Barnen fick ta ställning till fem svarsalternativ i stigande skala: 1=*Sällan eller aldrig*; 5=*I stort sett varje dag*.

Jämförelse mellan flickor och pojkar

Tidigare studier har visat på att det finns en könsskillnad i upplevda psykosomatiska besvär, där flickor i högre grad skattat sin hälsa sämre än pojkar i undersökningar (Folkhälsomyndigheten, 2014; Hagquist, 2009; Petersen et al., 2010). Detta mönster visade sig inte vara så tydligt i denna undersökning, då inga signifikanta skillnader mellan könen kunde märkas vid vare sig T1 eller T3. Däremot visade analysen på en signifikant skillnad mellan kön och psykosomatiska besvär över tid ($F_{1,124}=5.59$, $p<.001$), där man kunde se att flickornas upplevda hälsa försämrats mellan T1 ($M_{\text{Flickor}}=1.69$, $Sd=.47$) och T3 ($M_{\text{Flickor}}=2.08$, $Sd=.73$), medan inga tydliga sådana skillnader kunde upptäckas hos pojkarna (T1: $M_{\text{Pojkar}}=1.86$, $Sd=.88$; T3: $M_{\text{Pojkar}}=1.91$, $Sd=.63$). Vid en jämförelse mellan skolorna upptäcktes inte några könsskillnader över tid.

Sammanfattning av psykosomatiska besvär

Även när det gäller hälsorelaterade aspekter tyder resultaten på att Hälsocoachprojektet, som bedrivits på interventionsskolan, haft någon betydande effekt. Interventionsskolans elever rapporterade nämligen fler psykosomatiska besvär vid T3, till skillnad från T1, vilket även elever från kontrollskola 2 gjorde. Eleverna från kontrollskola 1 rapporterade emellertid också något fler besvär vid T3, men skillnaden var inte signifikant. Vidare kunde inga signifikanta könsskillnader utläsas mellan skolorna över tid.

6.3.3 Matvanor

Näringsrik mat, eller som i denna studie valts att kallas *nyttig* mat, som frukt och grönt, har visat sig ha flera positiva hälsoeffekter (WHO, 2012). Elevers dagliga frukt- och grönsaksintag minskar dock med åldern, medan mer *onyttiga* livsmedelsval som godis har visats sig öka med åldern (Folkhälsomyndigheten, 2014). Därtill kan oregelbundna matvanor (frukost lunch, middag och kvällsmål) kopplas till lågt intag av frukt och grönt (Pedersen et al 2012). Mot denna bakgrund ansågs det intressant att undersöka dessa variabler även för denna undersökningsgrupp och hur deras vanor förändrats över tid. Av resultatet att döma uppgav eleverna sig äta likartat med *nyttig* mat vid både T1

och T3, sett till hela gruppens medelvärde²³ ($M_{T1}=3.84$, $Sd=.76$, $M_{T3}=3.84$, $Sd=.76$, n.s.). Däremot sjönk medelvärdet något för *nyttig* mat mellan mätningarna ($M_{T1}=4.27$, $Sd=.91$, $M_{T3}=4.12$, $Sd=1.06$; $p<.05$), vilket är i linje med tidigare forskning, som belysts ovan.

Förutom intag av frukt och grönt har frukostvanor visat sig vara en friskfaktor för ungas hälsa. De som äter frukost minskar bland annat risken att utveckla övervikt i ungdomsåren (Merten et al., 2009). Frukostintag är något som också visat sig sjunka med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2014). I likhet med elevernas intag av nyttig mat i denna undersökningsgrupp sjönk andelen elever som äter frukost (T1=89%; T3=81%) och lunch (T1=96%; T3=80%) regelbundet²⁴. Att barnen åt frukost i något mindre utsträckning i årskurs 6 jämfört med årskurs 4 var inte ett överraskande resultat i sig, eftersom WHO (2012) också har pekat på dessa trender utifrån tidigare gjorda undersökningar. Skillnaden över tid gällande de elever som åt middag regelbundet var dock inte stor (T1=94%; T3=92%). Barnen åt middag hemma i ungefär samma utsträckning vid T3 som vid T1. Däremot sjönk frekvensen något mellan mätningarna då det gäller elevernas intag av mellanmål (T1=72%; T3=65%).

Vid en jämförelse mellan skolorna vad gäller *onyttig* mat, gick det inte att utläsa några signifikanta skillnader. Det fanns vidare inga signifikanta avvikelser över elevernas intag av onyttig mat mellan skolorna över tid (från mättillfälle T1-T3). Liknande resultat gick också att upptäcka för indexet över *nyttig* mat, där man likaså inte kunde se några signifikanta skillnader mellan skolorna.

När det gäller elevernas intag av *frukost* visade resultaten inte heller på några större skillnader mellan skolorna, och inte heller mellan de två mättillfällena, T1 och T3 (Intervention: T1=84%; T3=78%; Kontroll 1: T1=95%; T3=81%; Kontroll 2: T1=90%; T3=85%). Andelen elever som åt frukost minskade på samtliga skolor, trots att interventionsskolans elever fått lära sig mer angående frukostens betydelse för hälsan. När det gäller lunchintaget fanns det dock en

23 Barnen fick ta ställning till sju svarsalternativ i stigande skala i enkäten: 1=*Aldrig*, 7=*Mer än en gång om dagen*. Se 5.2.4 i metodkapitlet för mer info.

24 Barnen fick ta ställning till fyra svarsalternativ i enkäten, gällande frukost-, lunch-, middag- och mellanmålsintag: 1=*Aldrig*, 2=*Sällan*, 3=*De allra flesta dagar*, 4=*Varje dag*. Vid analyserna sammanfogades sedan svarsalternativen ”De allra flesta dagar” och ”Varje dag”, för samtliga ”matvanevariabler”, för att ge dig som läsare en mer övergripande bild av elevernas matintag per vecka.

skillnad mellan skolorna, där en större andel elever från interventionsskolan och elever ifrån kontrollskolan 2 uppgav sig äta lunch, till skillnad från eleverna på kontrollskola 1 (Intervention: T1=100%; T3=84%; Kontroll 1: T1=90%; T3=73%; Kontroll 2: T1=98%; T3=82%). Däremot kunde inga stora skillnader upptäckts mellan skolorna över tid - alla elever hade minskat sitt lunchintag. Vidare gick det inte att finna några specifika skillnader mellan skolorna över tid när det gäller deras middagsintag. Andelen elever som åt middag var relativt konstant från T1 till T3 (Intervention: T1=92%; T3=92%; Kontroll 1: T1=95%; T3=98%; Kontroll 2: T1=95%; T3=97%).

Vid en granskning av barnens förtäring av mellanmål, sågs inte heller där några stora tydliga skillnader mellan de olika klasserna. Alla elever i årskurs 6 hade rapporterat att de åt mellanmål i lägre grad än vad de gjorde i årskurs 4. Det var dock något fler elever från kontrollskola 1 som minskat sitt intag av mellanmål (Intervention: T1=72%; T3=70%; Kontroll 1: T1=81%; T3=61%; Kontroll 2: T1=62%; T3=62%), men även eleverna från interventionsskolan hade alltså gjort det, även om hälsocoacherna i projektet arbetat extra med detta.

Jämförelse mellan flickor och pojkar

Enligt Rasmussen et al (2006) kan ungas intag av *nyttig* mat (t ex frukt och grönt) ha ett samband med kön, då det visat sig att flickor i högre grad tenderar att äta mer av denna livsmedelsgrupp än vad pojkar gör. Resultaten i denna studie visar förvisso att flickorna rapporterat sig äta mer *nyttig* mat vid både T1 och T3 (T1: $M_{\text{Flickor}} = 4.45$, $Sd = .87$; $M_{\text{Pojkar}} = 4.11$; $Sd = .91$; T3: $M_{\text{Flickor}} = 4.30$, $Sd = .95$; $M_{\text{Pojkar}} = 3.96$, $Sd = 1.13$; $F_{1, 128} = 4.93$, $p < .05$), medan flickorna och pojkarna rapporterat sig äta mer likartat vad gäller *onyttig* mat (T1: $M_{\text{Flickor}} = 3.90$, $Sd = .71$; $M_{\text{Pojkar}} = 3.79$; $Sd = .81$; T3: $M_{\text{Flickor}} = 3.75$, $Sd = .74$; $M_{\text{Pojkar}} = 3.93$, $Sd = .78$; n.s.). Vad gäller elevernas intag av *frukost*, *lunch*, *middag* och *mellanmål*, under dagen kunde inga könsskillnader upptäckas. Det visade sig heller inte finnas några könsskillnader mellan skolorna över tid.

Sammanfattning av elevernas matvanor

Elevernas intag av *onyttig* mat verkar vara bestående över tid, men däremot sjönk medelvärdet signifikant för deras förtäring av *nyttig* mat mellan mätningarna. Vidare visade analysen att elevernas frukost- och lunchintag

sjönk signifikant mellan T1 och T3. Något som däremot inte skilde sig så mycket åt mellan mätningarna, var elevernas rapporterade förtäring av middag och mellanmål.

Vid en jämförelse *mellan* skolorna visade analysen inte på några signifikanta skillnader vare sig för intaget av *onyttig* eller *nyttig* mat, förtäring av frukost, lunch, middag eller mellanmål över tid. Det fanns heller inga könsskillnader över tid. Med andra ord verkar de insatser som bedrivits på interventionsskolan, för att främja barnens matvanor, inte haft någon särskild påverkans effekt enligt dessa resultat.

6.3.4 Självkänsla, fysisk kompetens och utseende

Forskning har visat att ungas upplevelse av sin självkänsla (Breslin et al 2012), idrottsliga kompetens och hur de värderar/ser på sin kropp kan ha ett samband med hur fysiskt aktiva de är (Chen & Hypnar, 2015; Crocker et al., 2000; Harter, 2012; Lindwall, 2004). Detta kan i sin tur även påverka barns upplevda allmänna självkänsla (Hallal et al., 2006). Högt skattad självkänsla kan även ha ett samband med upplevd hälsa (Diener & Diener, 1995). Därutöver kan återkopplingen ifrån signifikanta andra vara av betydelse för hur unga värderar sin egen självkänsla (Harter, 2012). Med andra ord kan flera faktorer ha inverkan på hur man uppfattar och värderar sig själv. Av denna anledning och utifrån studiens teoretiska ramverk ansågs det därför intressant att studera om de aktiviteter som bedrivits i Hälsocoachprojektet har haft någon positiv effekt på elevers självkänsla.

En första analys gjordes över hela undersökningsgruppens självskattade självkänsla och hur denna förändrats över tid. Tidigare forskning har nämligen visat att självkänslan och den upplevda fysiska kompetensen börjar sjunka i mellanstadieåldern, för att sedan öka igen i slutet av tonåren (Marsh, 1989; 1998). Resultatet visade sig gå i linje med tidigare studier då elevernas *globala självkänsla*²⁵ sjönk signifikant mellan T1 och T3 ($M_{T1}=3.54, Sd=.50; M_{T3}=3.22, Sd=.61; F_{1,126}=5.09, p<.05$).

²⁵ Eleverna ombads ta ställning till ett av fyra påståenden i varje fråga; 1=*Stämmer inte alls in på mig*, 2=*Stämmer bara lite in på mig*, 3=*Stämmer bra in på mig*, 4=*Stämmer mycket bra in på mig*.

Vid en jämförelse mellan skolorna visade analysen vidare att eleverna på interventionsskolan, kontrollskola 1 och kontrollskola 2 skattade sin *globala självkänsla* likartat (T1: $M_{\text{Interv}}=3.58$, $Sd=.53$; $M_{K1}=3.55$, $Sd=.56$; $M_{K2}=3.48$, $Sd=.40$). Därtill kunde inga signifikanta förändringar över tid märkas mellan skolorna (T3: $M_{\text{Interv}}=3.24$, $Sd=.57$; $M_{K1}=3.43$, $Sd=.56$; $M_{K2}=2.97$, $Sd=.65$). Att eleverna på interventionsskolan haft en hälsocoach som bedrivit extra fysisk aktivitet några gånger i veckan på skoltid, verkar enligt dessa resultat således inte ha påverkat deras globala självkänsla.

På samma sätt som för självkänslan sjönk medelvärdet i upplevd *fysiska kompetens*²⁶ hos hela undersökningsgruppens över tid, men inte i lika hög grad och inte i signifikant utsträckning ($M_{T1}=2.82$, $Sd=.61$; $M_{T3}=2.78$, $Sd=.65$). Vid en jämförelse mellan de olika skolorna över tid gällande elevernas *fysiska kompetens* gick det inte heller att finna några signifikanta skillnader.

På samma sätt som ovan studerades först hela undersökningsgruppens utveckling över tid gällande hur de *värderade sitt utseende/yttre*, vilket i tidigare studier visat på liknande trend som för global självkänsla och fysisk kompetens (Maiano, Ninot & Bilard, 2004). Här visade det sig att eleverna generellt sett tyckte mindre om sitt utseende ju äldre de blev ($M_{T1}=3.38$, $Sd=.58$; $M_{T3}=2.92$, $Sd=.72$, $F_{1,126}=9.77$, $p<.01$)²⁷, vilket är liktydigt med vad tidigare studier kunnat se tendenser till. Dessutom visade resultatet att det fanns en signifikant skillnad ($F_{2,127}=3.56$, $p<.05$) mellan skolorna gällande elevernas uppfattning av sitt *utseende/fysiska yttre*. Det fanns också en signifikant skillnad i elevernas bedömning av sitt fysiska utseende mellan skolorna över tid (T1: $M_{\text{Interv}}=3.52$, $Sd=.57$; $M_{K1}=3.50$, $Sd=.56$; $M_{K2}=3.41$, $Sd=.62$; T3: $M_{\text{Interv}}=2.95$, $Sd=.66$; $M_{K1}=3.17$, $Sd=.75$; $M_{K2}=2.63$, $Sd=.67$; $F_{2,126}=3.88$, $p<.05$). Det gick dock inte att finna några signifikanta skillnader mellan interventionsskolan och de två kontrollskolorna, utan endast mellan de två kontrollskolorna.

Jämförelse mellan flickor och pojkar

Vidare ansågs det intressant att undersöka eventuella könsskillnader för undersökningsgruppen, då det finns studier som visat på att flickor skattar sin självkänsla lägre än pojkar (Klomsten et al, 2004). Av analysens resultat att

²⁶ Se fotnot 25.

²⁷ Se ovan.

döma kunde inga skillnader urskiljas, på någon av skolorna, och ej heller över tid. Både flickornas och pojkarnas egenskattade *globala självkänsla*, upplevda *fysiska kompetens*, och hur de *värderar sitt utseende/yttre* sjönk alltså mellan T1 och T3. Könskillnader har emellertid tidigare främst kunnat märkas på högstadiet (Ibid.), vilket kan förklara resultaten. Oavsett verkar inte Hälsocoachprojektet ha påverkat varken flickornas eller pojkarnas självkänsla på något särskiljande sätt.

Sammanfattning av elevernas självkänsla, fysiska kompetens och utseende

Resultaten visar att både elevernas *självkänsla* och hur de *värderade sitt utseende/yttre* sjunker signifikant med åldern, för hela undersökningsgruppen. Elevernas upplevda *fysiska kompetens* sjönk också mellan mättillfällena, men skillnaden var inte signifikant.

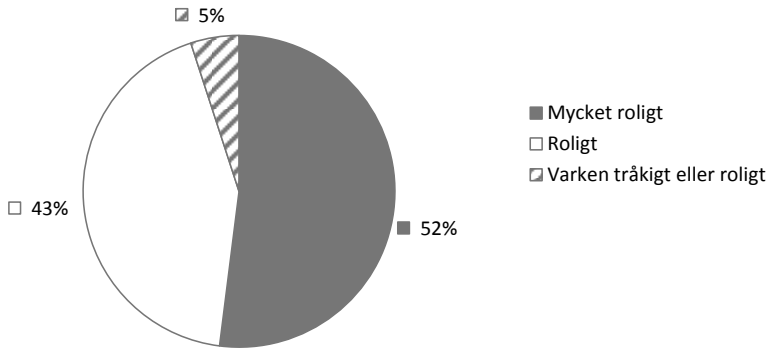
Det fanns vidare ingen signifikant skillnad varken mellan elevernas skattade fysiska kompetens och deras upplevda globala självkänsla *mellan* skolorna över tid. Däremot upptäcktes en signifikant skillnad mellan skolorna över tid gällande deras bedömning av sitt utseende/yttre, men inte mellan interventionsskolan och kontrollskolorna. Resultaten visade vidare inte på några könskillnader mellan skolorna över tid. Sammantaget innebär detta följaktligen att ej heller här verkar hälsocoachens insatser haft någon positiv mätbar effekt.

6.3.5 Upplevelser av Hälsocoachprojektet

För att få en mer samlad bild, utöver den kvalitativa undersökningen (där inte alla eleverna kunde få komma till tals), fick eleverna besvara några frågor i enkäten som berörde deras uppfattning av hälsocoachen och de initierade hälsofrämjande insatserna samt hur dessa faktorer påverkat deras upplevda fysiska aktivitet och kostvanor. Liknande frågor ställdes också till elevernas vårdnadshavare, för att på så sätt även försöka fånga in deras upplevelser om Hälsocoachprojektet.

Elevernas upplevelser av HP

Resultatet av den analys som gjorts utifrån elevernas svar visade att de allra flesta (95%) tyckte att det hade varit ”roligt” eller till och med ”mycket roligt” att ha haft en hälsocoach på skolan. Två elever (5%) svarade dock att de varken tyckt det varit ”tråkigt eller roligt”, men ingen svarade att de tyckt det varit ”tråkigt” (se figur 4).



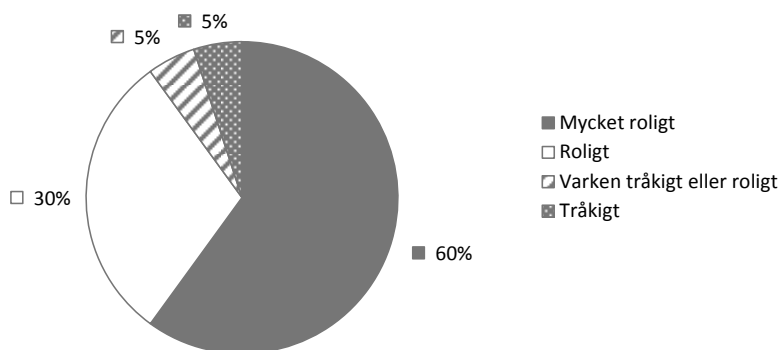
Figur 4. Elevernas upplevelse av att ha haft en *hälsocoach* på sin skola, i procent (n=42).

Anledningen till att eleverna tyckt att det varit roligt med en hälsocoach på skolan var bland annat för att de ansåg att de hade lärt sig mycket, fått prova nya lekar och för att de fått röra på sig, vilket exempelvis kan skildras genom citatet nedan som kommer ifrån ett av de öppna svarsalternativen i enkäten.

Jag tycker att det är jätteroligt att ha hälsoprojekt i skolan för att man kan röra mer på sig och det är kul med lekar.

I likhet med de resultat som framkom under den kvalitativa undersökningen tyckte majoriteten (90%) av barnen dessutom att det varit ”roligt” eller ”mycket roligt” med de *aktiviteter* hälsocoachen hade bedrivit, medan endast några få elever uppgav att de tyckt det varit ”tråkigt” (5%) eller ”varken roligt eller tråkigt” (5%) (se figur 5).

HÄLSOCOACHPROJEKTET



Figur 5. Elevernas upplevelse av de *aktiviteter* hälsocoachen bedrivit, i procent (n=42).

Svaren var alltså liktydiga med de svar som kom fram på föregående fråga, om hur de upplevt att ha haft en hälsocoach på skolan. Vid en närmare analys av *varför* eleverna uppfattat de hälsofrämjande aktiviteterna som *roliga* eller *tråkiga* svarade barnen att de främst gillat variationen av lekar. Ett par elever skrev också att de ogillat när det blivit bråk. Även dessa resultat påminner om de som framkom genom de kvalitativa intervjuerna, där eleverna också nämnde att de gillade variationsrika lekar. Några få barn tycks ha upplevt HP-tillfällena som bråkiga, vilket tidigare bara nämnts i samband med idrottslektionerna. Det ges emellertid ingen vidare förklaring till upplevelsen – det vill säga om upplevelsen var den samma under HP med båda hälsocoacherna, eller bara med en av dem. Nästan alla eleverna verkade ändå ha uppskattat hälsocoachens aktiviteter och då framförallt de olika sorters lekar som initierades.

De allra flesta barn i de två interventionsklasserna (91%) ansåg sig också ha varit *mycket aktiva* under HP-aktiviteterna, då 55% svarat ”alltid” och 36% ”nästan alltid”. En elev uppgav dock att hon ”nästan aldrig” varit mycket aktiv under HP vilket enligt henne själv berodde på att hon inte orkade;

För jag verkligen inte har bra kondition och orkar inte springa och jag orkar inte bry mig.

Enligt detta resultat att döma, verkar således inte Hälsocoachprojektet lyckats entusiasmera alla barn, vilket stämmer väl överens med tidigare framhållna

resultat. Därutöver rapporterade tre av eleverna (7%) att de bara varit mycket aktiva på HP ”ibland”, men det framkom inte varför och ej heller om det varit mer eller mindre aktiva under ledning av den ene eller den andre hälsocoachen, eller under bådars ledning. Hur barnen tolkat *mycket aktiv* är emellertid vidare svårt att uttala sig om.

Eftersom delaktighet sägs vara en viktig komponent i hälsofrämjande arbete (Korp, 2004), blev eleverna även tillfrågade om de känt sig *delaktiga* i HP-aktiviteterna. Över hälften av eleverna uppgav här att de ”alltid” eller ”nästan alltid” känt sig delaktiga (64%), medan 29% av barnen känt sig det ”ibland” och tre barn (7%) ”nästan aldrig” eller ”aldrig”. Det verkar dock som barnen tyckt att det varit skillnad beroende på vilken hälsocoach de haft, då några elever skrev att de upplevt det som att den ene hälsocoachen bara ”[...] brytt sig om sina favoriter”. Några andra skrev också att ingen bryr sig alls, men det framkom emellertid inte om dessa elever då syftade på båda hälsocoacherna, endast på en av dem, eller på sina klasskamrater.

Den övervägande majoriteten (93%) hade i alla fall känt sig *välkommen i gruppen* då det varit HP-aktiviteter. Flera elever skrev som förklaring att ”alla får vara med”, något som tolkats har med aktiviteternas utformning att göra. Resultaten tyder således på att HP-aktiviteterna kan ha förhindrat utanförskap, vilket kan skildras genom citatet:

Man får vara med och göra grejer och då blir man inte utanför.

Dessa resultat går dessutom i linje med det elevernas klasslärare uttryckte angående hälsocoachens betydelse för att förhindra mobbning. Tre av barnen (7%) hade däremot upplevt det på ett annat sätt och bara känt sig välkommen ”ibland”, men de gav ingen förklaring. Utifrån andra elevers kommentarer framkommer att flera av barnen känt sig mer välkommen i gruppen när den ene hälsocoachen drev projektet, vilket tolkas bero på att han varit mer närvarande och delaktig själv, än vad den andre varit. Eleverna fick nämligen också svara på en fråga om de känt sig sedda under HP-aktiviteterna. Här angav 69% av eleverna att de ”alltid” eller ”nästan alltid” upplevt sig sedda, medan 24% av eleverna endast känt sig sedda ”ibland” och 7% ”nästan aldrig” eller ”aldrig”. Några uttryckte att den ene hälsocoachen inte varit med på lektionerna, likt de resultat som också framkom under intervjuerna, vilket skulle kunna vara en anledning till deras upplevelse. Några elevers

kommentarer från enkäten liknar följaktligen de kvalitativa resultaten, där de också framför sin besvikelse över att den ene hälsocoachen agerade som han gjorde. De flesta verkade ändå ha känt sig sedda.

Vidare innehöll frågeformuläret ett par frågor som behandlade elevernas lärdomar av Hälsocoachprojektet. Ämnet idrott och hälsa i skolan ska enligt Lgr 11 hjälpa eleverna att utveckla kunskaper till ett hälsofrämjande liv, men enligt Skolinspektionens granskning av ämnet (2012) täcks inte alltid alla delar av kursplanen. Dessutom ska hela skolan hjälpa till att arbeta hälsofrämjande, vilket innebär att eleverna bör få kunskaper om goda levandsvanor även på andra sätt än i idrottsämnet. Utifrån elevernas svar tyder resultaten på att hälsocoachen har utvecklat elevernas kunskap, då alla svarade att de lärt sig något om varför det är viktigt att röra på sig i HP. Några barn verkade dock ha upplevt att de lärt sig mer än andra, då 91% av eleverna kryssat i rutan ”väldigt mycket”, ”mycket” eller ”ganska mycket” medan 10% av eleverna fyllt i ”lite grann”.

Liknande resultat framkom även på frågan om de tyckt att de lärt sig något om bra matvanor i projektet, där 86% av barnen framhöll att de lärt sig ”... mycket”, medan 14 % tyckte att de lärt sig ”lite grann”. En anledning till att några bara lärt sig ”lite grann” skulle kunna bero på att de redan hade god kunskap i ämnet. Under intervjun var det exempelvis några föreningsaktiva barn som påpekade att de i HP inte hade fördjupat sig i teorin, vilket borde tyda på att de hade förkunskaper om hälsosamma levandsvanor, något som i sin tur kan bero på deras hemförhållanden (Sjöberg et al., 2011). En annan anledning till att de inte lärt sig så mycket kan naturligtvis också bero på att de inte lyssnat tillräckligt och tagit till sig den information som givits. Resultatet som sådant behöver alltså inte ha med hälsocoachernas insatser att göra.

För att vidare försöka utreda hur eleverna upplevt Hälsocoachprojektet, fick de även genom två öppna frågor beskriva vad som varit *bra* respektive *dåligt* med projektet. Kommentarererna var blandade, men ett flertal uttryckte ändå ganska likartade upplevelser, och saker som redan skildrats genom tidigare framhållna resultat. Framför allt framhölls deras positiva syn på lekar igen, men svaren belyser också vikten av att få ingå i gruppen, få vara med, att ingen blir utanför och att aktiviteterna inte gjort dem sysslösa på rasten. Några elever skrev dessutom att de fått mer energi till sina ordinarie

skolämnen av att ha rört på sig lite extra, i likhet med vad tidigare forskning belyst kan vara en viktig påverkansseffekt av extra fysisk aktivitet i skolan (Ericsson & Karlsson, 2014). Denna positiva upplevelse hade även elevernas klasslärare, som under intervjun nämnde att elevernas energi till övriga skolämnen var bättre både före och efter HP-tillfällena.

Vad gäller elevernas synpunkter angående *dåliga* upplevelser av projektet så var också de relativt likartade - de flesta skrev att ”inget har varit dåligt”. Utöver det framkom bland annat deras besvikelse över att den första hälsocoachen slutade och att det varit för kort tid för aktiviteterna, vilket var en faktor även hälsocoacherna uttryckte under intervjun. Eleverna framförde vidare några negativa saker som att de lekt samma lek för många gånger eller att det ibland kunde bli tjafs och bråk, vilket ogillades. Således relativt likartade svar som redan belyst genom andra frågor och även genom intervjuerna med några av eleverna. Sammantaget tyder resultaten på att eleverna uppskattat det mesta med Hälsocoachprojektet. Eleverna poängterade dock att de varit något mer nöjda under ledning av den ene hälsocoachen och sättet han arbetade på.

Sammanfattning av elevernas upplevelser av HP

Majoriteten av eleverna tyckte att det hade varit roligt att ha haft en hälsocoach på skolan som anordnat hälsofrämjande aktiviteter, där de fått pröva nya variationsrika lekar och lära sig nya saker. Alla, utom en elev, uppgav dessutom att de alltid varit aktiva under HP. Vidare ansåg de flesta att de fått vara delaktiga, men dock inte riktigt alla, vilket verkar vara kopplat till den ene hälsocoachen. Dessutom kände de sig lite mer välkomna i gruppen med en av hälsocoacherna. Några elever uppgav emellertid att de inte blivit sedda, men det framkommer inte varför och om det gällde för båda coacherna eller inte. Analysen visar dock att den ene hälsocoachen inte själv varit så delaktig och engagerad.

De allra flesta elever uppgav i alla fall att de lärt sig mycket i projektet – både om vikten av att röra på sig och om bra matvanor. Några mer än andra. Ytterligare positiva upplevelser var att ingen blir utanför, att rastaktiviteterna inte gjort dem sysslösa, och att den extra fysiska aktiviteten gett dem mer energi till övriga lektioner. Det negativa som lyftes fram var bland annat att aktiviteterna varit för korta, saknat variation eller då det blivit bråk samt bytet

av hälsocoach. Flera av de resultat som belysts här är således likartade med de som framkom genom de kvalitativa intervjuerna.

Vårdnadshavarnas upplevelser av HP

Av de 24 (52%) vårdnadshavare som svarat på enkäten upplevde de flesta (88%) att deras barn hade tyckt att det varit ”bra” eller ”mycket bra” att ha en hälsocoach i skolan. Endast tre vårdnadshavare (13%) svarade ”varken bra eller dåligt”, och ingen hade kryssat i svarsalternativet ”dåligt”. Få av de svarande hade här gjort några skriftliga kommentarer på det svar de angivit, men av de förklaringar som framkom handlade upplevelsen i stort om att deras barn tyckt att det varit roligt med fysisk aktivitet i samband med HP. Barnen hade gillat att prova olika lekar och att lära sig nya saker. Dessa resultat liknar alltså tidigare presenterade resultat – både utifrån elevenkäten och utifrån de intervjuer som gjorts.

Vidare fick också vårdnadshavarna själva en fråga gällande hur de tyckte att det varit att det funnits en hälsocoach på deras barns skola under två års tid. Av de svar som framkom här verkade majoriteten (75%) nöjda, då de svarat ”bra” eller ”mycket bra”. Sex vårdnadshavare (25%) tyckte däremot att det ”varken varit bra eller dåligt”, men ingen av dem hade svarat att det tyckt det varit ”dåligt”. Vårdnadshavarnas kommentarer gällande *varför* var vidare relativt samstämmiga och handlade i stort om att de tyckt det varit bra att deras barn lärt sig mer om hälsa och att de fått röra på sig mer än förut i skolan, vilket kan skildras genom några exempel ifrån deras noteringar i enkäten:

XXXX (*ett barns namn*) har lärt sig att röra mycket på sig och att när man rör på sig kan man också ha kul.

Barnen har fått extra aktivitet och de har fått bra medvetande om kost och aktivitet.

Utöver ovanstående ombads vårdnadshavarna svara på frågan om de upplevde att *hälsocoachen* påverkat deras barns hälsa i positiv riktning – en fråga som alla svarade *ja* på. 88% av vårdnadshavarna ansåg att deras barns hälsa påverkats ”mycket”, medan 12% svarat ”Ja, lite grann”. Ingen av vårdnadshavarna hade alltså svarat ”nej” på frågan, men det var dock inga utförliga kommentarer och dessutom var kommentarerna få om *varför* de

upplevt att barnets hälsa påverkats positivt. Några beskrev att deras barn exempelvis blivit "[...] mer medveten om att maten är viktig för hur man mår", medan andra istället lyfte fram att barnet blivit mer "[...] positiv till skolan", eller att de börjat röra sig mer på fritiden. Alla vårdnadshavare hade vidare svarat ja på frågan om huruvida de upplevt att barnet påverkats till att bli mer *fysiskt aktiv* eller inte av hälsocoachen, varav 67% tyckt "mycket" och 33% "lite grann". Med andra ord ansåg alla som besvarade enkäten att deras barn mer eller mindre hade påverkats till att bli mer aktiv än vad de tidigare varit.

Majoriteten av vårdnadshavarna upplevde dessutom att barnet påverkats till *bättre matvanor* av hälsocoachen. Endast 17% svarade emellertid "mycket". Flest svar gick däremot att finna på alternativet "ja, lite grann" där 54% av vårdnadshavarna kryssat i sitt svar. Därtill ansåg 29% av dem att barnet inte påverkats alls till bättre matvanor. Även här var det endast ett fåtal vårdnadshavare som hade gjort kommentarer till *varför* de ansåg det ena eller det andra, utan de få svar som framkom handlade bara om att barnet blivit mer medveten om vikten av bra/nyttig mat.

Även om barnen delvis, enligt vårdnadshavarna, hade påverkats av Hälsocoachprojektets insatser verkar det inte ha haft någon stor inverkan på *familjens* hälsa i positiv riktning. Åtminstone inte om man ser till de svar som angavs, där 54% av de svarande inte upplevde att det påverkat familjen alls. Förvisso ansåg resterande, det vill säga 46%, av vårdnadshavarna att familjens hälsa påverkats åt det positiva hållet, men de flesta av dessa (33%) verkade ändå bara tycka att projektet påverkat dem i liten grad. Det var vidare endast *en* förälder som angav en förklaring till sitt valda svar; "När man ser att barnen är i full fart då har man lust att vara med.", men mer förtydligande än så gavs alltså inte. Av de flertal hälsofrämjande interventionsprojekt WHO (2006a) granskat som involverat föräldrar, gav de dock också endast ökad kunskap om hälsa och ej förändrade hälsobeteenden, så resultatet i denna studie är antagligen inte unikt i sig. Effekten av att involvera föräldrar är heller inte alltid långvarig (Nyberg et al., 2016).

I likhet med elevenkäten var några av de sista frågorna till elevernas vårdnadshavare öppna, där de själva kunde få skriva fritt om sina upplevelser av Hälsocoachprojektet. Av dessa kommentarer att bedöma var alla

HÄLSOCOACHPROJEKTET

vårdnadshavare mycket positiva till allt som har varit. De allra flesta uttryckte att projektet varit bra för att deras barn fått lära sig och blivit uppmuntrade till att pröva nya aktiviteter och att de blivit medvetna om bra matval:

Att barnen får lära sig i skolan att det är viktigt med kost och motion. Bra att barnen får veta att de själva kan påverka sin hälsa.

Roligt att de blivit inspirerade/uppmuntrade att prova nya aktiviteter. Bra att få prata om mat.

Dessutom var det några vårdnadshavare som uppgav att deras barn blivit mer fysiskt aktivt och en annan som skrev att projektet påverkat hela familjen till ”olika saker”, vilket tolkas som hälsofrämjande aktiviteter av något slag:

Det har motiverat XXXXX (*skriver namnet på sitt barn*) att vara ute mer och att det är roligt att röra på sig. Hon har t.ex. börjat spela basket.

Att barnen och hela familjen har velat pröva på olika saker som flickan gör, t.ex. stegräknaren och olika saker. Min dotter har lärt sig att kroppen har olika funktioner och det är bra!

Det var vidare ytterst få svar på frågan om vad som ansågs ha varit *dåligt* med projektet, men av dessa var det ett par vårdnadshavare som menade att bytet av hälsocoach varit mindre bra, liksom de svar barnen lyfte fram som negativt – både genom enkäten och under intervjuerna. En vårdnadshavare skrev också att tiden för HP skulle varit oftare, och en annan att det skulle varit mer om mat och matvanor. Fyra uttryckte också att ”ingenting” varit dåligt eller negativt. Detta tyder på att den övervägande majoriteten av de vårdnadshavare som besvarat den enkät som sändes ut till dem, upplevt Hälsocoachprojektet som ett positivt inslag i skolans verksamhet.

Avslutningsvis ombads också barnens vårdnadshavare att skriva ner förslag på hur Hälsocoachprojektet skulle kunna förbättras i framtiden. Det var tyvärr inte många som gav några idéer här, men det som lades fram handlade bland annat om att det borde finnas fler aktiviteter som involverar föräldrar till att förbättra sina matval och sin livsstil. Några tyckte också det borde vara fler ”hälsotimmar” i veckan och en annan skrev att ett koncept som detta skulle ingå i hela grundskolan.

Sammanfattning av vårdnadshavarnas upplevelser av HP

I likhet med elevernas svar upplevde även de allra flesta vårdnadshavare att deras barn gillat HP, eftersom de fått prova olika lekar och lära sig något nytt. Även vårdnadshavarna verkade nöjda och tyckte det varit bra med en hälsocoach på skolan, som lärt barnen mer om hälsa och som bedrivit extra fysisk aktivitet med dem. Alla upplevde dessutom att projektet påverkat barnens hälsa i positiv riktning, exempelvis att det gjort dem mer aktiva. Majoriteten ansåg dessutom att HP fått barnen att äta bättre, men dock inte alla. Projektet verkar vidare inte haft någon direkt positiv påverkan på familjens hälsa. Oavsett framhöll vårdnadshavarna en mycket positiv syn på projektet som helhet.

6.3.6 Sammanfattande analys av kvantitativa data

Sammanfattningsvis visar resultaten att eleverna på interventionsskolan varken ökat eller behållit den fysiska aktivitetsnivå de hade vid T1, då de gick i årskurs 4. Detta trots att de haft en hälsocoach på sin skola och även om deras upplevelse var att de i HP lärt sig mer om vikten av att röra på sig. Den fysiska aktiviteten sjunker alltså ändå signifikant med stigande ålder. Interventionsskolans elevers fysiska aktivitet verkar således inte ha förbättrats varken på raster eller på fritiden. Skillnaden i antal steg per dag är dock allra störst mellan T2-T3. Ingen av de elever som låg *under rekommenderad* stegnivå vid T1, nådde heller upp till rekommenderad nivå vid T3, vilket tyder på att hälsocoachernas insatser likaså inte lyckats främja de elever som från början var minst aktiva.

När det gäller andra hälsorelaterade aspekter tyder även dessa resultat på att Hälsocoachprojektet inte haft någon verkan på interventionsskolans elever, då de rapporterat fler psykosomatiska besvär vid T3 i jämförelse med T1. Hela undersökningsgruppens psykosomatiska besvär hade sjunkit signifikant över tid. Därtill kunde ingen signifikant skillnad upptäckas över elevernas matvanor över tid. Elevernas intag av onyttig mat var likartad både vid T1 och T3, men däremot sjönk intaget av nyttig mat mellan mätningarna, vilket det gjorde även på de andra skolorna. Inga skillnader kunde heller urskiljas gällande förtäring av frukost, lunch, middag eller mellanmål över tid. Detta trots att hälsocoacherna arbetat lite extra med att försöka främja barnens matvanor,

HÄLSOCOACHPROJEKTET

och även om de flesta elever uppgav att de lärt sig mycket om bra matvanor i projektet, vilket även majoriteten av vårdnadshavarna ansåg.

Resultaten visar vidare att projektet ej heller lyckats befrämja interventionsskolans elevers självkänsla, fysiska kompetens eller hur de värderade sitt utseende/yttre, då även dessa komponenter sjunker signifikant med åldern. De flesta ur interventionsgruppen hade dock känt sig delaktiga i HP, men inte riktigt alla, vilket tolkas hänga samman med den ene hälsocoachen. Vidare hade inte heller alla alltid känt sig sedda, men om den upplevelsen gällde under båda coachernas ledning framkommer inte. En av hälsocoacherna upplevdes emellertid inte varit lika engagerad och själv så delaktig som den andre.

I likhet med de kvalitativa resultaten framkom det även här att de allra flesta elever och vårdnadshavare uppskattat att det funnits en hälsocoach på skolan, eftersom det gjort att eleverna fått chans att pröva nya variationsrika lekar och lära sig nya saker. Dessutom upplevde eleverna att HP gett dem något att göra på rasten, vilket gjort att ingen blivit utanför, och att de fått mer energi till övriga lektioner. Vårdnadshavarna tyckte också att HP påverkat barnens hälsobeteende då de blivit mer aktiva. Däremot upplevdes inte projektet haft något positivt inflytande på familjens hälsa. Det negativa som lyftes fram av både barn och vårdnadshavare var bytet av hälsocoach. Flera elever tyckte därtill att aktiviteterna varit för korta. De allra flesta ansåg dock att ingenting varit dåligt med Hälsocoachprojektet.

Kapitel 7 Slutdiskussion

7.1 Inledning

Tanken med diskussionskapitlet är att lyfta fram de mest relevanta resultaten. Dessa kommer i sin tur att knytas an till studiens teoretiska utgångspunkter och diskuteras gentemot tidigare forskning. På så sätt förväntas en övergripande bild förtydligas av Hälsocoachprojektets resultat, analyser och lärdomar.

Genom åren har flera hälsofrämjande skolprojekt med fokus på fysisk aktivitet drivits både internationellt och nationellt, men de allra flesta har syftat till att undersöka *effekten* av ökad fysisk aktivitet på elevers hälsa (se exempelvis Ericsson, 2003; Ericsson & Karlsson, 2014; Grydeland et al 2013; Haerens et al., 2006; Kriemler et al., 2010). Några av dessa studier har visat på en signifikant ökning av fysisk aktivitet, medan andra inte funnit några signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Det finns således mycket kvar att studera (Dobbins et al., 2013), då det fortfarande saknas forskning om hur man i skolan på bästa sätt bör arbeta för att främja barns hälsa (Ekblom, 2015).

Inte minst behövs fler studier av longitudinell karaktär, med upprepade mätningar som inte bara utvärderar hälsoeffekter utan även fångar in andra potentiella variabler som kan ha påverkat resultatet (Kristén et al., 2015). Enligt min vetskap har ingen heller direkt fokuserat på ansvarsfrågan kring hälsofrämjande arbete i skolan och det finns allt för få undersökningar om hur barnen själva upplever hälsofrämjande insatser i sin skolmiljö – åtminstone i Sverige. Det har visat sig vara betydelsefullt att få med de involverade aktörernas perspektiv, för att på så sätt kunna identifiera områden som kan vara viktiga att känna till inför framtida hälsofrämjande insatser (Tayabas et al., 2014).

En hälsocoach anställdes på 20 procent i en grundskola, under sex terminer, vars uppgift var att planera och driva hälsofrämjande arbete med fokus på fysisk aktivitet, för elever i två klasser. Syftet med denna avhandling har sedan

varit att utforska detta ”hälsocoachprojekt” utifrån både kvantitativa (stegmätning och enkäter) och kvalitativa (intervjuer med elever, lärare, hälsocoacher och skolledning) mätmetoder. Med de sammantagna resultaten är tanken att visa hur en hälsofrämjande process kan se ut i praktiken med dess olika hinder och möjligheter, som kan ha haft betydelse för utfallet av interventionen samt för det hälsofrämjandet arbetet i stort.

7.2 Metodologisk reflektion

Liksom i de flesta undersökningar finns det även i denna studie några saker av metodologisk karaktär som kan ha haft betydelse för resultaten. För det första kan interventionens utfall vara avhängigt ett flertal bakomliggande faktorer som inte kontrollerats för, så som socioekonomisk bakgrund vilket kan ha ett samband med livsstil och hälsa (Sjöberg et al., 2011). Tack vare två jämförelseskolor var dock förhoppningen att detta inte skulle komma att utgöra ett problem då skolorna betraktats som komparabla. Den analys som gjordes utifrån baseline visade emellertid att så inte riktigt var fallet. Den ena kontrollskolans elever visade sig nämligen vara något mindre fysiskt aktiva än vad eleverna från de två andra skolorna var. Med facit i hand var således inte skolorna helt jämförbara ifrån början, men eftersom det inte var en slumpmässig design är det inte speciellt konstigt att skillnader fanns i starten. Dessutom upptäcktes skillnaden tidigt i analysarbetet och kunde därför tas hänsyn till inför vidare analys och diskussion.

Min egen delaktighet och inverkan i projektet kan förstås också ha haft en påverkan på resultaten – jag har själv varit både projektledare, intervjuare och den som delat ut enkäter, samt den som sedan analyserat alla data. Det är viktigt att reflektera över detta som forskare och försöka beskriva denna ”reflexivitet”, då det hör till en kvalitetssäkring (Malterud, 2001). För det första kan det alltså finnas en risk att mina förkunskaper, idéer och egna förväntningar påverkat intervjupersonernas svar i någon grad och/eller gjort någon avspeglning i analysen (Kvale & Brinkman, 2014). Jag tror dock att det viktigaste är att jag varit medveten om denna eventuella påverkan (Mayall, 2008). Å andra sidan kan min kännedom om projektet och dess process hjälpt mig att både intervjua och tolka respondenternas utsagor, eftersom det anses viktigt att som forskare ha kunskap om undersökningsområdet (Ibid.). Under hela projektets gång har jag dessutom haft möjlighet att diskutera med mina

handledare, och externa handledarresurser, som varit delaktiga i både instrumentkonstruktion, analys och tolkning.

Det finns vidare en fara för att respondenterna svarat mer positivt än vad deras upplevelse egentligen var, då det visste om att jag var en av dem som initierat till att implementera en hälsocoach på skolan. Jag tror emellertid inte att detta har påverkat de intervjuades svar. De vuxna uppfattades vara starka individer som inte var rädda för att uttrycka sin åsikt och min upplevelse av intervjuerna med eleverna var att de svarade spontant, rakt ifrån hjärtat. Tack vare att jag själv utfört intervjuerna kunde jag också, utöver orden se till tonfall och kroppsspråk och även utifrån det bilda mig en uppfattning om upplevelsen av projektet (Johansson, 2003).

En styrka med studien är att den innehållit flera mätmetoder och varit longitudinell; jag har fångat in de berördas upplevelser och påverkans effekter både genom intervjuer och med hjälp av enkäter, samt låtit eleverna bära en pedometer vid tre tillfällen. Detta tillsammans borde kunna sägas höja konstruktionsvaliditeten (Yin, 2014). Det är sällan en och samma studie mäter fysisk aktivitet med *både* objektiva och subjektiva mätmetoder (Craggs et al., 2011; Dobbins et al., 2013). Det är emellertid möjligt att projektet varit för kort, även om det pågått över tid. För att kunna se några tydliga påverkans effekter, sett ur ett hälsoperspektiv, hade interventionen kanske behövt vara längre. Vidare kan det diskuteras om eleverna varit helt ärliga vid användandet av stegräknaren, då det kan finnas en risk för att eleverna lockats av att påverka sitt stegantal till det bättre. Jag utgick dock ifrån alla riktlinjer tidigare forskning pekat på, det vill säga viktiga faktorer att ta hänsyn till för att undvika felkällor, vilket borde stärka dessa resultat. Dessutom var väderförhållandena likvärdiga vid alla tre mätillfällen, då stegmätningarna utfördes.

Risken är också att eleverna inte förstått någon eller ett par frågor i enkäten. Förhoppningen är ändå att inga missuppfattningar skett eftersom både intervju- och enkätfrågorna pilottestats på barn i samma ålder, och detta är något som sägs höja kvaliteten (Cohen et al., 2007; Djurfeldt et al., 2010; Thomson et al., 2005). Dessutom var enkätfrågorna delvis utformade med stöd i redan tidigare validerade instrument. Jag följde även rekommendationen om att finnas till hands under själva enkätdistributionen i fall oklarheter skulle uppstå (Djurfeldt et al., 2010). Vad gäller enkäten till elevernas vårdnadshavare

framkom dock en viss problematik. Det gällde valet att ha båda vårdnadshavarna i en och samma enkät. Detta innebar att om barnen hade skilda föräldrar så kunde bara svar samlas in utifrån *en* förälders perspektiv och upplevelse. Vårdnadshavarnas enkät hörde dock inte till studiens främsta undersökningskälla, och därför betraktades problemet som att det trots allt inte varit avgörande för undersökningens huvud- och slutresultat.

Sist men inte minst kan urvalets storlek ifrågasättas. Det har bland annat varit svårt att kunna göra vissa statistiska analyser på grund av en så pass liten undersökningsgrupp. Syftet med studien var dock främst att utforska ett enskilt fall, och därför borde tillförlitligheten inte påverkas nämnvärt – den externa validiteten bör utifrån detta således ändå betraktas som god (Malterud, 2001). Jag menar trots allt att resultaten bör kunna överföras till andra likartade skolor med barn i samma ålder, och även till andra arenor där barn ingår och där intentionen är att främja ungas fysiska aktivitet.

7.3 Hinder och möjligheter

Av de samlade analyserna att döma var det hälsofrämjande arbetet i stort sett obefintligt på interventionsskolan när den första hälsocoachen anställdes hösten 2010. Det diskuterades sällan kring hälsofrämjande levnadsvanor i skolan, vilket troligtvis hängde ihop med resursbrist i form av både tid och pengar – ingen upplevde sig hinna med detta arbete – ett hinder som även tidigare forskning belyst (Hoelscher et al., 2004). Dessutom var upplevelsen bland lärare, pedagoger och elever att ämnet idrott och hälsa innehöll mest idrott och att området hälsa bortprioriterades även där. Skolans fysiska miljö var därtill uttryckligen ”katastrofal”, enligt lärarna och pedagogerna, och upplevdes således också kunna motverka elevernas inspiration till fysisk aktivitet.

För de allra flesta elever utgjorde ovanstående nämnda hinder emellertid inte några stora problem – de var aktiva ändå och tog ”tillräckligt” många steg per dag, vilket innebar att de kom upp till rekommenderad fysisk aktivitetsnivå på minst 60 minuter (Nordic Council of Ministers, 2013; WHO, 2010, 2015). Lärarnas och pedagogernas upplevelse var dock att det trots allt fanns en grupp av elever som var stillasittande, och då framförallt på sin fritid, vilket även framkom i intervjuerna med barnen, där de icke-föreningsaktiva

SLUTDISKUSSION

uttryckte mer stillasittande fritidssysslor. Några av de mindre fysiskt aktiva eleverna framhöll därtill sämre matvanor och kunskapen om hälsa var sämre än för den föreningsaktiva gruppen. Förutsättningarna för att alla barnen själva skulle kunna främja sin hälsa var således skiftande, och alla verkade inte ha tillräckligt med stöd hemifrån. Alla barn har inte föräldrar som uppmuntrar dem till bra levnadsvanor eftersom de själva inte är fysiskt aktiva – variabler som ofta går hand i hand (Kristén et al., 2015). Det fanns följaktligen ett flertal faktorer att gripa tag i som skulle kunna hindra hälsocoachen i arbetet med att öka elevernas möjlighet till att främja sina levnadsvanor. Mot denna bakgrund skildras vissa av de utmaningar som hälsocoachen stod inför i denna skolkontext.

I enlighet med de teoretiska utgångspunkterna belystes även de organisatoriska faktorernas betydelse. Ett exempel som ofta togs upp av respondenterna var att de ekonomiska resurserna delvis utgjort ett hinder att kunna bedriva hälsofrämjande verksamhet på bästa sätt. Smärre ekonomiska medel till inköp av material och för att anlita föreläsare fanns emellertid under hela projekttiden, vilket rektorn hjälpte till att söka via regionalt stöd. En faktor som upplevdes utgöra ett större hinder, för hälsocoacherna, var tid. Den tid de fått till förfogande för att anordna hälsofrämjande aktiviteter var otillräcklig. Att göra detta arbete inom ramen för en 20% tjänst upplevdes alltså inte vara nog. Hälsocoacherna hade gärna sett att detta varit en heltidstjänst, då de såg behovet av att kunna erbjuda så mycket mer.

Framför allt så hade tiden inte räckt till för den senast anställda hälsocoachen som ansåg att kombinationen hälsocoach och idrottslärare inte varit särskilt lyckad. Om detta berodde på att han inte haft samma förutsättningar för att planera sin verksamhet, som den förste hälsocoachen fått före projektet startade, eller om det kom an på att han inte hade samma bakgrund och utbildning som den först anställda hälsocoachen, är svårt att svara på. Rektorn hade heller inte stöttat den sist anställda hälsocoachen i samma grad som hon gjort med den hälsocoach som anställdes först. Att ha stöd ”uppiifrån”, från skolledningen, och då särskilt från rektorn var annars något som alla vuxna respondenter såg som en mycket viktig faktor för att möjliggöra arbetet med hälsofrämjande processer för elever. Detta kan ses som en central slutsats och något att beakta inför kommande hälsofrämjande satsningar. Det stödjer dessutom avhandlingens teoretiska modell, där denna organisatoriska faktor lyfts fram som betydelsefull. Utifrån denna studies resultat kan den snarare

klassas som så gott som helt avgörande. Båda hälsocoacherna kände förvisso att de fått stöd, men inte i den omfattning de önskat och detta kan naturligtvis ha påverkat deras insatser och därmed också utfallet av interventionen.

Rektorn upplevdes exempelvis inte ha frigjort tillräckligt med tid för hälsocoacherna att bedriva aktiviteter i praktiken. Delvis tycktes 30 minuters schemalagd tid till HP för eleverna, två gånger i veckan, vara för knapp – det hade behövts betydligt mer tid. Inte minst för att ge eleverna större möjlighet till att komma upp till, eller behålla, *minst* 60 minuters fysisk aktivitet per dag, vilket tidigare forskning sett som ett minimum (Andersson et al., 2006; Ortega et al., 2007). Tillgång till fysisk aktivitet anses vidare vara en viktig faktor för att främja sin dagliga aktivitetsnivå (Welk, 1999). Dessutom hade det känts lite meningslöst att anordna aktiviteter för de vuxna på skolan (lärare och pedagoger), eftersom det inte hade skapats någon lucka i deras schema för dem att delta. Med andra ord fanns det ett flertal organisatoriska faktorer som kan ha utgjort hinder för hälsocoachen att utföra ett fullgott arbete. Kanske är de största hoten för hälsofrämjande arbete således att skolan delvis inte har tillräckligt med ekonomiska resurser för att kunna frigöra tillräckligt med tid, men delvis också beroende av hur ledningen värderar insatsernas betydelse och hur de stödjer processen.

Ytterligare förutsättningar, som i analyserna visade sig vara av betydelse för att en hälsofrämjande verksamhet ska fungera på bästa sätt, var anpassade lokaler och en främjande skolmiljö (möjlighetsfaktorer). Detta stämmer också det väl överens med *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)* (Welks, 1999), men även med de hälsopromotiva utgångspunkterna, där stödjande miljöer framhålls som en viktig strategi i arbetet med att främja hälsa (Naidoo & Wills, 2007; Poland et al., 2000; WHO, 1986). Dessa så kallade möjlighetsfaktorer fanns dock inte på interventionsskolan i tillräcklig utsträckning. Dessutom hade dessa hinder varit svåra att påverka för hälsocoachen. Rektorn hade här varit behjälplig och påstridig gentemot kommunen, till vissa förändringar, men inget hade skett vilket innebär att det också finns saker i skolans verksamhet som inte ens en rektor kan göra så mycket åt. Ansvaret låg på en ännu högre nivå, vilket det troligtvis även gör inom andra skolområden. Detta kan också försvåra hälsofrämjande satsningar. Även om någon, några, eller till och med rektorn på skolan skulle vilja göra förändringar i skolmiljön är det således kanske inte alltid möjligt, då det inte ges tillräckligt med stöd och ekonomi ifrån skolchef och/eller ifrån kommunen. Det kan alltså finnas hindrande

faktorer även utanför själva ”arenan”, vilket innebär att insatser behöver göras på flera nivåer för att kunna skapa bästa möjliga livsstilsförändringar (Spence & Lee, 2003; Sallis et al., 2008; Bauman et al., 2012), för barn i skolmiljön.

Utöver de möjlighetsfaktorer som lyfts fram, pekar resultaten också på värdet av förstärkande faktorer, som tillika belyses i studiens teoretiska modell (Welk, 1999). Bland annat visade analysen på att det krävs ett positivt stöd och en god samverkan mellan lärare och övrig skolpersonal, så att alla arbetar tillsammans och hjälps åt att främja de ungas hälsa i skolan, likt tidigare studier lyft fram (Parcel et al., 2000; Statens folkhälsoinstitut, 2010:16). Att den ene hälsocoachen haft bra lärarsamverkan råder det inga tvivel om, men däremot verkar inte den andre riktigt haft samma assistans. Detta kan ha försvårat möjligheten för honom att nå fram till eleverna och på så sätt kunna utföra ett fullgott arbete. Båda hälsocoacherna hade dock fått hjälp av elevernas klasslärare med idéer, och klasslärarna hade dessutom varit flexibla gällande att ändra om i schema och så vidare, för att få in två HP-tillfällen i veckan för varje klass. Den övriga skolpersonalen, så som café- och kökspersonal, hade däremot inte visat något intresse alls för att samverka med hälsocoachen. Lärarna trodde dock inte att detta hade haft så stor betydelse för elevernas hälsa. Störst betydelse har således, utöver rektorn, en god samverkan och stöd ifrån klasslärare (Eather, Morgan & Lubans, 2013).

Något som vidare ansågs vara en väsentlig förstärkande faktor för barnens hälsofrämjande utveckling var elevernas föräldrar (vårdnadshavare). Dessa bedömdes som en viktig samarbetspartner, vilket både tidigare forskning belyst (Nyberg et al., 2015; WHO, 2006a) och är något som betonas i Welks (1999) modell. Elevernas vårdnadshavare var emellertid svåra att nå i Hälsocoachprojektet. Hälsocoacherna hade inte ansträngt sig tillräckligt heller, vilket de sa sig ångra. Kanske berodde det på att det inte funnits någon tradition i att samverka med vårdnadshavare tidigare på skolan (SBU, 2004:160). Steget till detta blev då troligtvis alldeles för stort för hälsocoachen med många andra uppgifter på sin agenda den korta tid som fanns till förfogande.

7.4 Hälsocoachernas process

Utifrån studiens teoretiska modell, och tidigare forskning, fick hälsocoacherna vissa ramar att förhålla sig till i Hälsocoachprojektet. Därutöver var de fria att både planera och bedriva hälsofrämjande aktiviteter, vilket gjort att processen har sett lite olika ut beroende på vem som ansvarat för projektet. En av hälsocoacherna hade anordnat kravlösa, lust- och lekfyllda aktiviteter, som skulle passa alla elever oavsett idrottskompetens, vilket låg helt i linje med projektets ramverk. I hans upplägg fanns en tanke med varje lek – den skulle inspirera till rörelse utan att eleverna ens tänkte på att det var fysisk aktivitet de utövade. Dessutom arrangerade han aktiviteter som skulle kunna få igång eleverna på rasterna, då han inte alltid själv kunde närvara. På detta sätt gavs eleverna ökad möjlighet att själva främja sin fysiska aktivitetsnivå, under skoltid. Att skapa goda förutsättningar är nämligen vad hälsofrämjande arbete handlar om (Naidoo & Wills, 2007; Poland et al., 2000) och något som anses öka sannolikheten för att barn lättare ska kunna och vilja förändra sina levnadsvanor (Welk, 1999). Denne hälsocoach hade bland annat anordnat en skattjakt med gömda ”skatter” omkring skolgården, som eleverna kunde ut och leta efter närhelst de ville under skoldagens fria tid. Han hade också iordningställt lekpärmar i varje klassrum där både elever och lärare kunde finna inspiration till rörelseaktiviteter.

Den andre hälsocoachen följde inte helt projektets uppsatta riktlinjer då hans aktiviteter i HP påminde något mer om en idrottslektion. Han verkar heller inte skapat samma stödjande miljö. Möjlighetsfaktorerna (Welk, 1999) var således inte lika goda under hans ledning. Däremot hade båda hälsocoacherna försökt att bjuda in idrottsföreningar till skolan, i syfte att visa på de utbud som fanns i kommunen, men den insatsen hade inte varit särskilt lyckosam. Om hälsocoacherna inte ansträngt sig tillräckligt eller om idrottsföreningarna helt enkelt inte haft möjlighet och/eller tid just då, framkommer inte av resultaten, vilket innebär att vi ej heller får reda på om detta hade varit ett lyckat bidrag in i projektets verksamhet. Oavsett detta är det i alla fall beklagligt att idrottrörelsen inte här heller lyckats med sitt uppdrag, likt idrottslyftets externa utvärdering visar – det vill säga att ”öppna dörrar för fler” (Nordström, 2012), och att ”[...] i samverkan med skolan bidra till ökad fysisk aktivitet inom ramen för den samlade skoldagen.” (RF, 2009, s. 22). Särskilt med tanke på att tidigare studier visat på att barn kan tycka att detta är ett roligt inslag under skoldagen, och även något som kan få vissa elever till ett

SLUTDISKUSSION

fortsatt idrottande även utanför skolans verksamhet (Carlman, 2015; Carlman, Augustsson, & Olin-Sheller, 2013).

Ett inslag hälsocoacherna använde, som framför allt ökade de mer inaktiva elevernas intresse till att röra på sig mer, var att låta dem använda en stegräknare. Detta resultat tyder på att till exempel ett instrument, som en stegräknare, kan bidra till att främja barns lust och motivation till rörelse (Welk, 1999). Därmed borde det kanske ingå mer idrotts- och hälsomaterial i hälsofrämjande arbete för barn.

Enligt studiens teoretiska utgångspunkter ansågs det vara betydelsefullt att aktörerna (eleverna) själva fick vara med och påverka sin egen hälsofrämjande utveckling. Delaktighet skulle således utgöra en central byggsten i Hälsocoachprojektets verksamhet (Ewles & Simnett, 2005; Korp, 2004; Moulton & Frankish, 2006). Av resultaten att döma verkar båda hälsocoacherna ha anammat detta, fast på lite olika sätt, av vilket det finns flera exempel. Under den enes ledning arrangerades bland annat en julolympiad, där eleverna själva fick komma på idéer till olika grenar. Samme hälsocoach lät också barnen vara delaktiga i arbetet med att minska sin inaktiva tid – ett inslag som tyder på att han verkligen ansträngt sig för att följa sitt uppdrag, då det numera anses minst lika viktigt att få barn att bli mindre stillasittande som att öka sin fysiska aktivitetsnivå (Verloigne et al., 2012). Den andre hälsocoachen verkar istället ha lagt mer energi på att få igång de mindre aktiva barnen. Han sa sig själv ha försökt skapa delaktighet genom att sitta ner och prata med dem vid ett flertal tillfällen, om vad de skulle uppskatta att göra för aktiviteter och utifrån det infria deras önskemål. Dessutom hade han, på samma sätt som den förstnämnde hälsocoachen, arbetat för att få eleverna engagerade genom att låta dem vara med och införskaffa nytt lekmaterial till skolan varje år.

Vad gäller hälsocoachernas arbete för att främja elevernas matvanor har processen sett relativt likvärdigt ut. Båda har samverkat med elevernas klasslärare, med fokus på att inspirera barnen till att laga och äta mer hälsosamma maträtter. Denna samverkan, det vill säga den gällande kost och hälsa, tycks dessutom ha varit starkare än för den övriga verksamheten. Hälsocoacherna hade även bjudit in externa ”kostexperter” i syfte att ge eleverna mer kunskap om vikten av att få i sig tillräckligt och ”rätt” sorts energi under dagen. En av hälsocoacherna hade dessutom inbjudit barnens

vårdnadshavare för att på så sätt inspirera hela familjen till förbättrade levnadsvanor. Ansatsen för projektet var att sträva efter att få med de så kallade förstärkande faktorer (Welk, 1999), och det hade således en av hälsocoacherna försökt infria. Därtill hade samme hälsocoach själv förmedlat kunskaper om kostcirkeln, tallriksmodellen och om matspjälkningskanalen.

Arbetsätten skiljde sig således åt, men frånsatt detta visar båda coacherna på att de mer eller mindre tagit sitt ansvar till att uppmuntra eleverna till goda levnadsvanor.

7.5 Upplevelser och påverkanseffekter av Hälsocoachprojektet

Att hälsocoachernas arbetssätt och process delvis har sett lite olika ut, kan kanske tyda på en brist i denna studie. Tack vare det har dock betydelsefulla resultat framkommit, som kan ses som viktiga lärdomar att ta med sig inför kommande hälsofrämjande satsningar inom skolan som arena. För det första verkar det vara betydelsefullt – ja kanske till och med helt avgörande – vilken kompetens den person har som anställs för detta uppdrag, för att få elever motiverade till att vilja delta och på så sätt främja sin hälsa. Det krävs alltså en särskild kompetens för hälsofrämjande arbete för barn, då resultaten utifrån barnens upplevelser indikerar att denna verksamhet är något annat än ämnet idrott och hälsa i skolan, eller den mera traditionella tävlingsidrotten på fritiden.

Både i analysen av intervjuerna och i den kvalitativa delen av enkäten tyder det på att alla barn i interventionsgruppen verkligen gillat HP främst under ledning av den ene hälsocoachen. De kunde då till och med bli ledsna när HP av någon orsak blev inställt. Däremot var inte alla icke-föreningsaktiva elever lika entusiastiska över den andres sätt att bedriva verksamheten på. Detta på grund av att aktiviteterna med honom var mer inriktade på bollsport, vilket inte verkade tilltala alla barn, något som även illustrerats i tidigare studier (Spencer-Cavaliere & Rintoul, 2012).

Den ene hälsocoachen lyckades alltså i högre grad få med de barn som vanligtvis inte var så förtjusta i idrottslektionerna, under sina HP-tillfällen. Troligtvis beror detta på att han anordnat lekbetonade aktiviteter som varit

SLUTDISKUSSION

lättare att genomföra rent fysiskt och motoriskt, vilket påverkat barnens predisponerande faktorer, som exempelvis deras idrottsliga kompetens, som vidare anses hänga ihop med viljan/motivationen till att utöva fysisk aktivitet (Carlman, 2015; Chen & Hypnar, 2015, Harter, 2012). Barnen tyckte antagligen att det ”var värt det”, vilket Welk (1999) menar är en avgörande faktor för att få barn motiverade till att delta i fysiska aktiviteter. Eleverna upplevde förvisso också att de mer lekbetonade aktiviteterna gav upphov till mindre bråkiga situationer, och detta kan naturligtvis likaledes vara en orsak till att de gillade HP bättre med den ene hälsocoachen.

Vidare var den samlade upplevelsen bland eleverna att denne hälsocoach hade mer variationsrika aktiviteter. Även detta attraherade alla barn som inte gillade att göra samma sak gång på gång, som de menade att den andre hälsocoachen ofta gjort. Mot denna bakgrund och utifrån tidigare forskning är min konklusion, att man inom hälsofrämjande arbete bör fokusera på att skapa varierande och okomplicerade lekfulla aktiviteter, för att på så sätt locka de mer inaktiva barnen i denna ålder till att välja att vara mer fysiskt aktiva. För att kunna planera och genomföra detta på bästa sätt, krävs dock goda förkunskaper.

Om hälsocoachernas skilda arbetssätt berodde på att den ene hälsocoachen inte hade samma kunskaper som den andre, det vill säga utbildning i hälsa och hälsofrämjande arbete utöver en lärarutbildning, är svårt att svara på. Dock inte oväsentligt att lyfta i sammanhanget. Att ha rätt utbildning skulle med andra ord kunna ha betydelse för att lyckas entusiasmera elever till hälsofrämjade vanor på bästa sätt. Resultatet pekar också på vikten av att kunskap om hälsa och hälsofrämjande arbete bör utgöra en stor del i lärarutbildningen, på alla nivåer. Främst i ämneslärarutbildningen till idrott och hälsa, eftersom detta ämne har uppdraget att ge eleverna kunskap för att själva kunna främja sin hälsa och goda levnadsvanor. Men likväl skulle antagligen även den vanliga grund- och ämneslärarutbildningen behöva innehålla en större del kring området. Detta för att alla lärare i skolans verksamhet bättre ska kunna hjälpas åt (samarbeta) och på så sätt infria läroplanens uppmaning om att sträva efter att ge eleverna daglig fysisk aktivitet (Skolverket, 2011a, Lgr11), så att de kan nå upp till rekommenderad aktivitetsnivå under skoldagen. Detta i sin tur kan skapa goda förutsättningar för en positiv hälsoutveckling för barnen.

Även med god utbildning och kunskap för hälsofrämjande frågor, visar resultaten på att det krävs ett äkta engagemang och ett gott pedagogiskt ledarskap, vilket framförallt den ene hälsocoachen verkar ha haft i högre grad än den andre hälsocoachen. Å andra sidan hade stödet uppifrån inte varit likvärdigt för båda hälsocoacherna, vilket kan ha gjort att arbetet skilt sig åt. Analysen tyder ändå på att både elever och lärare sett avsaknaden av ett 100 procentigt intresse hos den ene hälsocoachen. De mer idrottsaktiva barnen verkar inte ha blivit påverkade av detta i någon högre grad – de var aktiva ändå – även om de störde sig på att alla inte deltog i aktiviteterna, men det är påtagligt att de mer inaktiva eleverna tappade lusten när den ene hälsocoachen själv inte var lika delaktig. En motivationshöjande faktor för att få alla barn motiverade till fysisk aktivitet är således en ansvarig ledare som själv är med och aktivt deltar, eller som åtminstone är närvarande och engagerad.

Med andra ord kan delaktighet, som sägs vara en av huvudnycklarna i ett lyckat hälsofrämjande arbete (Moulton & Frankish 2006), ha en vidare betydelse än att bara låta barnen få vara med och påverka innehållet. Inte för att det på något sätt är mindre viktigt, då det också visade sig ha en stor betydelse för elevernas intresse för HP, men kanske är det minst lika centralt. Delaktighet är i alla fall något som tydligare borde framhållas som en essentiell faktor kopplat till hälsofrämjande insatser för barn, vilket också är i samklang med den teoretiska modell som sattes upp före Hälsocoachprojektets start. Förutom att ha en delaktig hälsocoach ville eleverna alltså gärna själva få känna sig delaktiga i de aktiviteter som anordnades, för att uppleva det som roligt, vilket även andra studier belyst (Kostenius, 2008; Lindqvist, Kostenius & Gard, 2014). Även här talar de samlade analyserna för att en av hälsocoacherna lyckats på ett mer fördelaktigt sätt. Båda hälsocoacherna ansåg sig ha skapat delaktighet, men det verkar som att den ene coachen haft ett arbetssätt som passat eleverna bättre. Det skulle kunna vara så att han kommunicerat med barnen på ett vis som de bättre förstod, vilket sägs vara viktigt för att få fram deras åsikter (Eliasson, 2011). Oavsett upplevde hälsocoacherna att det varit enklare att försöka realisera delaktighet i HP än i ämnet idrott och hälsa, eftersom man där har vissa kunskapskrav som måste följas.

Trots att eleverna tyckte mer om HP med en av hälsocoacherna tyder ändå resultaten på att eleverna uppskattat projektet i stort och att de var besvikna över att det skulle läggas ner. De allra flesta analyser visar dock på att eleverna

inte förbättrat sin fysiska aktivitet i någon större utsträckning. Vårdnadshavarna upplevde förvisso att projektet fått barnen mer fysiskt aktiva, men eftersom det endast är resultat ifrån deras enkät som tyder på det, och dessutom få vårdnadshavare som svarat, går det inte att dra några större slutsatser av deras åsikter. Likt tidigare gjorda studier (Carlman et al., 2013; Knuth & Hallal, 2009; Nyberg 2009; Treuth et al., 2005) sjunker den fysiska aktiviteten med stigande ålder även för denna undersökningsgrupp.

Hälsocoachens insatser bidrog alltså inte till att interventionsskolans elever behöll eller ökade den stegnivå de hade i årskurs 4:a. Detta skulle kunna ses som ett misslyckande då hälsopromotion handlar om att skapa insatser som bevarar eller förbättrar människors hälsa (Korp, 2004). Å andra sidan var förbättringspotentialen begränsad då majoriteten av eleverna redan var relativt aktiva från början. Ett resultat som dock är värt att betona särskilt är att stegnivån på eleverna i interventionsskolan inte sjönk i lika stor omfattning i jämförelse med kontrollskola 1, det vill säga den skola som hade ett likvärdigt utgångsvärde vid T1. Fler elever på interventionsskolan låg alltså kvar på rekommenderad stegnivå i årskurs 6. Vissa tendenser kan alltså skönjas här, som skulle kunna tala för att hälsocoachen och hans aktiviteter faktiskt påverkat elevernas stegantal. Skillnaden för interventionsgruppen i antal steg var allra störst mellan T2-T3, då eleverna fick en ny hälsocoach. Eftersom tidigare resultat har visat att denne coach inte riktigt lyckats entusiasmera alla elever på samma sätt, skulle detta eventuellt kunna ha haft betydelse för uteblivna påverkanseffekter gällande elevernas fysiska aktivitetsnivå.

Mest troligt är ändå att elevernas intresse för fysisk aktivitet sjunkit i årskurs 6 (Socialstyrelsen, 2009). Det kan också vara så att en ökning av den fysiska aktiviteten i skolan kompenseras med en minskad aktivitet på fritiden och därför ökade inte elevernas totala dagliga aktivitet, vilket kan vara en anledning till att denna och andra interventionsprojekt inte kunnat visa på några stora effekter av de insatser som gjorts (Metcalf et al., 2012).

En orsak till att interventionsskolans elevers fysiska aktivitetsnivå inte påverkats något märkbart skulle också kunna bero på att aktivitetsstillfällena varit för korta och för få. Den ene hälsocoachen hade förvisso försökt skapa aktiviteter som skulle öka barnens inspiration till att själva röra på sig när han inte fanns tillgänglig, men det var måhända inte nog. Elevernas möjlighet till att utöva fysisk aktivitet i skolan var kanske helt enkelt inte tillräcklig, vilket i

alla fall hälsocoacherna själva ansåg utgöra ett hinder i arbetet med att försöka främja hälsa. Dessutom upplevde eleverna det som negativt att HP-tillfällena endast varit en halvtimme långa, per gång, i likhet med hälsocoachernas uppfattning.

Detta resultat talar alltså återigen för att hälsofrämjande insatser kan behöva mer tid än 30 minuters pass, ett par gånger i veckan, för att skapa goda förutsättningar för barnen att befrämja sin aktivitetsnivå och nå upp till den rådande rekommendationen (Nordic Council of Ministers, 2013; WHO, 2010; 2015). Utökad tid till fysisk aktivitet i liknande form som HP, skulle således kunna göra att alla barn når rekommenderad fysisk aktivitetsnivå under skoltid. Särskilt med tanke på att barnen själva uttryckte sig vilja ha mer av denna verksamhet, vilket talar för att detta kan vara rätt väg att gå.

Om det är elevernas minskade fysiska aktivitet som gjort att även deras självkänsla och upplevda hälsa sjunkit med stigande ålder, kan inte mina analyser ge ett heltäckande svar på. Det har dock visat sig kunna ha ett samband i andra studier (Breslin et al., 2012; Hallal et al., 2006; Janssen & LeBlanc, 2010; Strong et al., 2005). Bortsett från detta så har inte Hälsocoachprojektet lyckats påverka dessa faktorer heller, till det bättre. Av de flesta analyser att döma är likaså interventionsgruppens matvanor relativt oförändrade efter de insatser som gjorts. Interventionsskolans elever uppgav visserligen i enkäten att de hade minskat sitt intag av onyttig mat, men skillnaderna mellan mättillfällena var små. Dessutom framkom det genom intervjuerna att några av de icke-föreningsaktiva åt sötsaker flera gånger i veckan, liksom de gjorde även före projektet började.

Majoriteten av elevernas vårdnadshavare ansåg dock att HP fått barnen till att äta bättre, och lärarna hade noterat att matsäcken såg mer hälsosam ut i åk 6 jämfört med tidigare, men om det har att göra med påverkanseffekter av projektet eller inte blir svårt att uttala sig om. Det är möjligt att eleverna ändock blivit lite inspirerade – det ansåg i alla fall lärarna. De sammanlagda resultaten visar ju trots allt att eleverna lärt sig nya saker om bra matval i HP, så kanske äter de omedvetet något bättre än förut och själva packar en bättre matsäck. Det skulle också kunna vara så att elevernas vårdnadshavare påverkats av Hälsoprojektets insatser, även om de varit få, och trots att de inte själva ansåg att de gjort det. Eleverna kan ju visserligen också ha influerat dem till andra matval, som gjort att matsäcken såg mer hälsosam ut vid T3 kontra

T1. Med andra ord går det inte att dra några säkra slutsatser av detta resultat. Om eleverna nu faktiskt har förbättrat sina matvanor, trots att inte de kvantitativa analyserna utifrån elevernas svar tyder på det, så kan man också fundera på om klasslärarnas roll (förstärkande faktorer, Welk, 1999), som visat sig ha betydelse i andra hälsofrämjande projekt (Eather et al., 2013), gjort skillnad. Detta då samarbetet verkar ha varit tydligare här än i den andra verksamheten.

Hur påverkans-effekten sett ut om hälsocoacherna hade arbetat hårdare för att involvera vårdnadshavarna mer i det pågående hälsofrämjande arbetet, hade varit intressant att veta. Framför allt med tanke på att tidigare studier visat på att de interventioner som involverat föräldrar har haft mer påtaglig effekt på elevernas hälsofrämjande utveckling (WHO, 2006a). Det är alltså tänkbart att elevernas möjlighet till att främja sina levnadsvanor hade ökat om Hälsocoachprojektet kunnat nå ut bättre till de förstärkande faktorerna – i detta fall vårdnadshavarna. Tidigare forskning har visat att föräldrasamverkan, dock inte alltid, kan ha någon ytterligare effekt (Kader et al., 2015; Metcalf et al., 2012). Åtminstone inte alltid på sikt (Nyberg et al., 2015, 2016). Men naturligtvis är föräldrasamverkan ändå viktig. Vårdnadshavarna kan utgöra ett hinder för elevernas hälsofrämjande vanor, om det exempelvis inte finns tillgång till bra matval i deras hem eller om de på annat sätt motverkar barnens hälsofrämjande utveckling.

Exakt vad det är som gjort att Hälsocoachprojektet inte visade på några tydliga effekter gällande barnens fysiska aktivitet och matvanor går det bara att spekulera i. Det positiva är i alla fall att eleverna verkar ha fått nya hälsoberikande kunskaper, som de förhoppningsvis kan ha nytta av i förlängningen, vilket man sett tendenser till i andra projekt (Carlman & Augustsson, 2014). Därtill visade den kvalitativa analysen att även *lärarna* fått ökad kännedom och ett förbättrat förhållningssätt till hälsofrämjande aktiviteter, vilket borde kunna ses som ett positivt utfall för fortsatt arbete med denna typ av verksamhet på skolan. Detta eftersom lärarna, som sagts, utöver vårdnadshavarna, också anses tillhöra viktiga förstärkande faktorer (Welk, 1999).

De samlade analyserna ger dessutom en bild av att insatserna varit lyckade på så sätt att de gjort i stort sett alla barn aktiva under HP-tillfället. Alla hade dock inte alltid varit ”mycket aktiva”. Hur barnen definierat *mycket aktiv* är

emellertid svårt att uttala sig om. Sett ut ett hälsoperspektiv kanske det ändå är huvudsaken att alla elever varit med på de aktiviteter som anordnats, då det viktigaste är att inaktiva blir aktiva (Blair et al., 2001; Tremblay et al., 2010; Warburton et al., 2006). Vi behöver inte få alla barn att gilla ”idrott”. Huvudsaken är att vi får dem till att vilja röra på sig mer i vardagen, och att minska sin stillasittande tid, då det kan ha flera positiva hälsoeffekter (Ekelund et al., 2015; Lee et al., 2012). Dessutom verkar den extra fysiska aktiviteten ge eleverna mer energi till övriga lektioner – det ökade alltså deras koncentrationsförmåga, likt tidigare studier också visat som ett resultat av extra fysisk aktivitet inom skolans ram (Ericsson & Karlsson, 2014).

Att bedriva extra fysisk aktivitet i skolan kan givetvis göras på annat sätt än med en hälsocoach. Rektorn och skolchefen hade exempelvis en idé om att idrottsläraren och hemkunskapsläraren tillsammans skulle kunna ansvara för skolans hälsofrämjande arbete. Tanken är god, men om det ska fungera i praktiken tror jag deras anställningsform behöver se annorlunda ut, med tid avsatt *enbart* för denna verksamhet. Om inte, är risken att arbetet inte blir gjort, i alla fall inte i tillräcklig utsträckning, eftersom det verkar behövas betydligt mer än en 20 procentig tjänst för att lyckas främja elevers hälsofrämjande levnadsvanor. Tillräckligt med mänskliga resurser inom skolans verksamhet kan således vara en nyckelfaktor för att främja barns fysiska aktivitet, liksom tidigare studier visat på (Cardon, van Acker, Seghers, De Martelaer, Haerens & Bourdeaudhuij, 2012), och något som även framkom i SVT:s programserie ”Gympaläraren” som gick under våren-16. En av de viktiga slutsatserna i programserien var alltså att skolan såg ett behov av en resursperson, på plats varje dag, för att kunna påverka och bättre stötta elevernas egna hälsoval gällande motion och träning.

Detta behov synliggjordes också i denna studie, då hälsocoacherna och lärarna uttryckte ett värde av att ha en ansvarig person på heltid i skolan som skulle kunna arbeta med ”hälsa på alla plan”. I detta sammanhang skulle man även kunna argumentera för hur en kommunsamordnare kan behövas, med ett övergripande ansvar för det hälsofrämjande arbetet på alla kommunens skolor. Hälsocoachen blir då den resursperson som på plats ute i skolan kan lägga fokus på att bedriva hälsofrämjande aktiviteter under hela den schemalagda skoldagen samt under rastaktiviteter och på fritidstid. Detta då främst riktat mot elever men även mot pedagoger och lärare, vilket också var ett uttalat önskemål från både just elever och lärare. Enligt lärarna kunde för

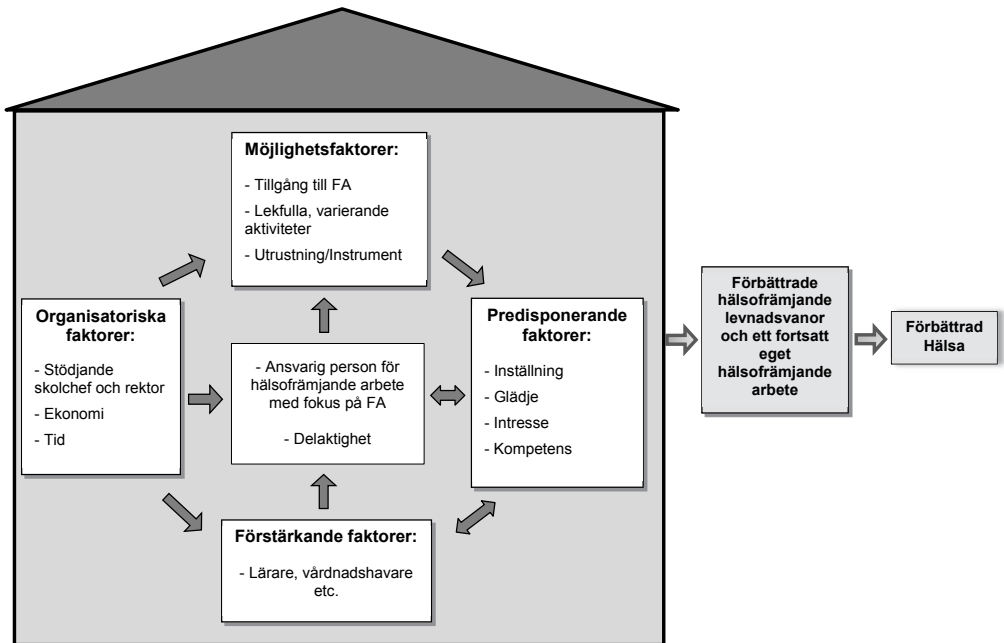
SLUTDISKUSSION

övrigt en sådan resurs också motverka problem som till exempel mobbning. Med andra ord kan en resurs i form av exempelvis en hälsocoach täcka flera angelägna uppdrag i skolans verksamhet genom sin närvaro och delaktighet med skolans huvudsakliga aktörer.

Hur hälsofrämjande arbete bör bedrivas på grundskolor i framtiden kan således diskuteras vidare. Mot bakgrund av de mer kvalitativa analyserna har i alla fall hälsocoachen och Hälsocoachprojektet i sin helhet uppskattats av *alla* inblandade parter. Detta även om det inte påverkat elevernas hälsa märkbart – åtminstone inte sett ur ett kort perspektiv – och det kan naturligtvis finnas många olika orsaker till detta. Några troligtvis helt bortom kännedom och påverkan för denna studies material. Vissa faktorer kanske ändå hade gått att förändra om förutsättningarna för både eleverna och hälsocoacherna sett annorlunda ut.

Hur hälsoläget och elevernas fysiska aktivitetsnivå hade varit utan Hälsocoachprojektet kan vi aldrig veta, ej heller huruvida utfallet blivit annorlunda om hälsocoachen haft mer tid till förfogande, eller om det inte hade blivit ett sent och oplanerat byte av hälsocoach. Det vi vet av resultaten att döma är i alla fall att det har betydelse vilken kompetens den person har som anställs för ett sådant här uppdrag. Hälsofrämjande arbete för barn i skolan fodrar en coach som har förmågan att se alla barn och som utgår från deras egna förutsättningar och behov. Denna sorts kompetens är förmodligen den viktigast förstärkande faktorn, för att få eleverna intresserade och motiverade till att vilja göra hälsomässiga förbättringar. Med stor sannolikhet gäller denna pedagogiska ledaregenskap även för andra uppdrag som har med barn att göra, och troligtvis också för hälsofrämjande insatser i samhället i stort. Det kanske är det personliga mötet som har den bästa effekten på hälsobeteendet (Kristén et al., 2015) och det viktigaste kanske är att relationen mellan utövaren och ”coachen” är god och vilar på en ömsesidig respekt (Kostenius, 2008). Det vill säga den relation vi kunde se mellan eleverna och den ene hälsocoachen.

Utifrån de resultat som framkommit i denna avhandling är idén att några faktorer i studiens teoretiska ursprungsmodell bör lyftas fram ytterligare, vilket lett fram till att följande modell skapats:



Figur 6. Utvecklad teoretisk modell ifrån Welk (1999), utifrån de centrala resultat som i denna studie visat sig vara av betydelse för hälsofrämjande arbete, för barn i grundskolan.

För att på ett bra sätt kunna åstadkomma ett givande hälsofrämjande arbete i skolan, vill jag med modellen visa på att det finns flera faktorer som kan påverka utfallet. Det krävs för det första att skolchefen och rektorn är stödjande och hjälper till att skapa goda förutsättningar för coachen att kunna göra ett bra arbete (exempelvis frigörande av tid och ekonomiska resurser). Utifrån denna organisatoriska faktor är det sedan lättare för coachen att skapa lekfulla och varierande aktiviteter som kan bedrivas regelbundet med, för barnen, inspirerande utrustning. Därtill behöver coachen vara kompetent (särskild kunskap i hälsofrämjande arbete), positiv och intresserad av sitt uppdrag. Med andra ord är coachens, lärarnas, och troligtvis också vårdnadshavarnas predisponerande faktorer också betydande för att i sin tur kunna påverka barnens motivation till att förbättra sina levnadsvanor. För att få barnen tillräckligt motiverade behöver hälsocoachen dessutom själv vara delaktig i den verksamhet han/hon väljer att bedriva, likväl som det är viktigt att få barnen involverade i de aktiviteter som planeras och bedrivs. I slutändan kan detta göra att barnen finner lust till ett ökat, eget hälsofrämjande arbete, vilket i sin tur kan ge grund för en god framtida hälsa.

Det känns vidare viktigt att nya arenor och/eller miljöer och verksamheter skapas där aktiviteterna läggs upp på ett annat sätt, än som på idrott och hälsa, där krav och prestation tonas ner och där leken blir central. Det är möjligt att ämnet idrott och hälsa kan behöva genomgå en förändring och fokusera mer på enkla, lekfulla aktiviteter för att på så sätt locka alla barn till mer fysisk aktivitet. Troligtvis är det nog lättare sagt än gjort eftersom idrottsämnet har ett kunskapsuppdrag, vilket kan göra att man som lärare då känner sig styrd som hälsocoacherna i denna utvärdering påpekade. Det bästa är nog därför att även hitta andra arbets sätt i skolan där man också kan arbeta för att främja barns hälsa och levnadsvanor.

Störst effekt får vi antagligen om vi jobbar på flera olika sätt samtidigt, utöver lektioner i ämnet idrott och hälsa (van Acker et al., 2011), som att exempelvis både erbjuda extrainsatta fysiska aktivitetspass, rastaktiviteter och tillgång till idrottskola efter skoltid (Cardon et al., 2012; Carlman, 2015). Tillsammans kan detta bidra till en god hälsoinvestering för barnen, i framtiden.

7.6 Framtida forskning

Detta projekt har givit en vägledning inför framtida hälsofrämjande projekt och verksamheter inom skolan som arena. Projektet var dock småskaligt till sin karaktär, och begränsat till årskurs 4-6, vilket innebär att mer forskning behövs om ansvarsrollen och om ungas egna upplevelser av hälsofrämjande aktiviteter i grundskolan. Det skulle bland annat vara intressant att undersöka huruvida en heltidsanställd hälsocoach skulle kunna göra skillnad, för både barn och vuxna i skolan vad gäller hälsofrämjande levnadsvanor. Dessutom vore det önskvärt att studera om utökad tid till hälsofrämjande aktiviteter, det vill säga delvis om fler tillfällen i veckan skulle kunna öka alla barns fysiska aktivitet, men också om en längre intervention skulle kunna ha mer effekt på elevernas hälsobeteenden (Nyberg et al., 2016).

Det skulle också kännas givande att skaffa sig kunskap om de ungas egna tankar kring bevarandet av goda levnadsvanor, som oftast sjunker med stigande ålder (Folkhälsomyndigheten, 2014; Knuth & Hallal, 2009; Treuth et al., 2005). Ytterligare ett intressant spår att följa upp vore att göra en bredare nationell kartläggning om huruvida skolorna bedriver ett hälsofrämjande

arbete för barnen på ett adekvat sätt. Hur väl lyckas egentligen skolorna med att implementera daglig fysisk aktivitet?

Det hade vidare känts berikande att få möjlighet att göra en uppföljande studie till Hälsocoachprojektet, för att kunna fortsätta utforska om, och i så fall på vilket sätt, Hälsocoachprojektet bidragit till att inspirera och utveckla de ungas hälsofrämjande levnadsvanor, senare i livet.

Klart är i alla fall att vidare forskning inom området behövs, med målet att försöka finna bästa möjliga sätt att bedriva en god hälsofrämjande verksamhet i skolan.

7. 7 Slutsatser och avslutande reflektioner

Man kan på basis av denna avhandling argumentera för att det finns behov av en ansvarig person för hälsofrämjande arbete i skolan – på fler än ett sätt. Det gäller dock att anställa ”rätt” person, med ett starkt engagemang, och med den ”rätta” kompetensen, det vill säga utbildning med idrottsvetenskaplig inriktning inom pedagogik, hälsa och hälsofrämjande arbete. Annars kommer verksamheten troligtvis inte att bli fullt så lyckad som den skulle kunna bli. Detta eftersom det kan finnas en risk för att arbetet då inte läggs upp på ett sätt och på en nivå som uppskattas av alla barn, eller möter deras behov. Med de sammanlagda resultaten är bilden, av vad som inspirerar barns intresse till fysisk aktivitet, otvivelaktigt klar. De vill ha varierande lekfulla aktiviteter, fria från prestation, resultat och bedömning. Dessutom vill de själva känna sig involverade i den verksamhet som bedrivs för dem, och ha en delaktig coach som aktivt engagerar sig i de aktiviteter som anordnas.

För ett lyckat hälsofrämjande arbete talar resultaten därtill för att det krävs rätt sorts förutsättningar och anställningsform, för den verksamhetsansvarige. Jag menar att utan fullgott stöd ifrån skolchef och skolledning, framförallt ifrån rektorn, blir arbetet med all säkerhet tungrott och orealiserbart. Det gäller att som ansvarig få tillräckligt med tid för att både planera och bedriva sin verksamhet. Tjänsten behöver således vara beviljad på minst halvtid – gärna heltid. Med detta som grund finns starka skäl att tro på ett framgångsrikt arbete. Det vill säga en verksamhet som verkligen fångar in och får med alla

SLUTDISKUSSION

barn inom arenan, till att själva vilja främja sina egna levnadsvanor, och som dessutom ser en glädje och en tro på sin egen förmåga till att göra det.

Ämnet idrott och hälsa räcker inte till för att ensamt – på bästa sätt – axla barns fysiska aktivitetsbehov inom skolans verksamhet. För det första tilltalar inte upplägget alla elever. Det blev tydligt även i denna studie. För det andra bör inte ett enskilt ämne ha det fulla ansvaret, då det är hela skolans skyldighet att erbjuda barnen daglig fysisk aktivitet. Att alla barn når upp till rekommendationen om att röra på sig i minst 60 minuter per dag, ser jag som ett av skolans viktigaste uppdrag i det gemensamma hälsoarbetet. Detta med stöd i tidigare forskning gällande hur ökad fysisk aktivitet under skoldagen genererar bättre skolprestationer (Ericsson & Karlsson, 2014; Käll et al., 2014). Men främst med tanke på den samhällsutveckling vi ser idag med ökat stillasittande, viktökning och fetma bland unga, som då följaktligen kan komma att påverka barnens hälsa negativt (Janssen, & LeBlanc, 2010; Lee et al., 2012). Särskilt de barn som inte har förutsättningar för att främja sin hälsa i sin hemmiljö, vilket vi idag vet påverkar ungas levnadsvanor och välmående (WHO, 2016). I skolan når vi alla – oavsett levnadsförhållanden i hemmet och på fritiden.

Det hälsofrämjande uppdraget är dessutom, eller åtminstone borde vara, långt mycket större än att ”bara” erbjuda barnen daglig fysisk aktivitet. Hälsa och hälsofrämjande levnadsvanor behöver genomsyra hela skolans miljö och verksamhet. Dessutom i samverkan med vårdnadshavare. Men om ingen tilldelas ansvaret kommer det hälsofrämjande arbetet med största sannolikhet aldrig att bli implementerat. En anställd hälsocoach i skolan skulle därför kunna vara lösningen.

En hälsocoach skulle kunna planera, samordna, inspirera, verkställa och utvärdera hälsofrämjande aktiviteter för *alla* i skolans miljö, dock med fokus på eleverna. En hälsocoach skulle därtill kunna vara en länk mellan skolan och föreningslivet, som inte själva lyckas nå varandra. Kanske kunde vi på så sätt även få fler unga in i idrottsrörelsen, och få fler att stanna? Oavsett så skulle en hälsocoach kunna vara drivkraften till att skolans skolidrottsförening finns och fungerar som det är tänkt. En hälsocoach skulle således naturligt kunna bli det ”vuxenstöd” som skolidrottsförbundet (2016) påtalar är en förutsättning för en bra verksamhet.

Klart är i alla fall att det behövs en resurs i skolan som verkligen har *tid* för att *se, lyssna* och *intressera* sig för *alla* barn och deras olika förutsättningar och behov för sin egen hälsofrämjande utveckling. Min övertygelse är att det går att göra skillnad. Vi behöver bara få skolchefer och skolledare att förstå att hälsofrämjande arbete i skolan är ett oerhört viktigt och stort uppdrag som tar tid och kräver särskilda kvalifikationer. Inget hälsofrämjande arbete görs över en natt. Det bygger på långsiktighet och på ett äkta engagemang med en trygg kunskapsgrund i botten.

Utifrån tidigare forskning och resultaten i denna studie bör följande implikationer framhållas:

- Varje grundskola bör erbjuda eleverna minst 60 minuters fysisk aktivitet varje dag.
- Det är angeläget att det i varje skola/skolområde finns en fungerande samverkan mellan skolledning, elevhälsa, skolbespisning, lärare och pedagoger, samt med elevernas hemmiljö, vad gäller hälsofrämjande insatser.
- Samverkan med det omgivande samhället behöver förstärkas. Särskilt idrottens föreningsliv behöver synliggöras och implementeras i skolmiljön.
- All skolpersonal behöver få regelbunden kompetensutveckling i hälsofrämjande frågor. Detta för att på ett fullgott sätt kunna inspirera och lära barnen, men också för att själva kunna arbeta med sin egen hälsofrämjande process, vilket i sin tur kan ge ytterligare ”ringar på vattnet”.
- För att ovanstående implikationer ska kunna förverkligas behöver det sannolikt finnas en huvudansvarig person – förslagsvis en hälsocoach – som är anställd på heltid, med god kompetens inom hälsofrämjande arbete. Detta för att därigenom kunna urskilja sig och aktiviteterna från ämnet idrott och hälsa och från den traditionella föreningsidrotten.

SLUTDISKUSSION

- Hälsocoachen behöver ett heltäckande stöd ifrån skolchef och rektor, samt ifrån övrig skolpersonal (särskilt klasslärare), för att på bästa sätt möjliggöra en hälsofrämjande utveckling för eleverna.
- Hälsocoachen behöver vara engagerad och delaktig i alla de aktiviteter som bedrivs för barnen.
- Hälsofrämjande aktiviteter för barn bör vara lekfulla och varierande samt skapas i samråd med barnens själva.

Om inte dessa möjliggörande-, och förstärkande faktorerna integreras i skolans verksamhet, har jag svårt att se att alla barn kan få samma chans att "... åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa" (FNs Barnkonvention, artikel 24), idag och för deras hälsoinvestering in i framtiden.

English Summary

Introduction

Health promotion efforts may have a substantial impact on the well-being of children's current and future health. One environment where youth spend a good portion of their day and where the promotion of healthy lifestyles can occur is the school context (Heat et al., 2012). According to the United Nations Convention on the Rights of the Child, all children should be able to "...have the best attainable health" (article 24, 1989). Unfortunately, for many children, the home environment fails to meet the standards of optimal health advocated by the United Nations. The school environment may however, provide rich opportunities to develop and foster the physical, psychological, and social health of young people (Parcel, et al. 2000; Sollerhed & Ejlerstsson, 2008; Statens folkhälsoinstitut, 2010:16).

One arena in which schools may be particularly influential in promoting child health is through the implementation of increased physical activity programs. The benefits of physical activity in promoting enhanced physical (e.g., increased energy balance, greater bone density) and psychological well-being (e.g., improved self-esteem and body image) are well documented (Camero, et al. 2012; Janssen & LeBlanc, 2010; Strong et al., 2005). Furthermore, physical activity has demonstrated efficacy in improving academic achievement (Ericsson & Karlsson, 2012; Käll et al., 2014).

Despite the well-known benefits of physical activity, it is also evident that many children fail to engage in recommended physical activity guidelines. (Folkhälsomyndigheten, 2014; Veroligne et al., 2012). In theory, physical education and health classes²⁸, should according to Swedish curricular guidelines, give students sufficient physical activity levels and knowledge in the subject area (Skolverket, 2011a). However, evidence suggests that this is not often the case (Skolinspektionen, 2012). Regrettably, there is a noticeable absence of physical education and health subjects in many Swedish schools.

²⁸ In Sweden is the physical education (PE) subject called physical education and health. This two terms are used interchangeably throughout the thesis in order to vary the language throughout the document. It should be noted that both terms refer to the same academic subject.

Furthermore, health promotion efforts, including physical activity sessions, are the responsibility of the entire school, not simply that of physical education (PE) teachers (Ekberg, 2009; Skolverket, 2011a). To implement, strengthen, and cultivate health promotion efforts within school settings, often requires additional work and resources on the part of teachers, many of whom subsequently choose to disregard health-oriented education in favor of other subjects (Hoelscher et al., 2004).

Another relevant issue in regards to physical activity promotion is the question of which activities kids themselves find most appealing? Educators should be cognizant of the fact that; "...children's own opinions are an important source of knowledge [...]" and "thereby children become part of the priorities that are being made". Recognition of this fact is important in ensuring that the rights of children remain front and center in decisions regarding kids' health and well-being (Regeringen, 2009/10:232, p.16).

In attempting to optimize the health and well-being of children partaking in physical education and health classes, it remains unclear who can and should be responsible for carrying out the health mission of the school and the means by which such work should be performed. Consequently, this thesis focuses on several key issues regarding children's involvement in physical education and health classes in Sweden. The underlining aim of the thesis is to develop knowledge and increased understanding of the relevant obstacles mitigating health promotion efforts within the school setting and to uncover areas of opportunity for cultivating health promotion efforts.

The Health Coach Project

In light of the aforementioned background, the research group in the sport science at Karlstad University contacted the municipal authority in a middle sized city in the western part of Sweden. The municipality in question accepted the implementation of a "health coach project". As part of the project, the research group was charged with the task of hiring a health coach with appropriate skills and qualifications needed to promote health and activity within the school setting. This individual could have a variety of educational qualifications, for example, a physical education teacher, health education specialist, a health developer or someone with equivalent credentials and specialized knowledge about health and/or health promotion. Two

schools in total were selected, with the knowledge that the intervention classes after one term would end up in the same school but still in separate classes. The two intervention classes were hence joined after half a school year. The students were ten years old (grade four) at the commencement of the study and twelve years at its completion. Hence, we employed a two-year longitudinal design for the current project.

The project budget enabled the research team to be hire a .20 FTE (full time employment) health coach at the intervention school. Although the health coach was employed from the autumn term of 2010 through to the spring term, 2013, the project itself did not start until March, 2011, given the time required to receive ethics approval and consent from children's legal guardians. Therefore, the health coach had a fairly substantial time period in which to prepare the project activities, activities that were developed based on the theoretical principles outlined in the *Youth Physical Activity Promotion Model* (YPAPM, Welk, 1999). Following ethics approval and informed consent procedures, the health coach was began implementing the intervention with the two experimental classes (n=45, year 2011), using the YPAPM framework, described in more detail further on.

Unfortunately, due to personal reasons, the health coach quit the job at the intervention school, immediately prior to the start of the autumn term 2012. A new health coach therefore had to be found and hired on short notice. This resulted in a person with different qualification than the previous one. Furthermore, the second individual hired as a health coach did not have the same time for planning and preparations as the previous health coach. The first health coach worked with the children during their fourth and fifth grade years, while the new health coach carried out the project during the pupils sixth grade year.

The main responsibility of the health coach was to promote the children's daily physical activity. Within the framework of the school's environment, with its terms and conditions, the health coach was charged with planning and administering playful, physical activities twice per week for children aged 10-12 years. The purpose of the program was to create further opportunities for the students to be physically active while in school, based on their personal competence levels. An important element of the program was that all students should feel capable of performing the suggested activities. A central focus was

to engage children in health promotion activities, by asking questions, listening to their wishes, and incorporating their suggestions for various activities. In addition to these tasks, the health coach also attempted to initiate, inspire, and create foundations for healthy eating habits. Finally, a partial goal of the health coach was to try and develop improved attitudes towards health promoting activities amongst teachers, and if possible, among legal guardians.

The purpose and formulated problems of the thesis

The primary purpose of this thesis is to explore the value of a health coach project in promoting students' in-school physical activity. It is anticipated that findings from this thesis can contribute to knowledge regarding implementation of enhanced health promotion work in a school context.

More precise questions informed the purpose of this thesis, including:

- What did the health coach project process look like – or in other words, what activities did the health coach perform and how were such activities implemented?
- What obstacles and opportunities emerged from the health coach project?
- How did the students, teachers and school authority perceive the health coach and the efforts to promote health in the school environment?
- How did the work of the health coach impact students' physical activity, their sense of health, self-worth, and their choice of healthy foods?

Background and related research

The way of looking at health from a salutogenic perspective – a dynamic state (Anonovsky, 1979, 1988, 1996; Ewles & Simnett, 2005) – that is created in the relationship with the surroundings (Medin & Alexandersson, 2001), seems most applicable for the purposes of health promotion. In the current study, the presence of “health” was not equated with the absence of illness (Brülde & Tengland, 2003). In this study the concept of health includes both objective (illness related) and subjective aspects. The focus is, however, not on health in itself but on promoting and strengthening resources for health. Furthermore,

health can develop in a context where the environment plays a significant role in influencing the individual's ability to affect their own health in a positive direction (Green, Poland & Rootman, 2000). Therefore, a central focus of the health coach project was to enable the school to function as a supporting system in which children could promote their own health through the creation of good opportunities.

The Swedish school authority acts on the basis of a school law which states that children's best interests are of primary concern, beyond that of any other consideration (SFS, 2010:800). A curriculum should then be developed from the school law. Swedish schools' foundation of values and mission are emphasized in the new curriculum for primary school, Lgr11. This mission includes, amongst other things, an aspiration to offer all students physical activity every day. The implementation of this activity should be done with consideration of each student's abilities and needs in mind, an emphasis which is also one of the overall goals of Swedish schools (Skolverket, 2011a). One part of the health promotion of the Swedish school is therefore to support children to become more physically active, for example to courage kids to climb, lift, walk, ride a bicycle, run, play and jump – activities which in and of themselves increase energy consumption above resting levels (Caspersson, Powell & Christenson, 1985, p.126). The recommendation for children is at least 60 minutes of physical activity per day which includes both medium and high intensity. Young people are encouraged to spend additional time above and beyond 60 minutes engaged in physical activities, as doing so, is even better for their health (Nordic Council of Ministers, 2013; WHO, 2010, 2015).

An exact definition of a *health coach* concept is hard to locate, especially when considering that the health coach in the current study was focused on the healthy development of children. Therefore, specific attributes or qualifications were deemed necessary to be considered a qualified "health coach" for the purposes of the present investigation. Such attributes/qualifications were however, influenced by closely related job descriptions and titles. For the current project, it was preferred that a health coach operating a school setting would have an educational qualification that endowed them with strong knowledge of children's psycho-social and physiological development. Such an individual should also have knowledge of young peoples' health and health promotion activities and should be able to

effectively create an environment which enables students to impact their own health in a positive direction.

Previous research has shown the importance of having a multidimensional strategy in promoting children's health in the school environment (van Acker et al., 2011; WHO, 2006b). A multidimensional strategy should therefore target multiple factors simultaneously. As indicated previously, promoting children's physical activity – and thereby reducing the amount of time spent inactive or sitting still – is essential because activity has numerous health benefits (Janssen, & LeBlanc, 2010), and increases one's ability to concentrate in other classes (Ericsson & Karlsson, 2012; Malina, 2004). The activity must however, be of sufficiently high intensity and at an appropriate level so that it strengthens children's sense of self-worth rather than reducing it (Harter, 1985, 2012).

Furthermore, it is important to engage legal guardians and other involved parties such as the sports movement, and to work within the basic view of the overall school environment. In addition to physical activity comprehensive efforts aimed at enhancing children's health must also address their psychological well-being and eating habits. With regard to the latter, the importance of propagating a nutritious breakfast, reducing sugar intake, and increase consumption of fruits and vegetables have all been highlighted previously (Nordic Council of Ministers 2013; Rampersaud et al., 2005; Svensson et al., 2014).

Despite the proliferation of research on physical activity and health promotion, it is evident that insufficient physical activity levels and unhealthy diets may be all too common among Swedish children. Furthermore, it is evident that research in this area has been hampered by a number of methodological limitations and by a failure to address key questions of potential relevance to the improvement of children's physical activity levels and healthy lifestyle habits. Such methodological limitations may be related to the fact that most intervention projects have had the purpose of investigating the effects of the efforts that have been made. Additionally, only a few studies have adopted a longitudinal design and included assessments of both physical activity levels and psychological variables all in the same study. Furthermore, the question of *nbo* should have the overall responsibility for health promotion efforts in the school is also one that has been largely unaddressed

in previous research. Finally, there is a dearth of research examining children's perspectives on the types of activities that appeal to them.

Theoretical framework

In practice, health promotion consists of a number of activities on different structural levels with the purpose of strengthening individuals and groups, developing supportive environments, and providing information and knowledge regarding health questions (Green et al., 2000; Naidoo & Wills, 2007). The strategies are in particular based on participation. Children's involvement and influence in both words and actions have during recent years become important considerations in many contexts. Such involvement is partly due to the fact that the United Nations' Convention on the Rights of the Child has received increased attention in many countries (Eliasson, 2011; Halldén, 2003). The children's rights perspective is now also part of various social movements including the sports movement program of ideas *Idrotten vill*, which is why it was considered an important approach in this study.

The basis of this thesis work is the *Youth Physical Activity Promotion Model (YPAPM)*, which places the child at the focal point of intervention efforts, but with one addition – an organizational component – from the *Precede-proceed model* (Green & Kreuter, 1991, 2005). This organizational component was additional emphasis area in the current study because YPAPM failed to address this component. The YPAPM model has also been strengthened by health promotion concept, such as participation, that seemed lacking in YPAPM.

In summary, the thesis is supported by three larger perspectives: *health promotion*, *children's perspective*, and an *ecological perspective*, where the latter involves components inspired by the *Youth Physical Activity Model*. The health coach who implemented the program was given the task of focusing primarily on physical activity, with a secondary emphasis on the promotion of children's healthy eating habits. The purpose of this thesis then was to try and explore the efficacy of the health coach project in increasing student's physical activity levels and health eating behaviors. The thesis also sought to explore potential obstacles and opportunities that influenced the health coach's goals of physical activity promotion and healthy eating behaviors. Finally, the perspectives of students and relevant others (e.g., teachers, school

administrators) were sought with regard to their perceptions of the work undertaken by the health coach. The theoretical framework was woven together with obtained results through discussions and the analyses performed.

Method

To address the purpose of the thesis in the optimal way, a case study design was selected. This approach can involve both quantitative and qualitative methods (Bryman, 2011; Ragin, 1995; Thomas et al., 2005; Yin, 2009), it can be both inductive and deductive, and it can produce new concepts or theories or a test existing theories (Bryman, 2011). Regardless, triangulation is important in a case study to be able to validate the results. In this study, both qualitative and quantitative methods were used. The case study design was both inductive and deductive, as I partly based it on a theoretical framework, but also chose to reshape and develop selected theories based on the results obtained.

For the purposes of this case study, a large part of the data sources have been analyzed based on the Franke-Wikbergs *theory- and explanation* focused evaluation model. In summary, this evaluation model emphasizes *understanding* and *explaining*, where the purpose is to critically describe phenomena of interest, which according to Franke-Wikberg and Lundgren (1980) should yield an increased and critical knowledge about the topic under investigation.

In summary, this thesis is based on a case study design with the purpose of exploring a health coach project – its preconditions, the process itself, and the results of the efforts undertaken. The study also included a quasi-experimental portion in which the intervention group was compared with two control groups, and was longitudinal in nature. The study therefore included several data collection methods, namely: surveys (to both students and legal guardians), step counts (students), interviews (students, teachers, the principal, the school director and health coaches), and notes from weekly interactions/observations of the health coach.

The qualitative portion of the investigation consisted primarily of semi-structured focus group interviews with a number of selected students and teachers/educational specialists at the intervention school, the health coach,

the principal, and the school director. The survey component was completed by all students at both the intervention and control schools, and students' legal guardians. Students' physical activity was also measured on three separate occasions with the help of pedometers (step counters), a validated tool used to assess physical activity (Bassett et al., 1996; Crouter et al., 2003; Tudor-Locke, Williams, Reis & Pluto, 2002).

As with all investigations involving human subjects, especially children, it is important to ensure the ethical treatment of participants. Furthermore, a Swedish law dating back several years, indicates that research dealing with sensitive personal information, for example health issues, must be conducted ethically (Lag 2003:460). As such an ethical trial for this project was performed in Uppsala, in the autumn of 2010 (Dnr., 2010/392).

Results

When the health coach project (HP) began in 2011, the intervention school had no specific health promotion program, a fact that seemed to be related to a lack of financial resources. Furthermore, the physical education and health classes that did exist, appeared to focus primarily on physical education (i.e., movement activities) and had little content related to health knowledge. Students who were active members of clubs were already considered very physically active, while those who were not current club appeared to engage in insufficient physical activity. Moreover, children who were club members also seemed to eat more nutritious foods than those who were not current club members.

Interviews with health coaches and students, revealed that the health coach did not seem to have influenced students' health choices in a significant way, despite the fact that students indicated they had learned more about the importance of an active lifestyle and the benefits of healthy eating. The teacher of the intervention class however, believed that the project was effective in increasing his/her personnel awareness of health promoting activities, as well as that of the students' and some of the legal guardians.

Analysis of students' qualitative comments revealed that they valued the health project. As one student who was not an active club member commented, "Yes we... long for it, we in the class, we... every Tuesday we

have it after music class. Like this ‘Ah, we have...we have HP now’ (*claps hands twice*), then everybody runs there.”

Evidently, interest in the health project was somewhat higher when activities were led by one particular health coach. This coach appeared particularly adept at creating diverse and playful activities, which even students who had not previously been overly active during physical education and health classes enjoyed:

They came and pulled me a little from time to time ‘Ah, what shall we do today in HP?’, ‘Ah, what are we going to do on Friday? so it was like a... Something they looked forward to I have to say. And it was both active club members and not so [active] so to speak. It varied greatly who came and pulled me [...] I’m not sure what made them so excited but I suppose it was because they were more like games [...] (*Health coach*)

According to students, the activities of one of the health coach’s seemed more like a physical education class, which were considered too “sporty”. This format did not appeal to the more inactive children, who reported feeling less competent. One of the health coaches also appeared to be skilled at increasing students’ involvement in the activities – something that also appeared to be a key factor in creating an interest in the health program. In addition, students indicated that they wanted a health coach that participated in the activities.

Health coaches suggested that in order to succeed in creating a healthy school environment, support from “above” – primarily the principal – was critically important. Unfortunately, one of the health coaches did not seem to have gotten full support from the principal. Otherwise, conditions for both coaches seem to have been relatively similar.

Both coaches reported that “time” was the greatest obstacle in accomplishing their goals within the project guidelines. The health coaches expressed the wish that HP-sessions should have been longer than 30 minutes each and that the position of health coach had been extended to fulltime. As one of the coaches stated, “... the best thing would probably have been ... a fulltime job ..., where you could really plunge and dig into the task as health coach.”

An additional factor of importance in regards to the best way to inspire students to make healthy lifestyle choices was to include the teachers/educational specialists in the program. According to the health

coaches themselves, they had only partly succeeded in this respect. The teachers seemed to have been willing collaborators, which was contrary to the described difficulty in reaching the legal guardians. Upon completion of the health program, all participants reported satisfaction with the program content, indicating that they would have like to have continued the program as run by the health coach. Teachers, parents, and principles suggested a continued need for health promotion programs, however, they did not feel that they themselves had adequate time to plan and implement such an initiative.

Quantitative results demonstrated that students at the intervention school had neither increased nor maintained the physical activity levels achieved during their first term of grade four. Participants took 2300 fewer steps at T3 than T1, but were perturbed difference between T2 and T3. Ninety-two percent of the intervention school students were at the recommended level or above the recommended level at T1, while only 70% achieved these levels at T3. This decrease occurred despite the fact that students had a health coach at their school and in spite of the fact that they reported learning valuable information regarding the importance of exercise. Although the step counts of students in the intervention schools decreased, they did not diminish to the same extent as those in control school number one – the school that had an equivalent output value at T1.

In terms of other health related areas examined in this study, survey results indicate that the health project did not have a significant effect on the students' mental health at the intervention school, as they reported more psychosomatic disorders in their third term than in term one. The control and experimental conditions reported significant decreases in levels of psychosomatic disorders over time. Furthermore, no significant change was observed in students' eating habits over time, although most of the students reported that they had learned a lot about proper eating habits, a viewpoint shared by the legal guardians. The results also indicated that no significant improvements occurred in intervention school students' sense of self-worth, physical competence, or how they valued their appearance.

Similar to the qualitative results, quantitative findings indicated that the vast majority of the students and legal guardians appreciated the presence of the health coach at the school, as it meant that the students had gotten a chance

to try new and diverse games and learn new things. Furthermore, the students relayed that the health program had given them something to do during school breaks, which meant that no one had been excluded and they had more energy for other classes. The legal guardians also suggested that the health program had positively affected the children's health behavior as they had become more active. However, the project did not seem to have had any positive influence on the family's health. One negative aspect of the program that was highlighted by both children and legal guardians was the fact that the initial health coach was replaced by a second health coach resulting in a discontinuity in the delivery of the program. Moreover, several students also thought that the activities had been too short. Despite these limitations, the vast majority of participants were satisfied with all aspects of the health coach project.

Discussion

Several health promotion school projects focused on physical activity have been conducted in recent years, both internationally and nationally. The vast majority of these projects have investigated the *effects* of increased physical activity on students' health (see for example Ericsson, 2003; Grydland et al., 2013; Haerens et al., 2006; Krimler et al., 2010). Equivocal results have predominated. Given this background a health coach was appointed with a .20 FTE at a primary school, for six terms. The health coach's task was to plan and implement health promotion with a focus on physical activity, for students in two classes. The purpose of this thesis was to explore this "health coach project" based on both quantitative (step counts and surveys) and qualitative (interviews with students, teachers, health coaches and school authority) methods.

One of the main results of the study was that the time for the health coach position was insufficient for improving children's step counts and enhancing quantitative indicators of mental-health and eating behaviors. The health coaches suggested the value of increasing the position to a fulltime one as they saw a need to offer more comprehensive services. Moreover, the coaches suggested that the principal failed to provide adequate time to carry out the activities. Specifically, 30 minutes, twice per week, of scheduled time for the health program, was insufficient for reaching the recommended minimum of 60 minutes of physical activity per day (Andersson et al., 2006; Ortega et al.,

2007), particularly given that access to physical activity opportunities is considered integral in promoting daily activity (Welk, 1999).

Furthermore, results of this thesis highlight the relevance of considering which person has been hired for the task of motivating students to be personally invested in their own health and well-being. Individuals equipped with special skills and competencies is required for health promotion with children. Analysis of the interview and survey data indicated that all children in the intervention group enjoyed the health program, however, they found the “playful” activities of one of the health coach’s particularly gratifying and engaging. Health promotion for children should therefore consist of a variety of uncomplicated *games*, in an attempt to attract more inactive children to become more physically active. Good prerequisites however, are needed to be able to increase the appeal of physical activity to inactive kids.

Lastly, findings from this thesis highlight the necessity of emphasizing *participation* as an essential factor related to health promotion efforts for children. This finding is consistent with the theoretical tenets of the model that was utilized in developing the health coach program. In addition to having a participating health coach, students also wanted to feel involved in fun activities, a finding that has been underscored in other studies (Kostenius, 2008; Lindqvist, Kostenius & Gard, 2014).

The issue of how health promotion should be conducted at primary schools in the future can be elaborated upon further. Qualitative findings from this thesis suggested that the health coach and the overall project itself were appreciated by *all* involved parties. This was true despite the fact that the program did not appreciably affect the students’ health – at least not in the short-term. In order to optimize the potential benefits of future health promotion in schools, I believe it is important to emphasize the relevance of several factors that can influence physical activity and healthy lifestyle outcomes. First, the principal and school director must provide a supportive environment in which the health coach can be effective, for example, providing sufficient time for physical activity sessions and ensuring the provision of needed economic resources. Assuming these organizational factors are in place, it will be easier for the coach to create a variety of playful activities that can take place on a consistent basis. Additionally, the coach should also feel competent, motivated, positive and interested, and actively

ENGLISH SUMMARY

participate in the activities that he or she has selected. In other words, fortifying factors including coaches', teachers', and legal guardians' are also important in helping children find the will to improve their current living habits and the likelihood of a healthy future (Welk, 1999).

Ultimately, those with a vested interest in enhancing the health of children must never become complacent. Rather, scholars must continue to try and find the best means possible to develop and implement high-quality health promotion in school settings – with or without a health coach – so that all children can have the opportunity to “... have the best attainable health” (the United Nations Convention on the Rights of the Child, article 24), now and in the future.

Referenser

- Allender, S., Cowburn, G. & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: A review of qualitative studies. *Health Education Research*, 2(6), 826–835.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, B.L., Harro, M., Sahrđina, B.L., Froberg, K., Ekelund, U., Brage, S. & Andersen, A.S. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: A cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet*. 368, 299-304.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and staywell*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *The Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Antova, T., Pattenden, S., Nikiforov, B., Leonardi, G.S., Boeva, B., Fletcher, T. ... Holikova, J. (2003). Nutrition and respiratory health in children in six Central and Eastern European countries. *Thorax* 58(3), 231–236.
- Apitzsch, E. (2007). Fysisk aktivitet åt alla elever i skolan. *Svensk Idrottsforskning*, (3/4), 6-10.
- Arundell, L., Ridgers, N.D., Veitch, J., Salmon, J., Hinkley, T., Timperio, A., (2013). 5-Year changes in afterschool physical activity and sedentary behavior. *American Journal of Preventive Medicine* 44(6), 605–611.
- Augustsson, C. (2007). *Unga idrottares upplevelser av föräldrapress* (Karlstad University Studies, nr. 2007:1). Doktorsavhandling, Karlstad: Karlstads universitet, Estetisk-filosofiska fakulteten.
- Baker, K. M., Goetzal, R. Z., Pei, X., Weiss, A. J., Bowen, J., Tabrizi, M. J., ... Thompson, E. (2008). Using a Return-On-Investment Estimation Model to Evaluate Outcomes From an Obesity Management Worksite Health Promotion Program. *Joem*, 50(9), 981-990.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bassett, D.R, Ainsworth B.E, Leggett S.R, Mathien, C.A, Main, J.A, Hunter, D.C, & Duncan, G.E (1996). Accuracy of - five electronic pedometers for measuring distance walked. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 28(8): 1071-1077.

- Bauman, AE., Reis, RS., Sallis, JF., Wells, J., Loos, RJF & Martin, BW (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 380(9838), 258–271.
- Becker, W., Lyhne, N., Pedersen, A.N., Aro, A., Fogelholm, M., Phórsdóttir, I.,... Pedersen, J.I. (2004). Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 48(4), 178-187.
- Bellows-Riecken, K.H. & Rhodes, R.E. (2008). A birth of inactivity? A review of physical activity and parenthood. *Preventive Medicine*, 46(2), 99-110.
- Berg, C., Jonsson, I., Conner M.T., Lissner, L. (2002). Relation between breakfast food choices and knowledge of dietary fat and fiber among Swedish schoolchildren. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 199–207.
- Berg, E.B. & Karlsen, J.T. (2007). Mental models in project management coaching. *Engineering Management Journal*, 19(3), 3-13.
- Berg, M.E. (2007). *Coaching – att hjälpa ledare och medarbetare att lyckas*. Lund: Studentlitteratur.
- Berkey, C. S., Rockett, H.R.H., Field, A.E. Gillman, M.W., & Colditz, G.A. (2004). Sugar-Added Beverages and Adolescent Weight Change. *Obesity Research*, 12(5), 778-788.
- Biddle, S. J.H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. London: Routledge
- Blair, S.N., Cheng, Y. & Holder, S. (2001). Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6 suppl.), S379-399, S419-420.
- Blair, S.N., LaMonte, M.L., & Nichaman, M.Z. (2004). The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? *The American Journal of Clinical Nutrition* 79(5), 913S-920S.
- Blair, S.N. & Morris, J.N. (2009). Healthy hearts – and the universal benefits of being physically active: Physical activity and health. *Annals of Epidemiology*, 19(4), 253-256.
- Bodenheimer, T., & Laing, B.Y. (2007). The Teamlet Model of Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 5(5), 457-461.
- Boreham, C. & Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Science*, 19(12), 915-929.
- Borraccino, A., Lemma, P., Iannotti, R. Zambon, A., Dalmaso, P., Lazzeri, G.,... Cavallo, F. (2009). Socio-economic effects on meeting PA guidelines: Comparisons among 32 countries. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 41(4), 749–756.
- Brace, N., Kemp, R. & Sneglar, R. (2003). *SPSS for psychologists*. (2 ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan

- Brener, N.D., Billy, J.O. & Grady, W.R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *The Journal of Adolescent Health, 33*(6), 436-457.
- Breslin, G., Gossrau-Breen, D., McCay, N., Gilmore, G., MacDonald, L., & Hanna, D. (2012). Physical Activity, Gender, Weight Status, and Wellbeing in 9- to 11-Year-Old Children: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Physical Activity and Health, 9*, 394-401.
- BRIS (2008). *Psykiisk obälsa ökar*. Hämtad, från http://www.bris.se/upload/Articles/brisrapport_08.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Brown, T. & Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: An update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews 10*(1), 110–141.
- Brunton, G., Harden, A., Rees, R., Kavanagh, J., Oliver, S & Oakley, A (2003). *Children and physical activity: A systematic review of barriers and facilitators*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Brölde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom: En begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2 uppl.). Malmö: Liber AB.
- Buttussi, F. & Chittaro, L. (2007). MOPET: A context-aware and user-adaptive wearable system for fitness training. *Artificial Intelligence in Medicine, 42*(2) 153-163.
- Camero, M., Hobbs, C., Stringer, M., Branscum, P & Taylor, E.L. (2012). A review of physical activity interventions on determinants of mental health in children and adolescents, *International Journal of Mental Health Promotion, 14*(4), 196-206.
- Campbell, J.D., Trapnell, P.D., Heine, S.J., Katz, I.M., Lavalley, L.F. & Lehman, D.R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(1), 141-156.
- Cardon, G.M., van Acker, R., Seghers, J., De Martelaer, K., Haerens, L.L. & De Bourdeaudhuij, I.M.M. (2012). Physical activity promotion in schools: which strategies do schools (not) implement and which socioecological factors are associated with implementation? *HEALTH EDUCATION RESEARCH, 27* (3), 470–483.
- Carlman, P. (2015). *"Det är halvidrott, kanske lite mer än halvidrott"*. *Idrottsskolan som en praktik för formandet av idrottsbarndomar*. (Karlstad University studies, nr. 2015:53). Doktorsavhandling, Karlstad: Karlstads universitet.

- Carlman, P., & Augustsson, C. (2014). "Vi kallade oss alltid smartisarna". En uppföljning av ett hälsofrämjande skolprojekt. Karlstad: Karlstads universitet. (Opublicerad).
- Carlman, P., Augustsson, C., & Olin-Scheller, C. (2013). Towards a new logic of sport practice for children. A case study of a "Sport for all" school programme in Sweden. *Swedish Journal of Sports Research*, 1, 4-25.
- Carlman, P., Wagnsson, S., & Patriksson, P. (2013). Causes and consequences of dropping out from organized youth sports. *Swedish Journal of Sports Research*, 1, 26-54.
- Carlsson-Gielen, A., McDonald, E.M., Gary, T.L., & Bone, L.R. (2008). Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. In: K. Glantz, B.K. Rimer & K. Viswanath (4th ed.) *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cederborg, A-C (2000). *Barnintervjuer. Vägledning vid utredningsarbete*. Stockholm: Liber AB.
- Chan, C.B. , Ryan, D.AJ & Tudor-Locke, C. (2006). Relationship between objective measures of physical activity and weather: a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(21), 1-9.
- Chen, W. & Hypnar, A. (2015). Elementary school students' self-determination in physical education and attitudes toward physical activity. *Journal of Teaching in Physical Education*, 34(2), 189 -209.
- Chief Medical Officer. Department of health. (2004). At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. Hämtat från, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4080981.pdf
- Craggs C, Corder K, van Sluijs EM & Griffin SJ. (2011). Determinants of change in physical activity in children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 645-658.
- Crocker, P. R. E., Bailey, D. A., Faulkner, R. A., Kowalski, K. C., & McGrath, R. (1997). Measuring general levels of physical activity: Preliminary evidence for the Physical Activity Questionnaire for Older Children. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 29(10), 1344-1349.
- Crocker, P. R., Eklund, R. C., & Kowalski, K. C. (2000). Children's physical activity and physical self-perceptions. *Journal of Sports Sciences*, 18(6), 383-394.
- Crouter, S.E., Schneider, P.L., Karabulut, M., & Basset, D, R, JR. (2003). Validity of 10 electronic pedometers for measuring steps, distance, and energy cost. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1455-1460.

- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education* (6th ed). London: Routledge.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in education* (7th ed.). Oxon: Routledge.
- Colley, R.C., Janssen, I. & Tremblay, M.S. (2011). Daily step target to measure adherence to physical activity guidelines in children. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 44(5), 977-982.
- Corbin CB, Pangrazi, RP., National Association for Sport and Physical Education. Council on Physical Education for Children. (2004). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5-12*. Reston VA: National Association for sport and Physical Education.
- Deforche, B., De Bourdeaudhuij, I., D'hondt, E., & Cardon, G. (2009). Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body mass index in 6- to 10-yr-old children: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6:25.
- Dencker, M., Thorsson, O., Karlsson, M.K., Linde'n, C., Svensson, J. Wollmer, P., & Andersen, L.B. (2005). Daily physical activity in Swedish children aged 8–11 years. *Scandinavian Journal of Medicine Science & Sports*, 16(4), 252–257.
- DiClemente, R.J., Salazar, L.F. & Crosby, R.A. (2006). Designing randomized controlled trials in health promotion research. In A. Crosby, R.J. DiClemente & L.F. Salazar (Ed.), *Research methods in health promotion*. San Francisco: Jossey Bass.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Dishman, R.K., Hales, D.P., Pfeiffer, K.A., Felton, G., Saunders, R., Ward, D.S., Dowda, M. & Pate, R.R. (2006). Physical Self-Concept and Self-Esteem Mediate Cross-Sectional Relations of Physical Activity and Sport Participation With Depression Symptoms Among Adolescent Girl. *Health Psychology*, 25(3), 396–407.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktygslåda 1- Sambällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Dobbins, M., DeCorby, K., Robeson, P., Husson, H., & Tirilis, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD007651. Hämtad, från <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651/pdf>

- Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. (2013). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD007651. Hämtad från, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651.pub2/epdf>
- Doverborg, E. & Pramling Samuelsson, I. (2000). *Att förstå barns tankar: Metodik för barnintervjuer*. (3 uppl.). Stockholm: Liber.
- Downie, R.S., Fyfe, C. & Tannahill, A. (1990). *Health promotion – models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Eather, N., Morgan, P.J., & Lubans, D.R. (2013). Social support from teachers mediates physical activity behavior change in children participating in the Fit-4-Fun intervention. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(68), 1-15.
- Eccles, J., Wigfield, A., Harold, R.D. & Blumenfeld, P. (1993). Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Development*, 64(3), 830-847.
- Eiser, C., Eiser, J.R., & Havermans, T. (1995). The measurement of self-esteem: practical and theoretical considerations. *Personality and Individual Differences*, 18, 429-432.
- Ekberg, J-E. (2009). *Mellan fysisk bildning och aktivering. En studie av ämnet idrott och hälsa i skolor 9*. (Malmö studies in education, nr. 2009:46). Doktorsavhandling, Malmö: Malmö högskola.
- Eklom, Ö. (2015). *Objektiv utvärdering av fysisk aktivitet i interventioner inom idrottsbyftet*. GIH. Stockholm.
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K.B., Abbott, J.M., & Nordheim, L. (2009). Exercise to improve self-esteem in children and young people. Review. (Cochrane Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1):CD003683. Hämtad från, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003683.pub2/abstract;jsessionid=5108C3AE757E69D179783D5F2EDA4CE9.f03t02>
- Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harro, M., Anderssen S.A., Sardinha L.B., ... Andersson, B. (2006). TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Heart Study. *PLoS Medicine*, 3(12), 2449-2457.
- Ekelund, U., Luan, J., Sherar, LB., Esliger, DW., Griew, P., Cooper, A. (2012). Moderate to Vigorous Physical Activity and Sedentary Time and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents. *JAMA*, 307(7), 704-712.

- Ekelund, U., Ward, H.A. Norat, T., Luan, J. May, A.M, Weiderpass, E., ... Elio Riboli (2015). Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3): 613-621.
- Eliasson, I. (2011). Barns perspektiv på barnrättsperspektiv. I J. R. Norberg & J. Pihlblad (red.), *För barnets bästa. En antologi om idrott ur ett barnrättsperspektiv*. Centrum för idrottsforskning, 2011:2. Stockholm: Centrum för idrottsforskning.
- Engström, L-M. (2007). Trender inom barn- och ungdomsidrotten. I L-M. Engström, R.J. Norberg & J. Åkesson (2007) *Idrotten vill – en utvärdering av barn och ungdomsidrotten*. FoU- Rapport. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Engström, L-M, (2008). *Forskning om Handslagets genomförande och resultat. En utvärderande sammanställning*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Epstein, L.H., Paluch, R.A., Kalakanis, L.E., Goldfield, G.S., Cerny, F.J., & Roemmich, J.N. (2001). How much activity do youth get? A quantitative review of heart-rate measured activity. *Pediatrics*, 108(3), 1-10.
- Epstein, L.H., Roemmich, J.N., Paluch, R.A. & Raynor, H.A. (2005). Influence of changes in sedentary behavior on energy and macronutrient intake in youth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(2), 361– 366.
- Ercikan, K., & Roth, W.-M. (2006). What good is polarizing research into qualitative and quantitative? *Educational Researcher*, 35(5), 14-23.
- Ericson, I. (2003). *Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer. En interventionsstudie i skolår 1-3*. (Malmö studies in education, nr. 2003:6). Doktorsavhandling, Malmö: Malmö högskola.
- Ericsson, I. & Karlsson, M.K. (2014). Motor skills and school performance in children with daily physical education in school – a 9-year intervention study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 273-278.
- Eriksson, C., Gustavsson K., Quennerstedt M., Rudsberg K., Öhman M. & Öijen L. (2005). *Nationella utvärderingen av grundskolan 2003 Idrott och hälsa Ämnesrapport till rapport 253*. (NU-03). Stockholm: Skolverket.
- Eriksson, M. & Lindström, B., (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190-199.
- Eriksson, M., Nordqvist, T. & Rasmussen, F. (2008). Associations between parents' and 12-year-old children's sport and vigorous activity: the role of self-esteem and athletic competence. *Journal of Physical Activity & Health*, 5(3), 359-373.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fagrell, B. & Gustafsson, T. (2007). *Idrottsrörelsens samverkan med skolan inom ramen för Handslaget*. (Handslagsrapport 2007:6). Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Fahlén, J. (2012). *Utom tävlan. En studie av föreningsorganiserad spontanidrott*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.

- Faresjö, T. & Åkerlind I. (red.) (2005). *Kan man vara sjuk och ändå ha hälsan?: Frågor om liv, hälsa och etik i tvärvetenskaplig behysning*. Lund: Studentlitteratur.
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll*. (4th ed.). London: Sage publications.
- Fjørtoft, I. (2001). The natural environment as a playground for children: The impact of outdoor play activities in pre-primary school children. *Early Childhood Education Journal*, 29(2), 111-117.
- FN:s konvention om barnets rättigheter. Artikel 2, 23, 24. Hämtad från <http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela-texten>
- Folkhälsomyndigheten, (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14. Grundrapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Fox, K.R. (1997). Let's get physical. In K.R. Fox (Ed.), *The physical self. From motivation to well-being*. Champaign Ill: Human Kinetics.
- Fox, K.R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. In J.L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement*. Morgantown: Fitness information technology.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*: 2(3a), 411-418.
- Fox, K.R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 228-240.
- Franke-Wikberg, S. (1992). *Utvärderingens mångfald: några ledtrådar för vilna utbildare*. Stockholm: FoU-enheten, UHÄ.
- Franke-Wikberg, S. & Lundgren U.P. (1980). *Att utvärdera utbildning. Del 1. En introduktion till pedagogisk utvärdering*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Freedman, D.S., Khan, L.K., Serdula, M.K, Dietz, W.H., Srinivasan, S.R & Berenson, G.S. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity: The Bogalusa heart study. *Pediatrics*, 115(1), 22-27.
- French, S.A. & Stables, G. (2003). Environmental interventions to promote vegetable and fruit consumption among youth in school settings. *Preventive Medicine*, 37(6), 593-610.
- Friedman, H.S., Martin, L.R., Tucker, J.S., Criqui, M.H., Kern.M.L. & Reynolds C.A. (2008). Stability of physical activity across the lifespan. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1092-1104.
- Gibson, C.H. (1991) 'A Concept Analysis of Empowerment'. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-61.
- Gjerde, S. (2012). *Coaching, vad – varför – hur*. Lund: Studentlitteratur.
- Glantz, K. & Rimer, B., K. (2008). Perspectives on using theory. Past, resent, and future. In K. Glantz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Ed.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. (4th). San Francisco: Jessy-Bass.
- Gordon-Larsen, P., Nelson, C. M., Page, P. & Popkin, B. M. (2006). Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity and Obesity. *Pediatrics*, 117(2), 417-424.

- Goldfield, G.S, Mallory, R., Parker, T., Cunningham, T., Legg, C., Lumb, A., ... & Adamo K.B (2007). Effects of Modifying Physical Activity and Sedentary Behavior on Psychosocial Adjustment in Overweight/Obese Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 783–793.
- Graneheim, B., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granleese, J. & Joseph, S. (1994). Reliability of the Harter Self-Perception Profile for Children and Predictors of Global Self-worth. *The Journal of Genetic Psychology*, 155(4), 487-492.
- Green L.W., & Kreuter M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. (2th ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W., (2005). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. (4th ed.). Mountain View, California: Mayfield.
- Grydeland, M., Holden Bergh, I., Bjelland, M., Lien, N., Frost Andersen, L., Ommundsen, Y., Klepp, K-I., & Sigmund Alfred Anderssen, S. (2013). Intervention effects on physical activity: the HEIA study - a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(17), 1-13.
- Guindon, M.H. (2002). Toward accountability in the use of the self-esteem construct. *Journal of Counseling and Development*, 80(2), 204-214.
- Haerens, L., Deforche, B., Maes, L., Cardon, G., Stevens, V., & De Bourdeaudhuij, I. (2006). Evaluation of a 2-year physical activity and healthy eating intervention in middle school children. *Health Education Research*, 21(6), 911–921.
- Haerens, L., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Vereecken, C., Brug, J. & Deforche, B. (2007a). The effects of a middle-school healthy eating intervention on adolescents' fat and fruit intake and soft drinks consumption *Public Health Nutrition*, 10(5),443-9.
- Haerens, L., Deforche, B., Vandelanotte, C., Maes, L. & De Bourdeaudhuij, I. (2007b). Acceptability, feasibility and effectiveness of a computer-tailored physical activity intervention in adolescents. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 303-310.
- Haerens, L., De Bourdeaudhuij, I., Eiben, G., Lauria, F., Bel, S., Keimer, K., ... Maes, L. (2010). Formative research to develop the IDEFICS physical activity intervention component: Findings from focus groups with children and parents. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(2), 246-256.
- Haglund, B.J.A., Pettersson, B., Finer, D. & Tillgren, P. (1991). *We Can Do it'': from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden June 9-15, 1991*. Stockholm: Karolinska institutet.

REFERENSER

- Hagquist, C. (2009). Psychosomatic health problems among adolescents in Sweden—are the time trends gender related? *European Journal of Public Health*, 19(3), 331–336.
- Hallal, C.P., Victora, G.C., Azevedo, R.M. & Wells, K.C.J. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Haldén, G. (2003). Barnperspektiv som ideologiskt eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, 8(1/2), 12-23.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53(1), 87-97.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: developmental and sociocultural foundations*. New York; London: Guilford.
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Heath, GW., Parra, DC., Sarmiento, OL., Andersen, LB., Owen, N., Goenka, S., ... Brownsson, RC. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*, 380(9838), 272-281.
- Hendy, T.B., (2000). Jungle gym or brain gym: Playground can improve academic readiness. *Parks & Recreation*, 35(6), 84-91.
- Herman, K.M., Craig, C.L., Gauvin, L. & Katzmarzyk, P.T. (2009). Tracking of obesity and physical activity from childhood to adulthood: The Physical Activity Longitudinal Study. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(4), 281-288.
- Hoelscher, D.M., Feldman, H.A., Johnson, C.C., Lytle, L.A., Osganian, S.T., Parcel, G.S. ... & Nader, P.R. (2004) School- based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH institutionalization study. *Preventive Medicine*, 38(5), 594-606.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E., (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Hultgren, S. (2006). *Rörelseidentitet. Ett beteendevetenskapligt perspektiv på samband mellan psykosociala faktorer och fysisk aktivitet*. Stockholm: Gymnastik och Idrottshögskolan GIH.
- Jakobsson, B.T. (2005). *Hälsa - vad är det i ämnet idrott och hälsa? En studie av lärares tal om ämnet idrott och hälsa*. Stockholm: Idrottshögskolan.

- Jakobsson, B.T. (2004). Basket, brännboll och så lite hälsa! Lärares uppfattning om vad hälsa innebär i ämnet idrott och hälsa. I H. Larsson & K. Redelius (Red.), *Mellan nytta och nöje. Bilder av ämnet idrott och hälsa*. Stockholm: Idrottshögskolan.
- James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
- Janssen, I. & LeBlanc, A. (2010). Systematic review of health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(40), 1-16.
- Johansson, E., & Pramling Samuelsson, I. (2003). Barns perspektiv och barnperspektiv i pedagogisk forskning och praxis. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, 8(1), 1–5.
- Kader, M., Sundblom, E. & Schäfer Elinder (2015). Effectiveness of universal parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. *Preventive Medicine*, 77, 52 –67.
- Kelder, S.H., Perry, C.L., Knepp, K-I. & Lytle, L.L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*, 84(7), 1121-1126.
- Klomsten, A.T., Skaalvik, E.M., Espnes, G.A. (2004). Physical self-concept and sport: Do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50(1), 119-127.
- Knai, C., Pomerleau, J., Lock, K. & McKee, M. (2005). Getting children to eat more fruit and vegetables: A systematic review. *Preventive Medicine*, 42(2), 85-95.
- Knuth, A.G., & Hallal, P.C. (2009). Temporal Trends in Physical Activity: A systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(5), 548-559.
- Korp, P. (2002). *Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering*. (Göteborg studies in sociology 2002:2). Doktorsavhandling, Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för sociologi.
- Korp, P. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.
- Kostenius, C. (2008). *Giving Voice and Space to Children in Health Promotion*. (Doctoral Thesis. 2008:18.). Doktorsavhandling, Luleå University of Technology, Division of Health and Rehabilitation, Department of Health Science.
- Kowalski, K.C, Crocker P.R.E, Faulkner R.A. (1997). Validation of the physical activity questionnaire for older children. *Pediatric Exercise Science*, 9(2), 174-186.
- Kowalski, K.C., Crocker, P.R.E. & Donen, R.M. (2004). *The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A) Manual*. Canada: University of Saskatchewan.

- Kreitzer, M. J., Victor S. Sierpina, V. S., & Lawson, K. (2008). Health coaching: Innovative education and clinical programs. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(2), 154-155.
- Kriemler, S., Zahner, L., Schindler, C., Meyer, U., Hartmann, T., Hebestreit, H., , ... Puder, J.J. (2010). Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 340(785), 1-8.
- Kristén, L., Ivarsson, A., Parker, J. & Ziegert, K. (2015). Future challenges for intervention research in health and lifestyle research. A systematic meta-literature review. *International Journals of Qualitative Studies of Health and Well-being* 10, 1-13.
- Kristensen, P.L., Møller, N.C., Korsholm, L. Wedderkopp, N., Andersen, L. B. & Froberg, K.(2008). Tracking of objectively measured physical activity from childhood to adolescence: The European youth heart study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18(2), 171–178.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009; 2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Käll, L.B., Nilsson, M. & Lindén, T. (2014). The impact of a physical activity intervention program on academic achievement in a Swedish elementary school setting. *Journal of School Health*, 84(8), 473-480.
- Laing, B.Y., Ward, L., Yeh, T., Chen, E. & Bodenheimer, T. (2008). Introducing the “Teamlet”: Initiating a Primary Care Innovation at San Francisco General Hospital. *The Permanente Journal*, 12(2), 4-9.
- Lanstinget, Värmland, (2011). *Om Värmlänningarna, Planeringsunderlag för landstinget i Värmland, 2011*. Hämtad 2011-09-22, från http://www.liv.se/sidkat/1887/v%0c3%0a4rml%0c3%0a4nningen_2011_we_b_new.pdf
- Larsson, H. (2004). Vad lär man sig på gympan? I H. Larsson & K. Redelius (Red.), *Mellan nytta och nöje. Bilder av ämnet idrott och hälsa*. Stockholm: Idrottshögskolan.
- Larsson, L. (2009). *Idrott – och helst lite mer idrott. Idrottsläroverstudenters möte med utbildningen*. (Studies in Education in Arts and Professions 1). Doktorsavhandling, Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för utbildningsvetenskap med inriktning mot tekniska, estetiska och praktiska kunskapstraditioner.
- Larsson, H. (2016). Didaktiska perspektiv på idrott. I S. Hedenborg (Red.), *Idrottsvetenskap. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, H. & Redelius, K. (2004). Några pedagogiska utmaningar i relation till ämnet idrott och hälsa. I Larsson, H. & Redelius (red). *Mellan nytta och nöje. Bilder av ämnet idrott och hälsa*. Stockholm: Idrottshögskolan.
- Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Promotion and Planning*; 15(3), 255-262.

- Lee, IM., Shiroma, EJ., Lobelo, F., Puska, P. Blair, SN., & Katzmarzyk, PT. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Lindqvist, A-K., Kostenius, C. & Gard, G. (2014). Fun, feasible and functioning: Students' experiences of a physical activity intervention. *European Journal of Physiotherapy*, 16(4), 1-7.
- Lindvall, M. (2004). *Exercising the Self: On the Role of Exercise, Gender and Culture in Physical Self-Perceptions*. Doktorsavhandling, Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för psykologi.
- Lindvall, M. (2008). Självkänsla – bortom bästsäljande populism och teoretiskt vingliga nybyggen. *Psykologtidningen*, (12), 17-19.
- Lindvall, M. (2011). *Självkänsla: Bortom populärpsykologi och enkla sanningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Livsmedelsverket, (2012a). *Långt kvar till bra matvanor i de nordiska länderna*. Hämtad 2012-11-15, från <http://www.slv.se/sv/grupp3/Pressrum/Nyheter/Pressmeddelanden/Langt-kvar-till-bra-matvanor-i-de-nordiska-landerna/>
- Livsmedelsverket (2012b). *Bakgrund, principer och användning. Nordiska näringsrekommendationer 2012. Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Hämtad från <http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/naringsrekommendationer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>.
- Loprinzi, P.D. & Trost, S. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive Medicine*, 50(3), 129-133.
- Lorentzon, P. (2006) Hälsofrämjande arbete – vilka metoder fungerar? Lorentzon, P. (red) *Livsiktigt – om arbetet med kost och rörelse i skolan och sambället*. Göteborg: Stadskansliet, Skolutvecklingsenheten.
- Maïano, C., Ninot, G., & Bilard, J. (2004). Age and gender effects on global self-esteem and physical self-perception in adolescents. *European Physical Education Review*, 10(1), 53–69.
- Malik, V.S., Schulze, M.B. & Hu, F.B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), 274-288.
- Malina, R.M. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(3 suppl.), 48-57.
- Malina, R.M. (2001). Physical activity and fitness: Pathways from childhood to adulthood. *American Journal of Human Biology* 13(2), 162-172.
- Malina, R.M. (2004). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, Ill: Human Kinetics.

- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Marsh, H.W. (1989). Age and Sex Effects in Multiple Dimensions of Self-Concept: Preadolescence to Early-Adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 417-430.
- Marsh, H. W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. In K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to wellbeing*, (pp. 27-58). Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Marsh, H. W. (1998). Age and gender effects in physical selfconcepts for adolescent elite athletes and nonathletes: A multicohort–multioccasion design. *Journal of Sport and Exercise*, 20(3), 237-259.
- Marshall, S.J., Levy, S.S., Tudor-Locke, C.E., Kolkhorst, F.W., Wooten, K.M., Ji, M., Macera, C.A., & Ainsworth, B.E. (2009). Translating physical activity recommendations into a pedometer-based step goal. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 410-415.
- Martinez-Gomez, D. R. Ruiz, J.R., Ortega, F.B., Veiga, O.L., Moliner-Urdiales, D., Mauro, B., ... Sjöström, M. (2010). Recommended Levels of Physical Activity to Avoid an Excess of Body Fat in European Adolescents. The HELENA Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(3), 203–211.
- Mayall, B. (2008). Conversations with children: Working with generational issues. In P. Christensen, & A. James (Red). *Research with children. Perspectives and practices* (pp. 109-124). London New York: Routledge.
- Maynard, M. Gunnell, D., Emmett, P., Frankel, S. & Davey Smith, G. (2003). Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: The Boyd Orr cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(3), 218–225.
- McClain, J.J. & Tudor-Locke, C. (2009). Objective monitoring of physical activity in children: considerations for instrument selection. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(5), 526–533.
- McKenzie, T.L., Stone, E.J., Feldman, H.A., Epping, J.N., Yang, M., Strikmiller, P.K., ... Parcel, G.S. (2001) Effects of the CATCH physical education intervention: teacher type and lesson location. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2), 101-109.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education and Behavior*, 15(4), 351-377.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande*. Lund: Studentlitteratur.
- Melanson, E.L., Knoll, J.R, Bell, M.L., Donahoo, W.T, Hill, J.O., Nysse, L.J., ... Levine, J.A. (2004). Commercially available pedometers: Considerations for accurate step counting. *Preventive Medicine*, 39(2), 361-368.

- Menckel, E. & Österblom, L. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen: Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Merriam, S.B. (1988). *Case Study Research in Education*. San Fransico: Jossey-Bass.
- Merriam, S.B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Merten MJ, Williams AL, Shriver LH. Breakfast consumption in adolescence and young adulthood: Parental presence, community context, and obesity. *Journal of American Diet Association*, 109(8), 1384–1391.
- Metcalf B, Henley W, Wilkin T. (2012). Effectiveness of intervention on physical activity of children: systematic review and meta-analysis of controlled trials with objectively measured outcomes. *BMJ*, 345, 1-11.
- Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O.T., Pietinen, P. & Viikari, J. (2004). Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58(7), 1038–1045.
- Moulton, G., & Frankish, J. (2006). Building on a foundation: Strategies, processes and outcomes of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research and Development*, 7, 269-277.
- Mura, G., Rocha, N.B.F., Helmich, I., Budde, H., Machado, S., Wegner, M., ... Mauro Giovanni Carta, M.G., (2015). Physical Activity Interventions in Schools for Improving Lifestyle in European Countries. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 11(Suppl 1 M5), 77–101.
- Muris, P., Meesters, C. & Fijen, P. (2003). The Self-Perception Profile for Children: further evidence for its factor structure, reliability, and validity. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1791–1802.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Originalets titel: Public health and Health Promotion: Developing Practice. 2005. Lund: Studentlitteratur.
- Nielsen, G., Hermansen, B., Bugge, A., Dencker, M. & Andersen, L.B. (2013). Daily physical activity and sport participation among children from minorities in Denmark. *European Journal of Sport Science*, 13(3), 321-331.
- Nilsson, A. (2008). *Physical activity assessed by accelerometry in children*. (Örebro studies in Medicine 12.) Doktorsavhandling, Örebro: Örebro universitet.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livsqualitet och hälsa. Teori och kritik*. Solna: Almqvist & Wiksell.
- Nordenfelt, L. (1995). Om holistiska hälsoteorier. I K. Klockars & B. Österman (Red.), *Begrepp om hälsa- filosofiska och etiska perspektiv på livsqualitet, hälsa och vård*. (s. 29-42). Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Nordic Council of Ministers (2013). *Nordic nutrition recommendations 2012. Part 1: Summary, principles and use*. (5th ed.). Hämtad från http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/9789289326292_nnr-2012.pdf

- Nordström, E. (2012). *Idrottsbyflets externa utvärdering. Sammanfattande analys och slutsatser*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nyberg, G. (2009). *Physical activity in 6-10 year old children. Variations over time, associations with metabolic risk factors and role in obesity prevention*. Doktorsavhandling, Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för klinisk vetenskap.
- Nyberg G., Sundblom, E., Norman, Å., Bohman, B., Hagberg, J., Schäfer Elinder, L. (2015). Effectiveness of a universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children: The healthy school start study, a cluster-randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 10(2), 1-19.
- Nyberg, G., Norman, Å., Sundblom, E., Zeebari, Z. & Schäfer Elinder, L. (2016). Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(4), 1-14.
- O'Connor T.M., Jago, R., & Baranowski, T. (2009). Engaging parents to increase youth physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 141-149.
- Ortega, F., Ruiz, J., & Sjöström, M. (2007). Physical activity, overweight and central adiposity in Swedish children and adolescent: The European Youth Heart Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 61, 1-10.
- Ortega, FB., Ruiz, RJ., Castillo, MJ & Sjöström, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of Obesity*, 32(1), 1–11.
- Palmer, S., Tubbs, I. & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behavior and achievement of health-related goals. *International Journal of Health Promotion & Education*, 41(3), 91–93.
- Paluska, A.S. & Schwenk, L.T. (2000) Physical activity and mental health. *Sports medicine*, 29(3), 167-180.
- Parcel, G.S., Kelder, S.H. & Basen-Engquist, K. (2000). The school as a setting for health promotion. In B.D. Green, L.W. Poland & I. Rootman, (Ed.), *Settings for health promotion. Linking theory and practice*. Thousands Oaks, CA.: Sage Publications Inc.
- Parrish AM, Okely AD, Stanley RM, & Ridgers ND. (2013). The effect of school recess interventions on physical activity: a systematic review. *Sports Medicine*, 43(4), 287-99.

- Pate R. R. Pate, M. Pratt, S. N. Blair, W. L. Haskell, C. A. Macera, ... Wilmore, J.H. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273(5) 402-407.
- Pate, R., R., O'Neill, J., R., Mitchell, J. (2010). Measurement of Physical Activity in Preschool Children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(3), 508-512.
- Patrick, H. & Nicklas, T.A. (2007). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83–92.
- Patriksson, G. (2012). *Swedish young peoples' lifestyles with focus on physical (in)activity and overweight/obesity – A review of the research literature*. (Rapporter, Idrottsvetenskap, nr 2.) Göteborgs universitet, Institutionen för kost- och idrottsvetenskap.
- Patriksson, G. & Stråhlman, O. (2006). *Young peoples lifestyles and sedentariness. The case of Sweden and Denmark: A scientific review*. (IPD-reports. No 2006:01). Göteborg: Göteborg University, Department of Education.
- Patriksson, G., Stråhlman, O. & Ericsson, S. (2012). *Idrottslyftets externa utredning. Riksidrottsförbundet, Sveriges Akademiska Idrottsförbund, Svenska Flygsportförbundet och Korpen – Svenska Motionsidrottsförbundet*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Patriksson, G., Stråhlman, O., & Kougioumtzis, K. (2009). "It is more like six projects with similar name". An evaluation of Health(a)ware – a project funded by the European Union. University of Gothenburg, School of Sport Science, Augusti 2009, Göteborg: Göteborgs universitet.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3rd ed.) London: Sage Publication.
- Pedersen TP, Meilstrup CR, Holstein B, Rasmussen M. (2012). Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: cross-sectional study of 11-,13-, and 15-year-olds. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. 2012;9(9).
- Petersen, S., Bergström, E., & Brulin, C. (2003). High prevalence of tiredness and pain in young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(5), 367-374.
- Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, ... & Häggglöf, B. (2010). *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige: en systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Rapport. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien. Hämtat från, http://www.kva.se/globalassets/vetenskap_samhallet/halsa/utskottet/k_unskapsoversikt1_halsa_sve_2010.pdf

- Pierce, J. W., & Wardle, J. (1997). Cause and effect beliefs and self-esteem of overweight children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(6), 645–650.
- Poland, L.W., Green, B.D., & Rootman, I. (2000). *The settings approach to health promotion. Linking Theory and Practice*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Pramling Samuelsson, I. & Sheridan, S. (2003). Delaktighet som värdering och pedagogik. *Pedagogisk Forskning i Sverige* 8(1/2), 70–84.
- Quennerstedt M. (2006). *Att lära sig hälsa*. (Örebro Studies in Education 15). Doktorsavhandling. Örebro: Örebro universitet.
- Ragin, C. D. (1995). Introduction: Cases of “What is a case?”. In C. C. Ragin & H.S. Becker (Ed.), *What is a case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rampersaud, G.C., Pereira, M.A., Girard, B.L., Adams, J. & Metz, J.D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescent. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 743-760.
- Rasmussen, F. (Red.), Eriksson, M., Bokedal, C. & Schäfer Elinder, L. (2004) *Fysisk aktivitet, matvanor, övervikten och självkänsla bland ungdomar*. (Rapport 2004:1). Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut.
- Rasmussen, M., Krølner, R., Klepp, K.I., Lytle, L. Brug, J. Bere, E. & Due, P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(22), 1-19.
- Raustorp, A. (2005). *Physical activity, body composition and physical self among children and adolescents*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Neurotec Department.
- Raustorp, A. (2006). *Fysisk självkänsla*. Uppsala: Kunskapsföretaget.
- Raustorp, A. & Ekroth, Y. (2010). Eight-year secular trends of pedometer-determined physical activity in young Swedish adolescents. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(3), 369-374.
- Raustorp, A., Mattsson, E., Svensson, K., & Ståhle, A. (2006). Physical activity, body composition and physical self-esteem: a 3-year follow-up study among adolescent in Sweden. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 16(4), 258-266.
- Raustorp, A., Pagels, P., Fröberg, A. & Boldemann, C. (2015). Physical activity decreased by a quarter in the 11- to 12-year-old Swedish boys between 2000 and 2013 but was stable in girls: a smartphone effect? *Acta Paediatrica*, 104(8), 808–814.

- Raustorp, A., Pangrazi, R.P. & Ståhle, A. (2003). Physical activity level and body mass index among schoolchildren in south-eastern Sweden. *Acta Paediatrica* 93(3), 400-404.
- Raustorp, A., Ståhle, A., Gudasic, H., Kinnunen, A. & Mattsson, E. (2005) Physical activity and self-perception in school children assessed with the Children and Youth – Physical Self-Perception Profile. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 15(2), 126–134.
- Raustorp, A., Svensson, K. och Perlinger, T. (2007). Tracking of pedometer determined physical activity. A five year follow-up study of adolescents in Sweden. *Pediatric Exercise Science*, 19(2), 228-238.
- Regeringens proposition, 2009/10:232. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige. Hämtat 2012-12-12, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/87/01/e6d5b9d9.pdf>
- Resaland, G. K., Andersen, L. B., Mamen, A., Anderssen, S. A. (2011). Effects of a 2-year school-based daily physical activity intervention on cardiorespiratory fitness. The Sogndal school-intervention study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21, 302-309.
- Riddoch, C.J. & Boreham, C.A. (1995). The health-related physical activity of children. *Sports Medicine*, 19(2), 86-102.
- Riksidrottsförbundet. (2005) *Ungdomars tävlings och motionsvanor*. Stockholm: Idrottens hus. Hämtat från http://www.rf.se/ImageVaultFiles/id_31827/cf_394/Ungdomars_motionsvanor.PDF.
- Riksidrottsförbundet, (2007). *Strategisk plan för idrottsrörelsens samverkan med skolan*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Riksidrottsförbundet (2009). *Handslaget*. Hämtat från <http://www.rf.se/Vi-arbetar-med/Politiskafragor/Idrottslyftet/Handslaget/>
- Riksidrottsförbundet, (2009). *Idrotten vill. - Idrottsrörelsens idéprogram*. Stockholm: Riksidrottsförbundet.
- Riksidrottsförbundet (2013). *Föräldrar positiva till barnens idrottande*. Hämtad från <http://www.rf.se/Allanyheter/2012/Foraldrarnapositivatillbarnensidrottande>
- Riksidrottsförbundet (RF) (SCB) 2015: *Svenska folkets relation till idrott och motion. Skattning baserad på antal personer i riket*. Lina Wahlgren. Statistik- och utvärderingsansvarig. (Opublicerat).
- Rizzo, N. S. (2008). *Association between Physical Activity and Metabolic Risk Factors in Children and Adolescents*. The European Youth Heart Study. Doktorsavhandling, Stockholm: Karolinska institutet.
- Ruiz, J.R., (2007). *Cardiorespiratory fitness and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents*. Doktorsavhandling, Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för biotvetenskaper och näringlära.

- Rädda barnen (2013). *Barnfattigdom I Sverige. Årsrapport 2013*. Hämtad från, http://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/sverige/samhallets-ansvar/barnfattigdom/Barnfattigdom_2013.pdf
- Salazar, L.F., Crosby, R.A., & DiClemente, R.J. (2006a). Choosing a research design. In A. Crosby, R.J. DiClemente & L.F. Salazar (Ed.), *Research methods in health promotion*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Salazar, L.F., Crosby, R.A., & DiClemente, R.J. (2006b). Qualitative research strategies and methods for health promotion. In A. Crosby, R.J. DiClemente & L.F. Salazar (Ed.), *Research methods in health promotion*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sallis, J.F., Buono, M.J., Roby, J.J., Micale, F.G. & Nelson, J.A. (1993). Seven-day recall and other physical activity self-reports in children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 25, 99-108.
- Sallis, J.F. & Owen, N. (1999). *Physical activity & behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sallis, J.F., Cervero, R.B., Ascher, W., Henderson, K.A., Kraft, M.K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Public Health*, 27, 297-322.
- Sallis, J.F., Owen, N. & Fischer, E.B. (2008). Ecological model of health behavior. In K. Glantz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Ed.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. (4th ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Salmon J., Dunstan D. & Owen N. (2008). Should we be concerned about children spending extended periods of time in sedentary pursuits even among the highly active? *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(2), 66-68.
- Santelli, J.F. (2006). Ethical issue in health promoting research. In Crosby, A., DiClemente, R.J., & Salazar, L.F. *Research methods in health promotion*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SBU (2004:160). *Förebyggande åtgärder mot fetma – en systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2006). *Metoder för att främja fysisk aktivitet*. Rapport från Statens beredning för medicinsk utveckling. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J. (Red.). (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:800. *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.

- Shaya, F.T., Flores, D., Gbarayor, C.M. & Wang, J. (2008) School-based obesity interventions: A literature review. *Journal of School Health*, 78(4), 189-196.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data. methods for analysing talk, text and interaction*. (3 ed.). London: Sage Publications.
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research*. (3 ed.) London: SAGE Publications Ltd.
- Sjöberg, A., Moraeus, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U. & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity Reviews*, 12(5), 305-314.
- Skolidrottsförbundet (2016). Om förbudet. Hämtad 2016-05-02, från <http://www.skolidrott.se/Omforbundet/>
- Skolinspektionen (2012). *Idrott och hälsa i grundskolan. Med lärandet i rörelse. Kvalitetsgranskning, (Rapport 2012:5)*. Stockholm: Skolinspektionen. Hämtad från <https://www.skolinspektionen.se/globalassets/publikationssok/granskningssrapporter/kvalitetsgranskningar/2012/idrott/kvalgr-idr-slu Rapport.pdf>
- Skolverket, (2007). *Attityder till skolan 2006 – elevernas och lärarnas attityder till skolan*. Rapport 299. Hämtad från http://www.skolverket.se/om-skolverket/publikationer/visa-enskild-publikation?_xurl=http%3A%2F%2Fwww5.skolverket.se%2Fwtpub%2Fws%2Fskolbok%2Fwtpubext%2Ftrycksak%2FBlob%2Fpdf1711.pdf%3Fk%3D1711
- Skolverket (2010a). *På pojkearnas planhalva? Ämnet idrott och hälsa ur ett jämställdhets- och likvärdighetsperspektiv*. (Rapport 35), Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2010b). *Mycket idrott och lite hälsa. Skolinspektionens rapport från den flygande tillsynen i idrott och hälsa*. Dnr: 2010:2037. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2011a). *Läroplan för grundskolan, Lgr, 11*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2011b). *Kommentarer till kursplanen i idrott och hälsa*. Stockholm: Skolverket.
- Smith, M., & Puczkó, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sollerhed, A-C. & Ejlerstsson, G. (2008) Physical benefits of expanded physical education in primary school: findings from a 3-year intervention study in Sweden. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 102-107.
- Sommer, D., Pramling Samuelsson, I. & Hundeide, K. (2011). *Barnperspektiv och barnens perspektiv i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB.
- Sonstroem, R.J. & Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 21(3), 329-337.

REFERENSER

- Sonstroem, R.J. (1992). Physical activity and self-esteem. In W.P. Morgan. *Physical activity & mental health*. Washington, D.C: Taylor & Francis.
- Soós, I., Liukkonen, J. & Thomson, R.W. (2007). Health promotion and healthy lifestyles: Motivating individuals to become physical active. In J. Merchant, B.L. Griffin & A. Charnock (Ed.), *Sport and physical activity. The role of health promotion*. Basingstoke. England: Palgrave Macmillan.
- SOU 2001:55. Hälsa och välbefinnande. I *Barn och ungdomars välfärd*. Socialdepartementet. Hämtat från http://www2.sofi.su.se/~joj/docs/SOU200155_8-9.pdf
- Spence, J.C. & Lee, R.E. (2003). Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 4(1), 7-24.
- Spence, J.C., McGannon, K.R. & Poon, P. (2005). Exercise psychology: The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27(3), 311-334.
- Spencer-Cavaliere, N. & Rintoul, MA. (2012). Alienation in physical education from the perspectives of children. *Journal of Teaching in Physical Education*, 31(4), 344-361.
- Starrin, B. (1997). Empowerment – begrepp och tillämpning. I E. Forsberg & B. Starrin (Red.), *Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Statens folkhälsoinstitut (1994). *Skolbarns hälsovanor. Frågeformulär för 1993/1994*. Internationell standardiserad version. Opublicerad.
- Statens folkhälsoinstitut (2006:11). *Svenska skolbarns hälsovanor, 2005/2006*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/13921/svenska-skolbarns-halsovanor-2005-2006.pdf>
- Statens Folkhälsoinstitut (2010:16). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2011:6). *Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning. Trender och sociala skillnader 2001–2010*. Delresultat från undersökningen om Skolbarns hälsovanor. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12635/A2011-06-Skolbarns-halsovanor-fysakt-tv-dator-Ett-friskare-Sverige.pdf>
- Statens folkhälsoinstitut (2011:15). *Fysisk aktivitet. Kunskapsunderlag för folkhälsopolitiskt rapport 2010*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12666/R2011-15-Fysisk-aktivitet-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>.
- Statens Folkhälsoinstitut (2011:27). *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12696/R2011-27-Svenska-skolbarns-halsovanor-2009-2010-grundrapport.pdf>

- Statens folkhälsoinstitut (2012). Rekommendationer för fysisk aktivitet. Hämtad från <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Rekommendationer/>
- Statistiska centralbyrån (SCB), (2013). Vart femte barn har utländsk bakgrund. Stockholm. Hämtad 2015-09-23, från <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Vart-femte-barn-har-utlandsk-bakgrund/>
- Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Ed.), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No. 92.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.
- Stokols, D., Grzywacz, J.G., McMahan, S., & Phillips, K. (2003). Increasing the Health Promotive Capacity of Human Environments. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 4-13.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 292-298.
- Stone, E.J., McKenzie, T.L., Welk, G.J., Booth, M.L. (1998). Effects of physical activity interventions in youth. Review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 298-315.
- Stratton, G. & Watson, P. (2009). Young people and physical activity. In L. Dugdill, D. Crone & R. Murphy, (Ed.), *Physical activity & Health promotion. Evidence-based approaches to practice*. Chichester, U.K.: Wiley-Blackwell.
- Strauss, R.S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1), 1-5.
- Strauss, R.S., Rodzilsky, D., Burack, G. & Colin, M. (2001). Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(8), 897-902.
- Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J.R., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., ... Trudeau, F. (2005). Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. *The Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Svensson, O. & Hallberg, L R-M. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. I L R-M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, Å, Larsson, C, Eiben, G., Lanfer, A., Pala, V., Hebestreit, A., ... Lissner, L. and on behalf of the IDEFICS consortium. (2014). European children's sugar intake on weekdays versus weekends: the IDEFICS study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(7), 822-828.
- Swarbrick, M., Murphy, A.A., Zechner, M. Spagnolo, A.B. & Kenneth J.G. (2011). Wellness coaching: A new role for peers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 328-331.

- Szajewska, H., & Ruszczyński, M. (2010) Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 50(2), 113–119.
- Tayabas, LM, León, TC & Espino, JM (2014). Qualitative evaluation: a critical and interpretative complementary approach to improve health programs and services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 22(9), 1-6.
- Taylor, W.C, Baranowski, T. & Sallis, J.F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: A social-cognitive model. In R.K. Dishman (Ed.), *Advances In Exercise Adherence* (pp. 319-342). Champaign, IL.: Human Kinetics.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267–273.
- Thedin Jakobsson, B. & Engström, L. (2008). *Vilka stannar kvar och varför? En studie av ungdomars deltagande i föreningsidrott*. FoU:Rapport 2008:4. Stockholm: Riksidrottsförbundet. Hämtat från http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_1344/ImageVaultHandler.aspx
- ⊗
- Thomas, J.R., Nelson, S. & Silverman, J. (2005). *Research methods in physical activity*. (5th ed.). Champaign IL.: Human Kinetics.
- Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253-258.
- Torres, R. & Fernandez, (1995). Self-esteem and value of health as adolescent health behavior determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health*, 16(1) 60-63.
- Trafikverket (2013). *Barns skolvägar 2012*. Borlänge: Trafikverket.
- Tremblay, M.S., Colley, R.C., Saunders, T.J., Healy, G.N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35(6), 725-740.
- Tremblay, M.S., Inman J.W & Willms, J.D. (2000). The relationship between physical activity, self-esteem and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science*, 12(3), 312-323.
- Tremblay, M.S., LeBlanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E. Hicks, A., Murumets, K., Colley, R.C. & Duggan, M. (2011). Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(1), 59-64.
- Tremblay, M.S. & Willms, J.D. (2003). Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? *International Journal of Obesity*, 27(9), 1100-1105.

- Treuth, M.S., Hou, N., Young, D.R. & Maynard, L.M. (2005). Accelerometry-measured activity or sedentary time and overweight in rural boys and girls. *Obesity Research*, 13(9), 267-273.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, S.G. (2001). Objective measurement of physical activity in youth: Current issues, future directions. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 29(1), 32-36.
- Trost, S.G., Pate, R.R., Freedson, P.S., Sallis, J.F. & Taylor, W.C. (2000). Using objective physical activity measure with youth: how many step of monitoring are needed? *Medicine Science of Sport and Exercise*, 32(2), 426-31.
- Trost, S.G., Russel, Pate R.R, Ward, D.S., Saunders, R. & Riner, W. (1999). Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(2), 120-126.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B., Moffitt, T.E., Robins, R.W., Poulton, R. Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381–390.
- Tudor-Locke, C., Basset, D.R., Rutherford, W.J., Ainsworth, B.E., Chan, C.B., Croteau, K., ... Wojcik, J.R. (2008). BMI-referenced cut points for pedometer-determined steps per day in adults. *Journal of Physical Activity & Health*, 5(1), 126–139.
- Tudor-Locke C, Bassett DR, Swartz AM, Strath SJ, Parr BB, Reis JP, ... Ainsworth, B.E. (2004). A preliminary study of a one year pedometer self-monitoring. *Annals of Behavior Medicine*, 28(3), 158–162.
- Tudor-Locke, C., Craig, C.L, Beets, M.W., Belton, S., Cardon, G.M., Duncan, S., ... Blair, S.N., (2011). How many steps/day are enough? for children and adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(78), 1-14.
- Tudor-Locke, C., McClain, J.J., Hart, T.L. Sission, S.B., & Washington, T.L. (2009). Pedometry methods for assessing free-living youth. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(2), 174-184.
- Tudor-Locke, C., Pangrazi, R.P., Corbin, C.B., Rutherford, W.J., Vincent, S.D., Raustorp, A. ... Cuddihy, T. (2004). BMI-referenced standards for recommended pedometer-determined steps/day in children. *Preventive Medicine*, 38(6), 857-864.
- Tudor-Locke, C., Williams, J E., Reis, J P, Pluto, D. (2002). Utility of pedometers for assessing physical activity. *Sports Medicine*, 32(12), 795-808.
- Twisk, J.W.R. (2001). Physical activity guidelines for children and adolescents. *Sports Medicine*, 31(8), 617-627.

- Tylavsky, F.A., Holliday, K., Danish, R., Womack, C., Norwood, J. & Carbone, L. (2004). Fruit and vegetable intakes are an independent predictor of bone size in early pubertal children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(2), 311-317.
- Wagnsson, S. (2009). *Föreningsidrott som socialisationsmiljö. En studie av idrottens betydelse för barns och ungdomars psykosociala utveckling*. (Karlstad University Studies, nr. 2009:53). Doktorsavhandling, Karlstad: Karlstads universitet, Estetisk-filosofiska fakulteten.
- Wagnson, S., Augustsson, C., Robertsson, K., & Hvenmark, J. (2015). *Idrottens pris. Om idrottens kostnader och medlemskapets betydelse*. Centrum för idrottsforskning. Stockholm: Centrum för idrottsforskning.
- Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., & ... De Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(5), 253-265.
- van Acker, R., De Bourdeaudhuij, I., De Martelaer, K., Seghers, J., Kirk, D., Haerens, L., De Cocker, K. & Cardon, G. (2011). A Framework for Physical Activity Programs Within School-Community Partnerships, *Quest*, 63(3), 300-320.
- van der Ploeg H.P., Chey T., Korda R.J., Banks E., Bauman A. (2012). Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults. *Archives of Internal Medicine*.172(6), 494-500.
- van Dongen-Melman, J.E.W.M., Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (1993). Cross-cultural validation of Harter's Self-Perception Profile for Children in a dutch sample. *Educational and Psychological Measurement*, 53(3), 739-753.
- van Sluijs, E.M., McMinn, A.M. & Griffin, S.J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *British Medical Journal*, 335(703), 1-13.
- Warburton, D.E.R., Witney Nicol, C. & Bredin S.S.D. (2006). Health benefit of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), 801-809.
- Vartanian, L.R., Schwartz, M.B. & Brownell, K.D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97(4), 667-675.
- Vatanparast, H., Baxter-Jones, A., Faulkner, R.A., Bailey, D.A. & Whiting, S.J. (2005). Positive effects of vegetable and fruit consumption and calcium intake on bone mineral accrual in boys during growth from childhood to adolescence: the University of Saskatchewan Pediatric Bone Mineral Accrual Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(3), 700-706.
- Welk, G.J. (1999). The youth physical activity promotion model: A conceptual bridge between theory and practice. *Quest*, 51(1), 5-23.

- Welk, G.J., Eisenmann, J.C. & Dollman, J. (2006). Health-related physical activity in children and adolescent: a bio-behavioral perspective. I D. Kirk, D. Macdonald, & M. O'Sullivan (Red.), *The Handbook of Physical Education*. London: Sage.
- Verloigne, M. Lippevelde, W.V., Maes, L., Yıldırım, M., Chinapaw, M., Manios, Y., ... De Bourdeaudhuij, I. (2012). Levels of physical activity and sedentary time among 10- to 12-year-old boys and girls across 5 European countries using accelerometers: an observational study within the ENERGY-project. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(34), 1-8.
- Vetenskapsrådet (2011). *God forsknings sed*. Hämtad 2012-09-26, från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forsknings sed+2011.1.pdf>
- Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873.
- Whitehead, J.R. & Corbin, C.B. (1997). Self-esteem in children and youth: The role of sport and physical education. In K.R. Fox (Ed.), *The physical self. From motivation to well-being*. Champaign Ill: Human Kinetics.
- Vincent, S.D., & Pangrazi, R.P. (2002). Does reactivity exist in children when measuring activity levels with pedometers? *Pediatric Exercise Science*, 14(1), 56-63.
- World Health Organization (1948). *WHO definition of health*. Hämtad från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization, (WHO). (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hämtad 2012-08-10, från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- World Health Organization (WHO), (2004), *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. Switzerland. Hämtad 2009-05-15, från http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Health Organization, (WHO), (2008). *School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva Switzerland. Hämtad från <http://www.who.int/dietphysicalactivity/SPF-en-2008.pdf>
http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), (2006a). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach?* Hämtad från http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf

REFERENSER

- World Health Organization (WHO), (2006b). *Physical activity and health in Europe. Evidence for action*. Danmark: WHO Regional Office for Europe. Hämtad från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
- World Health Organization (WHO), (2009). Interventions on diet and physical activity: What works: Summary report. Hämtad från <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>
- World Health Organization (WHO), (2010) *Physical activity and young people*. Hämtad från http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html
- World Health Organization (WHO), (2012). Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Loze, M. et al. (Ed.). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Hämtad från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- World Health Organization (WHO), (2015). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Regional Committee for European 65th Session. Hämtad från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO), (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Hämtad från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1
- Yin, RK. (2006). Mixed methods research: Are the methods genuinely integrated or merely parallel? *Research in the schools*, 13(1), 41-47.
- Yin, RK, (2014). *Case Study Research: Design and Method*. (5th ed.). London: SAGE.

Intervjuguide – elever, T1 (2011)

(kille/tjej)

- Trivs ni i skolan?
- Vad är roligast i skolan? Är det något som är tråkigt?

- Vad gör ni helst på fritiden?
- Vad är hälsa för dig? Har ni pratat om något om det i skolan?
- Om jag säger fysisk aktivitet – vad tänker ni på då?
- Pratar ni något om fysisk aktivitet i skolan?

- Vad tycker ni om idrottslektionerna? Brukar ni vara med på dem? Brukar ni bli svettiga där?
- Vad gör ni mest/oftast på idrottslektionerna i skolan? Tycker ni idrotten i skolan är rolig? Skulle ni vilja ha mer idrott/fysisk aktivitet i skolan? Skulle ni vilja att idrottslektionerna var annorlunda på något sätt?

- Vad gör ni helst på rasterna?
- Är ni nöjda med hur aktiva ni är – i skolan/på fritiden? Skulle ni vilja vara mer/mindre fysiskt aktiva?

- Vad gillar ni att äta?
- Vad tycker era föräldrar att ni ska äta?
- Hur ofta äter ni godis, glass, kakor, chips och/eller annat snacks? Dricker läsk?

Intervjuguide – elever, T3 (2013)

(kille/tjej)

- Trivs ni i skolan?
- Vad är roligast i skolan? Är det något som är tråkigt?

- Vad gör ni helst på fritiden?
- Vad är hälsa för dig? Har ni pratat något om det i skolan?
- Om jag säger fysisk aktivitet – vad tänker ni på då?
- Pratar ni något om fysisk aktivitet i skolan?

- Vad tycker ni om idrottslektionerna? Brukar ni vara med på dem? Brukar ni bli svettiga där?
- Vad gör ni mest/oftast på idrottslektionerna i skolan? Skulle ni vilja ha mer idrottslektioner i skolan? Skulle ni vilja att idrottslektionerna var annorlunda på något sätt?

- Vad gör ni helst på rasterna?
- Är ni nöjda med hur aktiva ni är – i skolan/på fritiden? Skulle ni vilja vara mer/mindre fysiskt aktiva?

- Hur brukar ni äta på vardagarna? (Frukost? Lunch? Mellanmål? Middag?) Och på helgerna?
- Vad tycker era föräldrar att ni ska äta?
- Hur ofta äter ni godis, glass, kakor, chips och/eller annat snacks? Dricker läsk?

- Hur upplever ni att det har varit att ha en hälsocoach på skolan? Vad har varit bra/mindre bra?
- Hur upplever ni att det har varit att ha fysiska aktiviteter, HP, med hälsocoachen, i skolan?

- Vad har ni tyckt om HP-aktiviteterna? Varför? Vilka aktiviteter har ni tyckt om mest? Varför?

BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE, ELEVER, T1 OCH T3

- Vad har ni inte tyckt om med HP-aktiviteterna? Varför? Vilka aktiviteter har ni tyckt om minst? Varför?
- Hur har det varit att vara med på HP? Är det några aktiviteter som varit svåra? Kan ni ge något exempel. Vad har varit lätt då?
- Har ni fastnat för någon fysisk aktivitet/idrott som ni inte höll på med tidigare?

- Har ni lärt er något nytt som ni inte kunde innan om;
 - *hälsa*
 - *rörelse med din kropp*
 - *fysisk aktivitet*
 - *mat*

- Har ni fått vara med och bestämma (tycka till, vara delaktiga) om saker i hälsocoachprojektet, på något sätt? Hur då?
- Har ni känt er sedda på HP-aktiviteterna?
- Har ni känt er välkomna (kommit med i gruppen) på HP-aktiviteterna?

- Upplever ni att det varit någon skillnad på idrotten och HP? På vilket sätt?
- Om ni måste välja - vilka fysiska aktiviteter är ni då helst med på – idrotten eller HP? Varför?
- Om ni fick bestämma själva – hur skulle ni då göra med HP? Skulle ni vilja ha mer eller mindre HP? Skulle ni vilja att HP-aktiviteterna var annorlunda på något sätt? Hur då?

- När ni har HP – känner ni då att ni kan klara av aktiviteterna?
- Om ni gör någon ny fysisk aktivitet/nya saker på HP – hur tycker ni då att det går?

Intervjuguide – lärare/pedagog, T1 (2011)

(Man/kvinna)

- Hur länge har ni arbetat på skolan?
- Vad arbetar ni med?
- Hur trivs ni på skolan och med arbetet i stort?

- Tycker ni att er skola idag arbetar hälsofrämjande på något sätt? Om – hur då?
- Hur tycker ni att det arbetet fungerar? Vad är bra/mindre bra? Vem tar hand om detta arbete? Hur fungerar det? Vem borde ta hand om detta arbete?
- Har ni någon erfarenhet av sådant arbete?
- Hur tycker ni att sådant arbete borde läggas upp om ni fick drömma? Skulle det fungera i verkligheten? Hur? /Varför inte?
- Anser ni att undervisningen i idrott och hälsa fungerar hälsofrämjande?
- Vad finns det för faktorer i skolan som kan stödja elevernas hälsa? Vad finns det för faktorer som motverkar deras hälsa? Kan man utveckla de hälsofrämjande faktorerna på något sätt? Hur?

- Vad är er uppfattning om barnens fysiska aktivitetsvanor? Skiljer det sig mycket mellan olika barn?
- Hur upplever ni barnens koncentrationsförmåga under lektionerna? Har ni någon uppfattning om vad som påverkar/kan påverka deras koncentrationsförmåga?

- Har ni någon uppfattning om barnens kostvanor?
- Hur ser ni på skolmaten? Finns det något som bör förändras/förbättras?

Intervjuguide – lärare, T3 (2013)

(Man/kvinna)

- Hur ser ni på att det har funnits en hälsocoach på skolan? Vad har varit bra/mindre bra med det?
- Hur upplever ni att Hälsocoachprojektet har fungerat? Vad har varit bra/mindre bra?
- Hur upplever ni de aktiviteter som hälsocoachen har bedrivit?
- Upplever ni att eleverna har påverkats av Hälsocoachprojektet/det hälsofrämjande arbetet på något sätt? Om – hur då?
- Upplever ni att hälsocoachens arbete/projektet påverkat elevernas hälsa på något sätt? Om – hur då?
- Upplever ni att hälsocoachens arbete/projektet påverkat elevernas fysiska aktivitet på något sätt? Om – hur då?
- Upplever ni att hälsocoachens arbete/projektet påverkat elevernas matvanor på något sätt? Om – hur då?
- Upplever ni någon skillnad gällande elevernas fokus på lektionerna efter HP aktiviteten? Om - hur då?
- Har hälsocoachens arbete/projektet påverkat er på något sätt? Om – hur då?
- Har hälsocoachen/Hälsocoachprojektet påverkat ert förhållningssätt till hälsofrämjande aktiviteter/hälsofrämjande val på något sätt? Om – hur då?
- Hur upplever ni att hälsocoachen och hans insatser tagits emot av:
 - *Elever?*
 - *Föräldrar?*
 - *Lärare?*
 - *Övrig skolpersonal?*
- Har ni blivit involverad i Hälsocoachprojektet på något sätt? Hurdå? Hur ser ni på det? Vad har er uppgift i så fall varit?
- Har ni känt er delaktiga i det arbete som hälsocoachen har bedrivit?
- Upplever ni att ni på något sätt har hjälp till att främja elevernas hälsa, i Hälsocoachprojektet? Hur då?

Intervjuguide till hälsocoachen

- Hur skulle du vilja beskriva Hälsocoachprojektet?
- Hur skulle du vilja beskriva elevernas upplevelser av Hälsocoachprojektet?
- Hur skulle du vilja beskriva pedagogernas upplevelser av Hälsocoachprojektet?
- Hur skulle du vilja beskriva föräldrarnas upplevelser av Hälsocoachprojektet?

- Hur skulle du vilja beskriva din roll som hälsocoach?
- Hur upplever du din roll som idrottslärare gentemot din roll som hälsocoach?
- Hur upplever du kombinationen idrottslärare - hälsocoach?

- Vilka aktiviteter har utförts inom Hälsocoachprojektet?
- På vilket sätt har aktiviteterna utförts?
- När har aktiviteterna utförts?
- Hur kunde en typisk hälsofrämjande aktivitet se ut?
- Vad har fungerat bra, resp. mindre bra?

- Hur tänkte du när du;
 - utvecklade/planerade
 - genomförde
 - och utvärderade de hälsofrämjande aktiviteterna? (didaktisk anpassning)
- Finns det något som hade kunnat göras annorlunda gällande aktiviteterna?
Om - På vilket sätt?
- Hur skulle du vilja beskriva elevernas upplevelser av de aktiviteter som har utförts?
- På vilket sätt har du låtit eleverna vara delaktiga i de hälsofrämjande aktiviteterna?
- Gjorde du någon skillnad mellan de aktiviteter som utfördes när barnen gick i 4:an resp. 5:an? Om - på vilket sätt? Varför? (Endast ställd till hälsocoach 1)
- Upplevde du någon skillnad angående närvaron och engagemang bland eleverna mellan 4:an och 5:an? Om – på vilket sätt? (Endast ställd till hälsocoach 1)

BILAGA 3 – INTERVJUGUIDE, HÄLSOCOACHEN, T2 OCH T3

- Tror du man som hälsocoach bör göra någon skillnad på aktiviteter mellan 4:an, 5:an, 6:an? Om – på vilket sätt? Varför? Hur tänkte du? (*Endast ställd till hälsocoach 2*).
- Har du upplevt någon skillnad mellan de föreningsaktiva- och icke-föreningsaktiva eleverna när det gäller de aktiviteter som bedrivits i projektet? Om – på vilket sätt?
- Har din roll som hälsocoach påverkat elevernas hälsa på något sätt tror du? Om – i så fall hur – på vilket sätt?
- Har de hälsofrämjande aktiviteterna/insatserna påverkat eleverna på något sätt tror du? Om – i så fall hur – på vilket sätt?
- Hur har du förhållit dig till elevernas demografi? (kön, etnicitet, religion, socioekonomisk bakgrund etc.)?
- På vilket sätt har du involverat de ”förstärkande faktorerna” i Hälsocoachprojektet?
 - föräldrarna?
 - lärarna?
 - den övriga skolpersonelen?
- Hur har du upplevt att det har fungerat?
- På vilket sätt har du arbetat med de ”möjliggörande faktorerna” – så som:
 - Lokalerna + tillgång till utrustning
 - Skolgården + tillgång till utrustning, grönområden
 - Cafeterian
 - Skolmatsalen
 - Tillgång till ”aktivitetsprogram” (fysisk aktivitet & kost)
 - Barnens biologiska komponenter (fysisk förmåga, fitness, kroppsfett)
- Hur upplever du elevernas fysiska kompetens?
- Vad har du gjort för att utveckla elevernas kompetens?
- Finns det något som hade kunnat göras annorlunda överlag gällande Hälsocoachprojektet? Om - På vilket sätt?
- Om du hade fått driva HP igen – hade du då gjort på något annat sätt? På vilket sätt? Varför?
- Vad tycker du om en hälsocoach i skolan som idé?
- Vad har du lärt dig i din roll som hälsocoach?

Intervjuguide - rektor, T3 (2013)

- Hur länge har du varit anställd som rektor på denna skola?
- Vad har du för bakgrund?
- Hur ser du på hälsofrämjande insatser i skolmiljön? Vad är bra/mindre bra med det?
- Kan du beskriva hur du tänkte när du fick höra/fick förfrågan om att skolan skulle satsa pengar på att anställa en hälsocoach, under tre år, som skulle bedriva hälsofrämjande arbete?
- Hur kommer det sig att du/ni tackade ”ja”/valde att satsa på Hälsocoachprojektet/en hälsocoach i skolan?
- Vad finns (fanns?) det för resurser till denna typ av satsningar?
- Hur ser du på hälsocoachens förutsättningar för att kunna bedriva ett hälsofrämjande arbete på skolan? (tid, lokaler, regler, normer, ekonomi, miljö etc.). Berätta!
- Hur ser du på att det har funnits en hälsocoach på skolan? (d v s själva idén med en hälsocoach?) Vad har varit/är bra/mindre bra med det?
- Hur upplever du att hälsocoachprojektet har fungerat? Hur upplever du att det ha tagits emot av berörda/involverade personer (elever, pedagoger, övrig skolpersonal, föräldrar)?
- Hur upplever du de aktiviteter som hälsocoachen har bedrivit?
- På vilket sätt har Du varit involverad i projektet, i hälsocoachen och hans arbete?
- På vilket sätt har du stöttat hälsocoachen och de aktiviteter han ville genomföra?
- Hur ser du på framtiden? Kommer ni att satsa vidare på en hälsocoach i skolan? Varför/varför inte? Vad skulle kunna möjliggöra vidare och/eller ytterligare satsningar?
- Vad skulle kunna utgöra hinder för vidare/ytterligare satsningar?
- Vad finns det för hinder/möjligheter? Berätta!
- Hur tycker du att man bör arbeta med hälsofrämjande insatser i skolmiljön? Vad kan man vinna/förlora på det?
- Vad har du för råd/tips till andra skolor?
- Vilka skulle de optimala förutsättningarna vara, för att kunna satsa på ett långsiktigt hälsofrämjande arbete för barn i skolan, anser du?

Intervjuguide - skolchef, T3 (2013)

- Hur länge har du varit anställd som skolchef?
- Vad har du för bakgrund?
- Hur ser du på hälsofrämjande insatser i skolmiljön? Vad är bra/mindre bra med det?

- Kan du beskriva hur du tänkte när du fick förfrågan om att satsa pengar på en hälsocoach i skolan, under 3 år?
- Hur kommer det sig att du/ni tackade ”ja”/valde att satsa på Hälsocoachprojektet/en hälsocoach i skolan?
- Vad finns (fanns?) det för resurser till denna typ av satsningar?

- Hur upplever du att hälsocoachprojektet har fungerat? Hur upplever du att det ha tagits emot av berörda/involverade personer?

- Hur ser du på framtiden? Kommer ni att satsa vidare på en hälsocoach i skolan? Varför/varför inte? Vad skulle kunna möjliggöra vidare och/eller ytterligare satsningar?
- Vad skulle kunna utgöra hinder för vidare/ytterligare satsningar?
- Vad finns det för hinder/möjligheter? Berätta!

- Hur tycker du att man bör arbeta med hälsofrämjande insatser i skolmiljön? Vad kan man vinna/förlora på det? Hur kommer ni arbeta vidare med hälsofrämjande för barn i stort, i er kommun?
- Vad har du för råd/tips till andra kommuner?
- Vilka skulle de optimala förutsättningarna vara, för att kunna satsa på ett långsiktigt hälsofrämjande arbete för barn i skolan, anser du?

BILAGA 6 – INFORMATIONSBREV TILL INTERVENTIONSSKOLANS VÅRDNADSHAVARE



Till förälder/vårdnadshavare, till barn i år 4 på XXXXskolan, i XXXX kommun.

Jag heter Pernilla Hedström och jag är doktorand i idrottsvetenskap vid Göteborgs- och Karlstads universitet. Hösten 2010 kommer jag att tillsammans med kollegor och i samråd med XXXX kommun starta ett hälsofrämjande utvecklings- och forskningsprojekt, i två av XXXX kommuns skolor (XXXXXskolan och XXXXXXskolan). Projektet ska pågå under två års tid.

Bakgrund och syfte

Idag finns fortfarande kunskapsluckor om hur vi på bästa sätt bör arbeta med hälsa och fysisk aktivitet i skolan. Syftet med detta forskningsprojekt är därför att försöka studera och utveckla ny kunskap om och på vilket sätt en hälsocoachs funktion och dess hälsofrämjande insatser i skolan, med fokus på ökad fysisk aktivitet och näringsriktiga kostvanor, påverkar (främst) eleverna till att göra hälsofrämjande val och öka antalet hälsofrämjande aktiviteter. På så sätt hoppas vi finna svar på om och hur en hälsocoach kan vara en inspirerande pedagogisk nyckelperson i skolans hälsoarbete, i framtiden.

Hur går projektet och studien till?

Under oktober månad kommer en "hälsocoach" att anställas (d v s redan anställd). Hälsocoachens uppgift är att med hjälp av skolans övriga personal och i samarbete med Skolidrottsföreningen och idrottsrörelsen driva hälsofrämjande arbete på de två skolor, som ingår i projektet. Projektets syfte är att få alla barn att inspireras till fysisk aktivitet och att finna glädje i att röra sig mer i vardagen. I de skolor där hälsocoachen arbetar kommer sedan elevernas, pedagogernas och föräldrarnas syn på hälsocoachens insatser att studeras över tid, samt elevernas fysiska aktivitet och övriga levnadsvanor.

Planen är också att vi under vintern 2011 och 2012/2013 ska dela ut enkäter till eleverna, med frågor som främst behandlar området fysisk aktivitet, men även kostvanor och självkänsla samt psykosocial hälsa. Utöver detta planeras att genomföra vissa intervjuer i gruppform, i syfte att ta reda på barnens egna åsikter om fysisk aktivitet, för att på så sätt få djupare kunskap om vad de själva tycker om fysiska aktiviteter. Barnen kommer också att få en förfrågan om att använda en stegräknare under cirka en veckas tid, i början och i slutet av projektiden. Alla dessa resultat kommer sedan att jämföras med en kontrollgrupp (med elever från två andra skolor). Naturligtvis blir alla barn själva tillfrågade inför alla undersökningar, men vi behöver också Ert samtycke.

Förfrågan om deltagande

Vi hoppas att Ni finner detta projekt intressant och värdefullt för Ert barn och att Ni ger Ert medgivande till att Ert barn kan ingå i de undersökningar som kommer ske under projektets gång (enkäter, intervjuer och stegräknare). Att delta i de undersökningar som planeras är alltså helt frivilligt, men vi hoppas naturligtvis att alla vill ta chansen och hjälpa till att få fram mer kunskap om hur vi i framtiden bör arbeta med hälsa och fysisk aktivitet i skolan. Om Ni vill vara med och påverka hoppas vi få Er påskrift i retur (så fort som möjligt - se medsänd samtyckesblankett), via bifogat kuvert.

BILAGA 6 – INFORMATIONSBREV TILL INTERVENTIONSSKOLANS VÅRDNADSHAVARE

Finns det risker med de undersökningar som planeras?

Beroende på de erfarenheter Ert barn bär med sig skulle eventuellt någon fråga i frågeformuläret och/eller under intervjun kunna väcka vissa känslor av obehag. Vi tänker dock förtydliga för alla barn att det är frivilligt att hoppa över frågor som de inte vill eller kan besvara och hoppas därmed att ingen ska känna obehag över att besvara enkäten och/eller frågor under intervjun. Det samma gäller vid bärandet av stegräknare, som naturligtvis genast får plockas av om någon känner olust att fortsätta bära detta instrument. Skulle vi ändå upptäcka att något barn behöver professionellt stöd, finns skolkurator XXXX eller XXXX Sairio tillhands.

Fördelar med projektet

Alla barn känner sig inte bekväma med att vara med på idrottslektionerna eftersom dessa lektioner bl a kan vara allt för tävlingsinriktade och fysiskt krävande. De mindre aktiva barnen kan då känna sig fysiskt osäkra och mindre nöjda med sig själva. Vårt projekt syftar till att, med hälsocoachens insatser, få alla barn att känna sig dugliga vid utövandet av fysisk aktivitet och hoppas därför att de insatser och undersökningar som planeras utföras upplevs mer positivt än negativt för barnen. En huvudsaklig nytta med studien är alltså att försöka få alla barn att känna glädje och trygghet vid utövandet av fysisk aktivitet och på så sätt även mer fysiskt säkra och nöjda med sig själva. Detta hoppas vi leder till ett ökat intresse för fysisk aktivitet och mindre risk att drabbas av ohälsa i ett längre perspektiv.

Hantering av data och sekretess

Alla uppgifter som kommer oss till del kommer att behandlas på ett sådant sätt att inga obehöriga får ta del av dem, vilket innebär att endast forskargruppen kommer att veta vilka som svarat/deltagit i de undersökningar som görs. Före utdelandet av enkäterna sker, omkodas Ert barns namn till en siffra. När svaret anländer kommer alltså ingen förutom forskargruppen, att kunna veta vem som svarat vad. Inga obehöriga kommer heller att kunna ta del av undersökningsmaterialet. Detsamma gäller för svaren/deltagandet i intervjun samt för stegräknaren.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien/projektet kommer att avrapporteras via en avhandling (som kommer finnas tillgänglig för alla intresserade) och genom publiceringar i dagpressen och i vetenskapliga artiklar. Information kan också fås personligen via klasslärare eller via forskargruppen.

Frivillighet

Att delta i forskningsprojektet är helt frivilligt och Ert barn har rätt att när som helst utan särskild förklaring avbryta sitt deltagande. Ytterligare uppgifter från Ert barn kan då inte insamlas, men de uppgifter han/hon redan lämnat får användas i projektet om ni som vårdnadshavare inte särskilt meddelat att du inte önskar detta.

Ansvariga

Karlstads universitet är som forskningshuvudman ansvarigt för behandlingen av Ert barns personuppgifter och huvudansvarig för studien/projektet är Christian Augustsson, Idrottsvetenskap Karlstads universitet, 054-700 18 85.

BILAGA 6 – INFORMATIONSBREV TILL INTERVENTIONSSKOLANS
VÅRDNADSHAVARE

Hoppas att Ni finner denna undersökning, och projektet i stort, intressant och betydelsefullt och vi ser fram emot att mottaga Ert ifyllda samtyckesformulär, **senast den 18 februari**, via bifogat svarskuvert.

Vi vill på förhand tacka Er för att ni ställer upp och tar er tid!

Har du några frågor så ring eller mejla gärna till någon av nedanstående kontaktpersoner.

Med vänliga hälsningar:

Pernilla Hedström
Doktorand Göteborgs- och Karlstads universitet
Pernilla.Hedstrom@kau.se
054-700 11 85

Göran Patriksson
Professor i Pedagogik
Huvudhandledare
Göteborgs universitet
Goran.patriksson@ped.gu.se

Christian Augustsson
Lektor i Idrottsvetenskap,
Handledare
Karlstads universitet
Christian.Augustsson@kau.se

Peter Korp
Lektor i Idrottsvetenskap
Handledare
Göteborgs universitet
peter.korp@ped.gu.se

BILAGA 6 – INFORMATIONSBREV TILL INTERVENTIONSSKOLANS
VÅRDNADSHAVARE

Samtyckesformulär

Jag har informerats om studien och har fått upplysning om vart jag kan vända mig då frågor dyker upp, och samtycker härmed till att mitt barn får;

Delta i enkätundersökningen

Bli intervjuad

Bära en stegräknare

Namn (båda vårdnadshavare)

Frågeformulär om fysisk aktivitet, kost och självkänsla

Hej, vi är forskare som försöker att ta reda på **hur fysiskt aktiv** Du varit **den senaste veckan** (de senaste 7 dagarna) (om du har varit sjuk någon dag senaste veckan, så svara som en vanlig vecka när du varit frisk). Detta inkluderar idrott eller dans som gör att du **blir svettig** eller får dina **ben att känna sig trötta**, eller lekar som får dig att **bli andfådd**, som exempelvis tafatt/kull, hoppa hopprep, springa, klättra eller liknande. Vi försöker också att skapa oss en bild av hur dina matvanor ser ut och hur du ser på dig själv. Frågorna i formuläret handlar alltså om både **fysisk aktivitet, kost och självkänsla**.

Kom i håg:

1. Det finns inga svar som är rätt eller fel – detta är inget test.
2. Försök att svara på alla frågor så ärligt som möjligt och så noggrant som du bara kan.

Jag är: Flicka Pojke

1. Hur tycker du det är att gå i skolan?

- Mycket roligt.....
Ganska roligt.....
Varken roligt eller tråkigt.....
Ganska tråkigt.....
Mycket tråkigt.....

2. Hur tar du dig oftast till skolan på sommarhalvåret (april-september)? – Välj endast ETT alternativ.

- Går.....
Cyklar.....
Åker bil.....
Åker buss.....

Annat? *Skriv på raden*.....

3. Hur tar du dig oftast till skolan på vinterhalvåret (oktober-mars)? – Välj endast ETT alternativ.

- Går.....
Cyklar.....
Åker bil.....
Åker buss.....

Annat? *Skriv på raden*.....



BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

4. Fysisk aktivitet på din **fritid** (sen eftermiddag/kväll – ej i skolan!):

Har du gjort någon av följande aktiviteter, **den senaste veckan** (de senaste 7 dagarna)? Om **JA**, hur många gånger? (Kryssa bara i ETT kryss per rad.)

| | Nej | Ja, 1 gång | 2-3 gånger | 4-6 gånger | 7 gånger eller mer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoppat hopprep..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Åkt inlines..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lekt tafatt/kull..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lekt/spelat med boll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gått en längre snabb promenad (minst 30 min) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cyklat (vanlig cykel)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kört med BMX-cykel ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joggat/sprungit/löpt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aerobics/gymping..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Simmat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dansat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Badminton..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Åkt skateboard..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fotboll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Landhockey..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Volleyboll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innebandy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bandy..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Basket..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Åkt skridskor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoppat studsatta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Längdskidåkning..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ishockey..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handboll..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kampsport..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Friidrott..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Golf..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tennis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gymnastik..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ridning..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientering..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om du gjort något annat – skriv det på raden nedan och fyll i rutorna som ovan.

| | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Annat?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

5. Hur ofta har du varit **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat) under **idrotten/gymna lektionerna** i skolan den **senaste veckan**? (Kryssa bara i EN ruta)

Jag är inte med på idrottslektionerna.....
Nästan aldrig.....
Ibland.....
Ganska ofta.....
Alltid.....

6. Vad har du **oftast** gjort **under lunchrasterna** (förutom ätit lunch), den **senaste veckan** i skolan? (Kryssa bara i EN ruta.)

Sittit still (pratad, läst, gjort läxor).....
Stått och tittat på eller gått omkring.....
Sprungit eller lekt lite grann.....
Sprungit runt och lekt en hel del.....
Sprungit och lekt livligt/mycket det mesta av tiden....

7. Vad har du **oftast** gjort på de flesta **andra raster**, den **senaste veckan** i skolan? (Kryssa bara i EN ruta)

Sittit still (pratad, läst, gjort läxor).....
Stått och tittat på eller gått omkring.....
Sprungit eller lekt lite grann.....
Sprungit runt och lekt en hel del.....
Sprungit och lekt livligt/mycket det mesta av tiden....

8. Hur många dagar **direkt efter skolan** (på fritids eller hemma) har du utövat idrott/sport, dansat eller lekt där du varit **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat), den **senaste veckan**? (Kryssa bara i EN ruta.)

Ingen gång.....
1 gång förra veckan.....
2 eller 3 gånger förra veckan.....
4 gånger förra veckan.....
5 gånger förra veckan.....

9. Hur många **kvällar** under den **senaste veckan** (måndag-fredag), har du utövat idrott/sport, dans eller lekt där du varit **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat)? (Kryssa bara i EN ruta.)

Ingen gång.....
1 gång
2 eller 3 gånger
4 eller 5 gånger

BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

6 eller 7 gånger

10. Hur många gånger utövade du idrott/sport, dans eller lek, där du var **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat), **förra helgen**? (Kryssa bara i EN ruta).

Ingen gång.....

1 gång.....

2-3 gånger.....

4-5 gånger.....

6 gånger eller mer.....

11. Idrottar/sportar du i någon **idrottsförening/sportförening**?

A) Ja.....

Nej..... (Gå vidare till fråga 12)

B) Om du svarade **Ja**, skriv då vilken eller vilka idrottsföreningar/sportföreningar du idrottar/sportar i och hur ofta du tränar och tävlar:

Idrott/Sport

Förening

Antal träningar i vecka _____

Antal matcher/tävlingar i veckan _____

Idrott/Sport

Förening

Antal träningar i vecka _____

Antal matcher/tävlingar i veckan _____

Idrott/Sport

Förening

Antal träningar i vecka _____

Antal matcher/tävlingar i veckan _____

Idrott/Sport

Förening



BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

12. Hur ofta gör du följande alternativ?

| | Inte alls | 1-3 gånger i månaden | 1-2 gånger i veckan | 3-4 gånger i veckan | 5 gånger i veckan eller mer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| A. Jag använder datorn, ser på Tv, spelar spel/tv-spel eller liknande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Jag håller på med musik/sjunger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Jag läser böcker/tidningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Jag umgås med kompisar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Annat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(Skriv på raden om du gör något annat som inte står med)</i> | | | | | |
| F. Annat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(Skriv på raden om du gör något annat som inte står med)</i> | | | | | |

13. Hur ofta äter du...

| | Aldrig | Sällan | De allra flesta dagar | Varje dag |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. ...Frukost? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ...Lunch i skolan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ...Lagad mat/middag hemma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ...Mellanmål? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Hur ofta brukar du **äta eller dricka** något av följande? (Sätt ETT kryss på varje rad).



| | Aldrig | Några gånger om året | En gång i månaden | Några gånger i månaden | En gång i veckan | Några gånger i veckan | En gång om dagen | Mer än en gång om dagen |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Frukt/bär..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coca-cola eller andra läskedrycker/soft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Godis/Choklad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glass..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bullar/kakor/kex/tårta m.m..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chips/ostbågar/ jordnötsringar (eller liknande).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fortsättning följer på nästa sida

BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH

KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3



| | Aldrig | Några gånger om året | En gång i månaden | Några gånger i månaden | En gång i veckan | Några gånger i veckan | En gång om dagen | Mer än en gång om dagen |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pommes frites..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hamburgare, kebab, varmkorv med bröd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pizza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grönsaker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mörkt grovt bröd/Fullkornsbröd.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitt bröd/baugette..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lättmjölk, lättfil (0,5 % fett)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanmjölk (1,5 % fett)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Standardmjölk, filmjölk (3 % fett) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sötad yoghurt (fruktyoghurt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juice..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisk/skaldjur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kött/köttfärs..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kyckling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Hur ofta har du under de senaste månaderna...

| | I stort sett varje dag | Mer än 1 gång i veckan | Ungefär 1 gång i veckan | Ungefär 1 gång i månaden | Sällan eller aldrig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Haft huvudvärk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Haft ont i magen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Haft ont i ryggen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Känt dig orolig eller nervös..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Haft svårt att sova..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Varit irriterad eller på dåligt humör..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Haft svårt att koncentrera dig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Varit ledsen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Varit yr i huvudet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Känt dig deppig..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Varit trött under skoldagen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

16. Hur ser Du på dig själv? Varje fråga nedan har fem olika påståenden. Sätt ett kryss (X) i den ruta som Du tycker bäst stämmer in på Dig. Det finns inga svar som är rätt eller fel.

SÅ HÄR SER JAG PÅ MIG SJÄLV

| | | Stämmer inte alls in på mig | Stämmer bara lite in på mig | Stämmer bra in på mig | Stämmer mycket bra in på mig |
|----|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| A) | Jag tycker att jag är väldigt bra i alla typer av idrotter/sporter i skolan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) | Jag känner att jag är tillräckligt bra i idrott/sport, i skolan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) | Jag tror jag skulle klara vilken ny idrott/sport som helst bra i skolan, som jag inte provat förut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) | Jag tycker att jag är bättre än de flesta andra i min ålder, i idrott/sport, i skolan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) | Jag är hellre med på idrott/sport än tittar på | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|--|
| F) | Jag tycker att jag är bra på nya idrotter/sporter på en gång | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| G) | Jag är nöjd över hur jag ser ut | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| H) | Jag är nöjd över min vikt och längd | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| I) | Jag gillar min kropp som den är | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| J) | Jag tycker om mitt utseende som det är | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| K) | Jag gillar mitt ansikte och mitt hår precis som det är | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| L) | Jag tycker att jag ser bra ut | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |

BILAGA 7 – FRÅGEFORMULÄR, ELEVER – TILL INTERVENTIONS- OCH
KONTROLLSKOLOR, T1 OCH T3

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|--|
| M) | Jag är nöjd med mig själv | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| N) | Jag tycker om sättet jag lever mitt liv på | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| O) | Jag är nöjd med mig själv som person | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| P) | Jag tycker om den person som jag är | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| Q) | Jag är väldigt glad att jag är som jag är | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |
| R) | Jag tycker att sättet jag gör saker på är bra | Stämmer inte alls in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bara lite in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer bra in på mig <input type="checkbox"/> | Stämmer mycket bra in på mig <input type="checkbox"/> |

Stort TACK för att Du ville svara på frågorna!!!



Frågeformulär till vårdnadshavare
om fysisk aktivitet, kost och allmänt hälsotillstånd.

Kodnummer: _____

1. Jag/vi som svarar på denna enkät är:

- Mamma/kvinnlig vårdnadshavare.....
Pappa/manlig vårdnadshavare
Båda fyller i enkäten tillsammans (samtidigt).....

2. Hur långt ifrån skolan bor ditt barn?

_____ km

3. Hur tar ditt barn sig oftast till skolan på sommarhalvåret (april-september)? – Välj endast ETT alternativ.

- Går.....
Cyklar.....
Åker bil.....
Åker buss.....
Annat..... *Skriv på raden*.....

4. Hur tar ditt barn sig oftast till skolan på vinterhalvåret? (oktober-mars)? – Välj endast ETT alternativ.

- Går.....
Cyklar.....
Åker bil.....
Åker buss.....
Annat..... *Skriv på raden*.....

BILAGA 8 – FRÅGEFORMULÄR, VÅRDNADSHAVARE – TILL INTERVENTIONS-
OCH KONTROLLSKOLOR, T1 OCH TILL KONTROLLSKOLOR, T3

5. Hur ofta ägnar sig ditt barn vanligtvis åt frivillig fysisk aktivitet på fritiden (gäller både oorganiserad och organiserad aktivitet), som gör att hon/han blir andfädd, varm och svettig?

Aldrig.....
1 gång/vecka.....
2-3 gånger/vecka.....
4-6 gånger/vecka.....
7 gånger/vecka eller fler.....

6. Hur ofta ägnar sig mamman/kvinnlig vårdnadshavare i familjen, vanligtvis åt frivillig fysisk aktivitet på fritiden, som gör att hon blir andfädd, varm och svettig?

Aldrig.....
Oregelbundet.....
1 gång/vecka.....
2 gånger/vecka.....
3 gånger/vecka eller fler.....

7. Hur ofta ägnar sig pappan/manlig vårdnadshavare i familjen, vanligtvis åt frivillig fysisk aktivitet på fritiden, som gör att han blir andfädd, varm och svettig?

Aldrig.....
Oregelbundet.....
1 gång/vecka.....
2 gånger/vecka.....
3 gånger/vecka eller fler.....

8. Hur bedömer du ditt barns allmänna hälsotillstånd?

a) Mycket bra.....
Bra.....
Acceptabelt.....
Mindre bra.....
Dåligt.....

b) Om ”Dåligt”- på vilket sätt?.....

BILAGA 8 – FRÅGEFORMULÄR, VÅRDNADSHAVARE – TILL INTERVENTIONS-
 OCH KONTROLLSKOLOR, T1 OCH TILL KONTROLLSKOLOR, T3

9. Hur bedömer du ditt barns kostvanor?

- a)
- | | |
|------------------|--------------------------|
| Mycket bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Acceptabla | <input type="checkbox"/> |
| Mindre bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Dåliga..... | <input type="checkbox"/> |
- b) Om ”mindre bra” eller ”dåliga” - **på vilket sätt?**
-

10. Hur bedömer du familjens kostvanor i stort?

- a)
- | | |
|------------------|--------------------------|
| Mycket bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Acceptabla | <input type="checkbox"/> |
| Mindre bra..... | <input type="checkbox"/> |
| Dåliga..... | <input type="checkbox"/> |
- b) Om ”mindre bra” eller ”Dåliga” - **på vilket sätt och varför?**.....
-

11. Hur ofta äter ni i familjen vanligtvis ...

| | Aldrig | Sällan | De allra flesta dagar | Varje dag |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ...Frukost?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ...Lunch?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ...Lagad mat/middag i hemmet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ...Mellanmål?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Hur ofta äter ni vanligtvis måltider tillsammans i familjen?

| | Aldrig | Sällan | De allra flesta dagar | Varje dag |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) ...Frukost?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ...Lunch?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ...Lagad mat/middag i hemmet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ...Mellanmål?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BILAGA 8 – FRÅGEFORMULÄR, VÅRDNADSHAVARE – TILL INTERVENTIONS-
 OCH KONTROLLSKOLOR, T1 OCH TILL KONTROLLSKOLOR, T3

13. Hur ofta brukar ni i familjen vanligtvis **äta eller dricka** något av följande?
 (Sätt ETT kryss på varje rad).

| | Aldrig | Några gånger om året | En gång i månaden | Några gånger i månaden | En gång i veckan | Några gånger i veckan | En gång om dagen | Mer än en gång om dagen |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Frukt/bär..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coca-cola eller andra läskedrycker/soft..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Godis/Choklad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glass..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bullar/kakor/kex/tårta m.m..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chips/ostbågar/jordnötsringar (eller liknande).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pommes frites..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hamburgare, kebab, varmkorv med bröd..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pizza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grönsaker..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mörkt grovt bröd/Fullkornsbröd.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitt bröd/baugette..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lättmjölk, lättfil (0,5 % fett)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellanjölk (1,5 % fett)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Standardmjölk, filmjölk (3 % fett) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sötad yoghurt (fruktyoghurt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juice..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisk/skaldjur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kött/köttfärs..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kyckling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Korv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stort TACK för Din medverkan!



BRA JOBBAT!

Här kommer några avslutande frågor om **HP (Hälsocoachprojektet)**, sedan är du klar!

17. Hur tycker Du att det har varit att ha en **hälsocoach** i skolan?

- Mycket tråkigt.....
- Tråkigt.....
- Varken tråkigt eller roligt
- Roligt.....
- Mycket roligt.....

Skriv och berätta varför du tycker som du gör!

.....

.....

.....

18. Hur ofta har Du varit med på **HP-aktiviteterna**?

- Aldrig.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

Skriv och berätta varför!

.....

.....

.....

19. Hur ofta har Du varit **mycket aktiv** (t.ex. lekt livliga lekar, sprungit, hoppat, kastat) under **HP-aktiviteterna** i skolan? (Kryssa bara i EN ruta)

- Aldrig.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

Skriv och berätta varför!

.....

.....

.....

20. Hur tycker Du att det har varit på **HP-aktiviteterna**?

- Mycket tråkigt.....
- Tråkigt.....
- Varken tråkigt eller roligt.....
- Roligt.....
- Mycket roligt.....

Skriv och berätta varför du tycker som du gör!

.....

.....

.....

21. Har Du känt dig **delaktig**, att du har fått vara med och påverka, **HP-aktiviteterna**?

- Aldrig.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

Skriv och berätta varför du tycker som du gör!

.....

.....

.....

22. Har Du känt dig **välkommen** i gruppen, på **HP-aktiviteterna**?

- Aldrig.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

Skriv och berätta varför du tycker som du gör!

.....

.....

.....

23. Har Du upplevt att du har **blivit sedd**, på **HP-aktiviteterna**?

- Aldrig.....
- Nästan aldrig.....
- Ibland.....
- Nästan alltid.....
- Alltid.....

Skriv och berätta varför du tycker som du gör!

.....

.....

.....

24. Har Du lärt dig något om **varför det är viktigt att röra på sig**, i **HP** (Hälsocoachprojektet)?

- Nej, inget alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket

25. Har Du lärt dig något om **bra matvanor**, i **HP** (Hälsocoachprojektet)?

- Nej, inget alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket

26. Vad har varit **bra** med **HP** (Hälsocoachprojektet)?

Skriv och berätta!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27. Vad har varit **dåligt** med **HP** (Hälsocoachprojektet)?

Skriv och berätta!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stort TACK för hjälpen!!!



14. Hur tycker du/ni att det har varit med en **hälsocoach** i ditt/ert barns skola under två års tid?

- Mycket dåligt
- Dåligt.....
- Varken bra eller dåligt.....
- Bra.....
- Mycket bra.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

15. Hur upplever du/ni att ditt/ert barn har tyckt om att ha en **hälsocoach** i skolan?

- Mycket dåligt.....
- Dåligt.....
- Varken bra eller dåligt.....
- Bra.....
- Mycket bra.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

16. Upplever du/ni att **hälsocoachen** har påverkat ditt/ert barns hälsa i positiv riktning?

- Nej, snarare i negativ riktning.....
- Nej, inte alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

17. Upplever du/ni att **hälsocoachen** har påverkat ditt/ert barn till att bli **mer fysiskt aktiv**?

- Nej, snarare till att bli mindre fysiskt aktiv.....
- Nej, inte alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

18. Upplever du/ni att **hälsocoachen** har påverkat ditt/ert barn till **bättre matvanor**?

- Nej, snarare till sämre matvanor.....
- Nej, inte alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

19. Upplever du att **hälsocoachprojektet** har påverkat er familjs hälsa i positiv riktning?

- Nej, snarare i negativ riktning.....
- Nej, inte alls.....
- Ja, lite grann.....
- Ja, ganska mycket.....
- Ja, mycket.....
- Ja, väldigt mycket.....

Ge gärna exempel!

.....

.....

20. Vad tycker du/ni har varit **bra** med **hälsocoachprojektet**?

Berätta på raderna nedan:

.....

.....

.....

21. Vad tycker du/ni har varit **dåligt** med **hälsocoachprojektet**?

Berätta på raderna nedan:

.....

.....

.....

22. Ge gärna förslag på hur hälsocoachprojektet i skolan skulle kunna **förbättras** i framtiden:

.....

.....

.....

Stort TACK för Din medverkan!



Tidigare utgåvor:

Editors: Kjell Härnqvist and Karl-Gustaf Stukát

1. KARL-GUSTAF STUKÁT *Lekskolans inverkan på barns utveckling*. Stockholm 1966
2. URBAN DAHLLÖF *Skoldifferentiering och undervisningsförlöpp*. Stockholm 1967
3. ERIK WALLIN *Spelling. Factorial and experimental studies*. Stockholm 1967
4. BENGT-ERIK ANDERSSON *Studies in adolescent behaviour. Project Yg, Youth in Göteborg*. Stockholm 1969
5. FERENCE MARTON *Structural dynamics of learning*. Stockholm 1970
6. ALLAN SVENSSON *Relative achievement. School performance in relation to intelligence, sex and home environment*. Stockholm 1971
7. GUNNI KÄRRBY *Child rearing and the development of moral structure*. Stockholm 1971

Editors: Urban Dahllöf, Kjell Härnqvist and Karl-Gustaf Stukát

8. ULF P. LUNDGREN *Frame factors and the teaching process. A contribution to curriculum theory and theory on teaching*. Stockholm 1972
9. LENNART LEVIN *Comparative studies in foreign-language teaching*. Stockholm 1972
10. RODNEY ÅSBERG *Primary education and national development*. Stockholm 1973
11. BJÖRN SANDGREN *Kreativ utveckling*. Stockholm 1974
12. CHRISTER BRUSLING *Microteaching - A concept in development*. Stockholm 1974
13. KJELL RUBENSON *Rekrytering till vuxenutbildning. En studie av kortutbildade yngre män*. Göteborg 1975
14. ROGER SÄLJÖ *Qualitative differences in learning as a function of the learner's conception of the task*. Göteborg 1975
15. LARS OWE DAHLGREN *Qualitative differences in learning as a function of content-oriented guidance*. Göteborg 1975
16. MARIE MÅNSSON *Samarbete och samarbetsförmåga. En kritisk granskning*. Lund 1975
17. JAN-ERIC GUSTAFSSON *Verbal and figural aptitudes in relation to instructional methods. Studies in aptitude - treatment interactions*. Göteborg 1976
18. MATS EKHOLM *Social utveckling i skolan. Studier och diskussion*. Göteborg 1976

19. LENNART SVENSSON *Study skill and learning*. Göteborg 1976

20. BJÖRN ANDERSSON *Science teaching and the development of thinking*. Göteborg 1976

21. JAN-ERIK PERNEMAN *Medvetenhet genom utbildning*. Göteborg 1977

Editors: Kjell Härnqvist, Ference Marton and Karl-Gustaf Stukát

22. INGA WERNERSSON *Könsdifferentiering i grundskolan*. Göteborg 1977
23. BERT AGGESTEDT & ULLA TEBELIUS *Barns upplevelser av idrott*. Göteborg 1977
24. ANDERS FRANSSON *Att rädas prov och att vilja veta*. Göteborg 1978
25. ROLAND BJÖRKBERG *Föreställningar om arbete, utveckling och livsrytm*. Göteborg 1978
26. GUNILLA SVINGBY *Läroplaner som styrmedel för svensk obligatorisk skola. Teoretisk analys och ett empiriskt bidrag*. Göteborg 1978
27. INGA ANDERSSON *Tankestilar och hemmiljö*. Göteborg 1979
28. GUNNAR STANGVIK *Self-concept and school segregation*. Göteborg 1979
29. MARGARETA KRISTIANSSON *Matematikkunskaper Lgr 62, Lgr 69*. Göteborg 1979
30. BRITT JOHANSSON *Kunskapsbehov i omvårdnadsarbete och kunskapskrav i vårdutbildning*. Göteborg 1979
31. GÖRAN PATRIKSSON *Socialisation och involvering i idrott*. Göteborg 1979
32. PETER GILL *Moral judgments of violence among Irish and Swedish adolescents*. Göteborg 1979
33. TAGE LJUNGBLAD *Förskola - grundskola i samverkan. Förutsättningar och hinder*. Göteborg 1980
34. BERNER LINDSTRÖM *Forms of representation, content and learning*. Göteborg 1980
35. CLAES-GÖRAN WENESTAM *Qualitative differences in retention*. Göteborg 1980
36. BRITT JOHANSSON *Pedagogiska samtal i vårdutbildning. Innehåll och språkbruk*. Göteborg 1981
37. LEIF LYBECK *Arkimedes i klassen. En ämnespedagogisk berättelse*. Göteborg 1981
38. BJÖRN HASSELGREN *Ways of apprehending children at play. A study of pre-school student teachers' development*. Göteborg 1981

39. LENNART NILSSON *Yrkesutbildning i nutidshistoriskt perspektiv. Yrkesutbildningens utveckling från skräväsändets uppbörande 1846 till 1980-talet samt tankar om framtida inriktning*. Göteborg 1981
40. GUDRUN BALKE-AURELL *Changes in ability as related to educational and occupational experience*. Göteborg 1982
41. ROGER SÄLJÖ *Learning and understanding. A study of differences in constructing meaning from a text*. Göteborg 1982
42. ULLA MARKLUND *Droger och påverkan. Elevanalys som utgångspunkt för drogundervisning*. Göteborg 1983
43. SVEN SETTERLIND *Avslappningsträning i skolan. Forskningsöversikt och empiriska studier*. Göteborg 1983
44. EGIL ANDERSSON & MARIA LAWENIUS *Lärares uppfattning av undervisning*. Göteborg 1983
45. JAN THEMAN *Uppfattningar av politisk makt*. Göteborg 1983
46. INGRID PRAMLING *The child's conception of learning*. Göteborg 1983
47. PER OLOF THÅNG *Vuxenlärares förhållningssätt till deltagarverfarenheter. En studie inom AMU*. Göteborg 1984
48. INGE JOHANSSON *Fritidspedagog på fritidshem. En yrkesgrupps syn på sitt arbete*. Göteborg 1984
49. GUNILLA SVANBERG *Medansvar i undervisning. Metoder för observation och kvalitativ analys*. Göteborg 1984
50. SVEN-ERIC REUTERBERG *Studiemedel och rekrytering till högskolan*. Göteborg 1984
51. GÖSTA DAHLGREN & LARS-ERIK OLSSON *Läsning i barnperspektiv*. Göteborg 1985
52. CHRISTINA KÄRRQVIST *Kunskapsutveckling genom experimentcenterade dialoger i ellära*. Göteborg 1985
53. CLAES ALEXANDERSSON *Stabilitet och förändring. En empirisk studie av förhållandet mellan skolkunskap och vardagsvetande*. Göteborg 1985
54. LILLEMOR JERNQVIST *Speech regulation of motor acts as used by cerebral palsied children. Observational and experimental studies of a key feature of conductive education*. Göteborg 1985
55. SOLVEIG HÄGGLUND *Sex-typing and development in an ecological perspective*. Göteborg 1986
56. INGRID CARLGREN *Lokalt utvecklingsarbete*. Göteborg 1986
57. LARSSON, ALEXANDERSSON, HELMSTAD & THÅNG *Arbetsupplevelse och utbildningsyn hos icke facklärla*. Göteborg 1986
58. ELVI WALLDAL *Studier vid gymnasieskolans vårdlinje. Förväntad yrkesposition, rollpåverkan, självuppfattning*. Göteborg 1986
- Editors: Jan-Eric Gustafsson, Ferenc Marton and Karl-Gustaf Stukát
59. EIE ERICSSON *Foreign language teaching from the point of view of certain student activities*. Göteborg 1986
60. JAN HOLMER *Högre utbildning för lågutbildade i industrin*. Göteborg 1987
61. ANDERS HILL & TULLIE RABE *Psykiiskt utvecklingsstörda i kommunal förskola*. Göteborg 1987
62. DAGMAR NEUMAN *The origin of arithmetic skills. A phenomenographic approach*. Göteborg 1987
63. TOMAS KROKSMARK *Fenomenografisk didaktik*. Göteborg 1987
64. ROLF LANDER *Utvärderingsforskning - till vilken nytta?* Göteborg 1987
65. TORGNY OTTOSSON *Map-reading and wayfinding*. Göteborg 1987
66. MAC MURRAY *Utbildningsexpansion, jämlikhet och avlänkning*. Göteborg 1988
67. ALBERTO NAGLE CAJES *Studievalet ur den väljandes perspektiv*. Göteborg 1988
68. GÖRAN LASSBO *Mamma - (Pappa) - barn. En utvecklingssekologisk studie av socialisation i olika familjetyper*. Göteborg 1988
69. LENA RENSTRÖM *Conceptions of matter. A phenomenographic approach*. Göteborg 1988
70. INGRID PRAMLING *Att lära barn lära*. Göteborg 1988
71. LARS FREDHOLM *Praktik som bärare av undervisnings innehåll och form. En förklaringsmodell för uppkomst av undervisningshandlingar inom en totalförsvarsorganisation*. Göteborg 1988
72. OLOF F. LUNDQUIST *Studiestöd för vuxna. Utveckling, utnyttjande, utfall*. Göteborg 1989
73. BO DAHLIN *Religionen, själen och livets mening. En fenomenografisk och existensfilosofisk studie av religionsundervisningens villkor*. Göteborg 1989
74. SUSANNE BJÖRKDAHL ORDELL *Socialarbetare. Bakgrund, utbildning och yrkesliv*. Göteborg 1990
75. EVA BJÖRCK-ÅKESSON *Measuring Sensation Seeking*. Göteborg 1990
76. ULLA-BRITT BLADINI *Från hjälpskolelärare till förändringsagent. Svenske speciallärarutbildning 1921-1981 relaterad till specialundervisningens utveckling och förändringar i speciallärares yrkesuppgifter*. Göteborg 1990

77. ELISABET ÖHRN *Könsmönster i klassrumsinteraktion. En observations- och intervjustudie av högstadieselevs lärarkontakter.* Göteborg 1991

78. TOMAS KROKSMARK *Pedagogikens vägar till dess första svenska professur.* Göteborg 1991

Editors: Ingemar Emanuelsson, Jan-Eric Gustafsson and Ference Marton

79. ELVI WALLDAL *Problembaserad inläring. Utvärdering av påbyggnadslinjen Utbildning i öppen hälso- och sjukvård.* Göteborg 1991

80. ULLA AXNER *Visuella perceptionssvårigheter i skolperspektiv. En longitudinell studie.* Göteborg 1991

81. BIRGITTA KULLBERG *Learning to learn to read.* Göteborg 1991

82. CLAES ANNERSTEDT *Idrottsläraryrket och idrottsämnet. Utveckling, mål, kompetens - ett didaktiskt perspektiv.* Göteborg 1991

83. EWA PILHAMMAR ANDERSSON *Det är vi som är dom. Sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden.* Göteborg 1991

84. ELSA NORDIN *Kunskaper och uppfattningar om maten och dess funktioner i kroppen. Kombinerad enkät- och intervjustudie i grundskolans årskurser 3, 6 och 9.* Göteborg 1992

85. VALENTIN GONZÁLEZ *On human attitudes. Root metaphors in theoretical conceptions.* Göteborg 1992

86. JAN-ERIK JOHANSSON *Metodikämnet i förskollärautbildningen. Bidrag till en traditionsbestämning.* Göteborg 1992

87. ANN AHLBERG *Att möta matematiska problem. En belysning av barns lärande.* Göteborg 1992

88. ELLA DANIELSON *Omvårdnad och dess psykosociala inslag. Sjuksköterskestuderandes uppfattningar av centrala termer och reaktioner inför en omvårdnadssituation.* Göteborg 1992

89. SHIRLEY BOOTH *Learning to program. A phenomenographic perspective.* Göteborg 1992

90. EVA BJÖRCK-ÅKESON *Samspel mellan små barn med rörelsebinder och talhandikapp och deras föräldrar - en longitudinell studie.* Göteborg 1992

91. KARIN DAHLBERG *Helhetsyn i vården. En uppgeift för sjuksköterskeutbildningen.* 1992

92. RIGMOR ERIKSSON *Teaching Language Learning. In-service training for communicative teaching and self directed learning in English as a foreign language.* 1993

93. KJELL HÄRENSTAM *Skolboks-islam. Analys av bilden av islam i läroböcker i religionskunskap.* Göteborg 1993.

94. INGRID PRAMLING *Kunskapens grunder. Prövning av en fenomenografisk ansats till att utveckla barns sätt att uppfatta sin omvärld.* Göteborg 1994.

95. MARIANNE HANSSON SCHERMAN *Att vågra vara sjuk. En longitudinell studie av förhållningsätt till astma/allergi.* Göteborg 1994

96. MIKAEL ALEXANDERSSON *Metod och medvetande.* Göteborg 1994

97. GUN UNENGE *Pappor i föräldrakooperativa dagbem. En deskriptiv studie av pappors medverkan.* Göteborg 1994

98. BJÖRN SJÖSTRÖM *Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role.* Göteborg 1995

99. MAJ ARVIDSSON *Lärares orsaks- och åtgärdstankar om elever med svårigheter.* Göteborg 1995

100. DENNIS BEACH *Making sense of the problems of change: An ethnographic study of a teacher education reform.* Göteborg 1995.

101. WOLMAR CHRISTENSSON *Subjektiv bedömning - som besluts och handlingsunderlag.* Göteborg 1995

102. SONJA KIHLLSTRÖM *Att vara förskollärare. Om yrkets pedagogiska innebörder.* Göteborg 1995

103. MARITA LINDAHL *Inläring och erfärande. Ettäringars möte med förskolans värld.* Göteborg 1996

104. GÖRAN FOLKESTAD *Computer Based Creative Music Making - Young Peoples' Music in the Digital Age.* Göteborg 1996

105. EVA EKEBLAD *Children • Learning • Numbers. A phenomenographic excursion into first-grade children's arithmetic.* Göteborg 1996

106. HELGE STRÖMDAHL *On mole and amount of substance. A study of the dynamics of concept formation and concept attainment.* Göteborg 1996

107. MARGARETA HAMMARSTRÖM *Varför inte högskola? En longitudinell studie av olika faktorer betydelse för studiebegärade ungdomars utbildningskarriär.* Göteborg 1996

108. BJÖRN MÄRDÉN *Rektorers tänkande. En kritisk betraktelse av skolledarskap.* Göteborg 1996

109. GLORIA DALL'ALBA & BJÖRN HASSELGREN (EDS) *Reflections on Phenomenography - Toward a Methodology?* Göteborg 1996

110. ELISABETH HESSLEFORS ARKTOFT *I ord och handling. Innebörder av "att anknyta till elevs erfarenheter", uttryckta av lärare.* Göteborg 1996

111. BARBRO STRÖMBERG *Professionellt förhållningsätt hos läkare och sjuksköterskor. En studie av uppfattningar.* Göteborg 1997

112. HARRIET AXELSSON *Våga lära. Om lärare som förändrar sin miljöundervisning.* Göteborg 1997

113. ANN AHLBERG *Children's ways of handling and experiencing numbers*. Göteborg 1997
114. HUGO WIKSTRÖM *Att förstå förändring. Modellbyggande, simulering och gymnasieelevers lärande*. Göteborg 1997
115. DORIS AXELSEN *Listening to recorded music. Habits and motivation among high-school students*. Göteborg 1997.
116. EWA PILHAMMAR ANDERSSON *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg 1997
117. OWE STRÅHLMAN *Elitidrott, karriär och avslutning*. Göteborg 1997
118. AINA TULLBERG *Teaching the 'mole'. A phenomenographic inquiry into the didactics of chemistry*. Göteborg 1997.
119. DENNIS BEACH *Symbolic Control and Power Relay Learning in Higher Professional Education*. Göteborg 1997
120. HANS-ÅKE SCHERP *Utmanande eller utmanat ledarskap. Rektör, organisationen och förändrat undervisningsmönster i gymnasieskolan*. Göteborg 1998
121. STAFFAN STUKÁT *Lärares planering under och efter utbildningen*. Göteborg 1998
122. BIRGIT LENDAHL ROSENDAHL *Examensarbetets innebörder. En studie av blivande lärares utsagor*. Göteborg 1998
123. ANN AHLBERG *Meeting Mathematics. Educational studies with young children*. Göteborg 1998
124. MONICA ROSÉN *Gender Differences in Patterns of Knowledge*. Göteborg 1998.
125. HANS BIRNIK *Lärare- elevrelationen. Ett relationistiskt perspektiv*. Göteborg 1998
126. MARGRETH HILL *Kompetent för "det nya arbetslivet"? Tre gymnasieklasser reflekterar över och diskuterar yrkesförberedande studier*. Göteborg 1998
127. LISBETH ÅBERG-BENGTSSON *Entering a Graphicate Society. Young Children Learning Graphs and Charts*. Göteborg 1998
128. MELVIN FEFER *The Conflict of Equals: A Constructionist View of Personality Development*. Göteborg 1999
129. ULLA RUNESSON *Variationens pedagogik. Skilda sätt att behandla ett matematiskt innehåll*. Göteborg 1999
130. SILWA CLAESSON *"Hur tänker du då?" Empiriska studier om relationen mellan forskning om elevuppfattningar och lärares undervisning*. Göteborg 1999
131. MONICA HANSEN *Yrkeskulturer i möte. Läraren, fritidspedagogen och samverkan*. Göteborg 1999
132. JAN THELIANDER *Att studera arbetets förändring under kapitalismen. Ure och Taylor i pedagogiskt perspektiv*. Göteborg 1999
133. TOMAS SAAR *Musikens dimensioner - en studie av unga musikers lärande*. Göteborg 1999
134. GLEN HELMSTAD *Understanding of understanding. An inquiry concerning experiential conditions for developmental learning*. Göteborg 1999
135. MARGARETA HOLMEGAARD *Språkmädevetenhet och ordinläring. Lärare och inlärare reflekterar kring en betydelsefällsörvning i svenska som andraspråk*. Göteborg 1999
136. ALYSON MCGEE *Investigating Language Anxiety through Action Inquiry: Developing Good Research Practices*. Göteborg 1999
137. EVA GANNERUD *Genusperspektiv på lärargärning. Om kvinnliga klasslärares liv och arbete*. Göteborg 1999
138. TELLERVO KOPARE *Att rida stormen ut. Förlösningsberättelser i Finnmark och Sápmi*. Göteborg 1999
139. MAJA SÖDERBÄCK *Encountering Parents. Professional Action Styles among Nurses in Pediatric Care*. Göteborg 1999
140. AIRI ROVIO - JOHANSSON *Being Good at Teaching. Exploring different ways of handling the same subject in Higher Education*. Göteborg 1999
141. EVA JOHANSSON *Etik i små barns värld. Om värden och normer bland de yngsta barnen i förskolan*. Göteborg 1999
142. KENNERT ORLENIUS *Förståelsens paradox. Yrkeserfarenhetens betydelse när förskollärare blir grundskollärare*. Göteborg 1999.
143. BJÖRN MÅRDÉN *De nya hälsomissionärerna – rörelser i korsvägen mellan pedagogik och hälsopromotion*. Göteborg 1999
144. MARGARETA CARLÉN *Kunskapslyft eller avbytarbänk? Möten med industriarbetare om utbildning för arbete*. Göteborg 1999
145. MARIA NYSTRÖM *Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro*. Göteborg 1999
146. ANN-KATRIN JAKOBSSON *Motivation och inläring ur genusperspektiv. En studie av gymnasieelever på teoretiska linjer/program*. Göteborg 2000
147. JOANNA GIOTA *Adolescents' perceptions of school and reasons for learning*. Göteborg 2000
148. BERIT CARLSTEDT *Cognitive abilities – aspects of structure, process and measurement*. Göteborg 2000
149. MONICA REICHENBERG *Röst och kausalitet i lärobokstexter. En studie av elevers förståelse av olika textverster*. Göteborg 2000

150. HELENA ÅBERG *Sustainable waste management in households – from international policy to everyday practice. Experiences from two Swedish field studies.* Göteborg 2000
151. BJÖRN SJÖSTRÖM & BRITT JOHANSSON *Ambulanssjukvård. Ambulanssjukvårdarens och läkares perspektiv.* Göteborg 2000
152. AGNETA NILSSON *Omvårdnadskompetens inom hemsjukvård – en deskriptiv studie.* Göteborg 2001
153. ULLA LÖFSTEDT *Förskolan som lärandekontext för barns bildskapande.* Göteborg 2001
154. JÖRGEN DIMENÄS *Innehåll och interaktion. Om elevers lärande i naturvetenskaplig undervisning.* Göteborg 2001
155. BRITT MARIE APELGREN *Foreign Language Teachers' Voices. Personal Theories and Experiences of Change in Teaching English as a Foreign Language in Sweden.* Göteborg 2001
156. CHRISTINA CLIFFORDSON *Assessing empathy: Measurement characteristics and interviewer effects.* Göteborg 2001
157. INGER BERGGREN *Identitet, kön och klass. Hur arbetarflickor formar sin identitet.* Göteborg 2001
158. CARINA FURÅKER *Styrning och visioner – sjuksköterskeutbildning i förändring.* Göteborg 2001
159. INGER BERNDTSSON *Förskjutna horisonter. Linsförändring och lärande i samband med synnedsättning eller blindhet.* Göteborg 2001
160. SONJA SHERIDAN *Pedagogical Quality in Preschool. An issue of perspectives.* Göteborg 2001
161. JAN BAHLENBERG *Den otroliga verkligheten sätter spår. Om Carlo Derkerts liv och konstpedagogiska gärning.* Göteborg 2001
162. FRANK BACH *Om ljuset i tillvaron. Ett undervisningsexperiment inom optik.* Göteborg 2001
163. PIA WILLIAMS *Barn lär av varandra. Samlärande i förskola och skola.* Göteborg 2001
164. VIGDIS GRANUM *Studentenes forestillinger om sykepleie som fag og funksjon.* Göteborg 2001
165. MARIT ALVESTAD *Den komplekse planlegginga. Førskolelærarar om pedagogisk planlegging og praksis.* Göteborg 2001
166. GIRMA BERHANU *Learning-In-Context. An Ethnographic Investigation of Mediated Learning Experiences among Ethiopian Jews in Israel.* Göteborg 2001.
167. OLLE ESKILSSON *En longitudinell studie av 10 – 12-åringars förståelse av materiens förändringar.* Göteborg 2001
168. JONAS EMANUELSSON *En fråga om frågor. Hur lärares frågor i klassrummet gör det möjligt att få reda på elevernas sätt att förstå det som undervisningen behandlar i matematik och naturvetenskap.* Göteborg 2001
169. BIRGITTA GEDDA *Den offentliga benvilgheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet.* Göteborg 2001
170. FEBE FRIBERG *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en värddidaktik på livsvärldsrund.* Göteborg 2001
171. MADELEINE BERGH *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning.* Göteborg 2002
172. HENRIK ERIKSSON *Den diplomatiska punkten – maskulinitet som kroppsligt identitetskapande projekt i svensk sjuksköterskeutbildning.* Göteborg 2002
173. SOLVEIG LUNDGREN *I spåren av en bemanningsförändring. En studie av sjuksköterskors arbete på en kirurgisk vårdavdelning.* Göteborg 2002
174. BIRGITTA DAVIDSSON *Mellan soffan och katedern. En studie av hur förskollärare och grundskollärare utvecklar pedagogisk integration mellan förskola och skola.* Göteborg 2002
175. KARI SØNDENÅ *Tradisjon og Transcendens – ein fenomenologisk studie av refleksjon i norske forskulelærarutdanning.* Göteborg 2002
176. CHRISTINE BENTLEY *The Roots of Variation of English-Teaching. A Phenomenographic Study Founded on an Alternative Basic Assumption.* Göteborg 2002
177. ÅSA MÄKITALO *Categorizing Work: Knowing, Arguing, and Social Dilemmas in Vocational Guidance.* Göteborg 2002
178. MARITA LINDAHL *VÅRDA – VÄGLEDA – LÄRA. Effekstudie av ett interventionsprogram för pedagogers lärande i förskolemiljön.* Göteborg 2002
179. CHRISTINA BERG *Influences on schoolchildren's dietary selection. Focus on fat and fibre at breakfast.* Göteborg 2002
180. MARGARETA ASP *Vila och lärande om vila. En studie på livsvärldsfenomenologisk grund.* Göteborg 2002
181. FERENC MARTON & PAUL MORRIS (EDS) *What matters? Discovering critical conditions of classroom learning.* Göteborg 2002
182. ROLAND SEVERIN *Dom vet vad dom talar om. En intervjustudie om elevers uppfattningar av begreppen makt och samhällsförändring.* Göteborg 2002
- Editors: Björn Andersson, Jan Holmer and Ingrid Pramling Samuelsson
183. MARLÉNE JOHANSSON *Slöjopraktik i skolan – hand, tanke, kommunikation och andra medierande redskap.* Göteborg 2002

184. INGRID SANDEROTH *Om lust att lära i skolan: En analys av dokument och klass 8y*. Göteborg 2002
185. INGA-LILL JAKOBSSON *Diagnos i skolan. En studie av skolsituationer för elever med syndromdiagnos*. Göteborg 2002
186. EVA-CARIN LINDGREN *Empowering Young Female Athletes – A Possible Challenge to the Male Hegemony in Sport. A Descriptive and Interventional Study*. Göteborg 2002
187. HANS RYSTEDT *Bridging practices. Simulations in education for the health-care professions*. Göteborg 2002
188. MARGARETA EKBORG *Naturvetenskaplig utbildning för hållbar utveckling? En longitudinell studie av hur studenter på grunskollärautbildningen utvecklar för miljöundervisning relevanta kunskaper i naturkunskap*. Göteborg 2002
189. ANETTE SANDBERG *Vuxnas levärld. En studie om vuxnas erfarenheter av lek*. Göteborg 2002
190. GUNLÖG BREDÄNGE *Gränslös pedagog. Fyra studier om utländska lärare i svensk skola*. Göteborg 2003
191. PER-OLOF BENTLEY *Mathematics Teachers and Their Teaching. A Survey Study*. Göteborg 2003
192. KERSTIN NILSSON *MANDAT – MAKT – MANAGEMENT. En studie av hur värdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Göteborg 2003
193. YANG YANG *Measuring Socioeconomic Status and its Effects at Individual and Collective Levels: A Cross-Country Comparison*. Göteborg 2003
194. KNUT VOLDEN *Mediekunskap som mediekritikk*. Göteborg 2003.
195. LOTTI LAGER-NYQVIST *Att göra det man kan – en longitudinell studie av hur sju lärarstudenter utvecklar sin undervisning och formar sin lärarroll i naturvetenskap*. Göteborg 2003
196. BRITT LINDAHL *Lust att lära naturvetenskap och teknik? En longitudinell studie om vägen till gymnasiet*. Göteborg 2003
197. ANN ZETTERQVIST *Ämnesdidaktisk kompetens i evolutionsbiologi. En intervjuundersökning med nio biologilärare*. Göteborg 2003
198. ELSIE ANDERBERG *Språkavvändningens funktion vid utveckling av kunskap om objekt*. Göteborg 2003.
199. JAN GUSTAFSSON *Integration som text, diskursiv och social praktik. En policyetnografisk fallstudie av mötet mellan skolan och förskoleklassen*. Göteborg 2003.
200. EVELYN HERMANSSON *Akademisering och professionalisering – barnmorskans utbildning i förändring*. Göteborg 2003
201. KERSTIN VON BRÖMSEN *Tolkningar, förhandlingar och tystnader. Elevers tal om religion i det mångkulturella och postkoloniala rummet*. Göteborg 2003
202. MARIANNE LINDBLAD FRIDH *Från allmänsjuksköterska till specialistsjuksköterska inom intensivvård. En studie av erfarenheter från specialistutbildningen och från den första yrkesverksamma tiden inom intensivvården*. Göteborg 2003
203. BARBRÖ CARLI *The Making and Breaking of a Female Culture: The History of Swedish Physical Education 'in a Different Voice'*. Göteborg 2003
204. ELISABETH DAHLBERG-LYCKHAGE *"Systers" konstruktion och mumifiering – i TV-serier och i studenters föreställningar*. Göteborg 2003
205. ULLA HELLSTRÖM MUHLI *Att överbygga perspektiv. En studie av behovsbedömningssamtal inom äldreinriktat socialt arbete*. Göteborg 2003
206. KRISTINA AHLBERG *Synvänder. Universitetsstudenters berättelser om kvalitativa förändringar av sätt att erfa situationers mening under utbildningspraktik*. Göteborg 2004
207. JONAS IVARSSON *Renderings & Reasoning: Studying artifacts in human knowing*. Göteborg 2004
208. MADELEINE LÖWING *Matematikundervisningens konkreta gestaltning. En studie av kommunikationen lärare – elev och matematiklektionens didaktiska ramar*. Göteborg 2004
209. PIJA EKSTRÖM *Makten att definiera. En studie av hur beslutsfattare formulerar villkor för specialpedagogisk verksamhet*. Göteborg 2004
210. CARIN ROOS *Skriftspråkande döva barn. En studie om skriftspråkligt lärande i förskola och skola*. Göteborg 2004
211. JONAS LINDEROTH *Datorspelandets mening. Bortom idén om den interaktiva illusionen*. Göteborg 2004
212. ANITA WALLIN *Evolutionsteorin i klassrummet. På väg mot en ämnesdidaktisk teori för undervisning i biologisk evolution*. Göteborg 2004
213. EVA HJÖRNE *Excluding for inclusion? Negotiating school careers and identities in pupil welfare settings in the Swedish school*. Göteborg 2004
214. MARIE BLIDING *Inneslutandets och uteslutandets praktik. En studie av barns relationsarbete i skolan*. Göteborg 2004
215. LARS-ERIK JONSSON *Appropriating Technologies in Educational Practices. Studies in the Contexts of Compulsory Education, Higher Education, and Fighter Pilot Training*. Göteborg 2004
216. MIA KARLSSON *An ITiS Teacher Team as a Community of Practice*. Göteborg 2004
217. SILWA CLAESSION *Lärares levda kunskap*. Göteborg 2004
218. GUN-BRITT WÄRVIK *Ambitioner att förändra och artefaktens verkan. Gränsskapande och stabiliserande praktiker på produktionsgolvet*. Göteborg 2004

219. KARIN LUMSDEN WASS *Vuxenutbildning i omvandling. Kunskapslyftet som ett sätt att organisera förnyelse.* Göteborg 2004
220. LENA DAHL *Amningspraktikens villkor. En intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar på och erfarenheter av amning.* Göteborg 2004
221. ULRIC BJÖRCK *Distributed Problem-Based Learning. Studies of a Pedagogical Model in Practice.* Göteborg 2004
222. ANNEKA KNUTSSON *"To the best of your knowledge and for the good of your neighbour". A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia.* Göteborg 2004
223. MARIANNE DOVEMARK *Ansvar – flexibilitet – valfrihet. En etnografisk studie om en skola i förändring.* Göteborg 2004
224. BJÖRN HAGLUND *Traditioner i möte. En kvalitativ studie av fritidspedagogers arbete med samlingar i skolan.* Göteborg 2004
225. ANN-CHARLOTTE MÅRDSJÖ *Lärandets skiftande innebörder – uttryckta av förskollärare i vidareutbildning.* Göteborg 2005
226. INGRID GRUNDÉN *Att återerövra kroppen. En studie av livet efter en ryggmärgsskada.* Göteborg 2005
227. KARIN GUSTAFSSON & ELISABETH MELLGREN *Barns skriftspråkande – att bli en skrivande och läsande person.* Göteborg 2005
228. GUNNAR NILSSON *Att äga π. Praxisnära studier av lärarstudenters arbete med geometrilaborationer.* Göteborg 2005.
229. BENGT LINDGREN *Bild, visualitet och vetande. Diskussion om bild som ett kunskapsfält inom utbildning.* Göteborg 2005
230. PETRA ANGERVALL *Jämställdhetsarbetets pedagogik. Dilemman och paradoxer i arbetet med jämställdhet på ett företag och ett universitet.* Göteborg 2005
231. LENNART MAGNUSSON *Designing a responsive support service for family carers of frail older people using ICT.* Göteborg 2005
232. MONICA REICHENBERG *Gymnasieelever samtalar kring facktexter. En studie av textsamtal med goda och svaga läsare.* Göteborg 2005
233. ULRIKA WOLFF *Characteristics and varieties of poor readers.* Göteborg 2005
234. CECILIA NIELSEN *Mellan fakticitet och projekt. Läs- och skrivsvårigheter och stråvan att övervinna dem.* Göteborg 2005.
235. BERTH HEDBERG *Decision Making and Communication in Nursing Practice. Aspects of Nursing Competence.* Göteborg 2005
236. MONICA ROSÉN, EVA MYRBERG & JAN-ERIC GUSTAFSSON *Läskompetens i skolår 3 och 4. Nationell rapport från PIRLS 2001 i Sverige. The IEA Progress in International Reading Literacy Study.* Göteborg 2005
237. INGRID HENNING LOEB *Utveckling och förändring i kommunal vuxenutbildning. En yrkeshistorisk ingång med berättelser om lärarbanor.* Göteborg 2006.
238. NIKLAS PRAMLING *Minding metaphors: Using figurative language in learning to represent.* Göteborg 2006
239. KONSTANTIN KOUGIOMTZIS *Lärarkulturer och professionskoder. En komparativ studie av idrottslärare i Sverige och Grekland.* Göteborg 2006
240. STEN BÄTH *Kvalifikation och medborgarfostran. En analys av reformtexter avseende gymnasieskolans samhällsuppdrag.* Göteborg 2006.
241. EVA MYRBERG *Fristående skolor i Sverige – Effekter på 9-10-åriga elevers läsförståelse.* Göteborg 2006
242. MARY-ANNE HOLFVE-SABEL *Attitudes towards Swedish comprehensive school. Comparisons over time and between classrooms in grade 6.* Göteborg 2006
243. CAROLINE BERGGREN *Entering Higher Education – Gender and Class Perspectives.* Göteborg 2006
244. CRISTINA THORNELL & CARL OLIVESTAM *Kulturmöte i centralafrikansk kontext med kyrkan som arena.* Göteborg 2006
245. ARVID TREEKREM *Att leda som man lär. En arbetsmiljöpedagogisk studie av toppledares ideologier om ledarskapets taktiska potentialer.* Göteborg 2006
246. EVA GANNERUD & KARIN RÖNNERMAN *Innehåll och innebörd i lärares arbete i förskola och skola – en fallstudie ur ett genusperspektiv.* Göteborg 2006
247. JOHANNES LUNNEBLAD *Förskolan och mångfalden – en etnografisk studie på en förskola i ett multietniskt område.* Göteborg 2006
248. LISA ASP-ON SJÖ *Åtgärdsprogram – dokument eller verktyg? En fallstudie i en kommun.* Göteborg 2006
249. EVA JOHANSSON & INGRID PRAMLING SAMUELSSON *Lek och läroplan. Möten mellan barn och lärare i förskola och skola.* Göteborg 2006
250. INGER BJÖRNELOO *Innebörder av hållbar utveckling. En studie av lärares utsagor om undervisning.* Göteborg 2006
251. EVA JOHANSSON *Etiska överenskommelser i förskolebarns världar.* Göteborg 2006
252. MONICA PETERSSON *Att genuszappa på säker eller osäker mark. Hem- och konsumentkunskap ur ett könsperspektiv.* Göteborg 2007
253. INGELA OLSSON *Handlingskompetens eller inlärn hjälplöshet? Lärandeprocesser hos verkstadsindustriarbetare.* Göteborg 2007

254. HELENA PEDERSEN *The School and the Animal Other. An Ethnography of human-animal relations in education.* Göteborg 2007

255. ELIN ERIKSEN ØDEGAARD *Meningsskaping i barnehagen. Innhold og bruk av barns og voksnes samtalefortellinger.* Göteborg 2007

256. ANNA KLERFELT *Barns multimediala berättande. En länk mellan mediakultur och pedagogisk praktik.* Göteborg 2007

257. PETER ERLANDSON *Docile bodies and imaginary minds: on Schön's reflection-in-action.* Göteborg 2007

258. SONJA SHERIDAN OCH PIA WILLIAMS *Dimensioner av konstruktiv konkurrens. Konstruktiva konkurrensformer i förskola, skola och gymnasium.* Göteborg 2007

259. INGELA ANDREASSON *Elevplanen som text - om identitet, genus, makt och styrning i skolans elendokumentation.* Göteborg 2007

Editors: Jan-Eric Gustafsson, Annika Härenstam and Ingrid Pramling Samuelsson

260. ANN-SOFIE HOLM *Relationer i skolan. En studie av feminiteter och maskuliniteter i år 9.* Göteborg 2008

261. LARS-ERIK NILSSON *But can't you see they are lying: Student moral positions and ethical practices in the wake of technological change.* Göteborg 2008

262. JOHAN HÄGGSTRÖM *Teaching systems of linear equations in Sweden and China: What is made possible to learn?* Göteborg 2008

263. GUNILLA GRANATH *Milda makter! Utvecklingssamtal och loggböcker som disciplinerings tekniker.* Göteborg 2008

264. KARIN GRAHN *Flickor och pojkar i idrottens läromedel. Konstruktioner av genus i ungdomsträna utbildningen.* Göteborg 2008.

265. PER-OLOF BENTLEY *Mathematics Teachers and Their Conceptual Models. A New Field of Research.* Göteborg 2008

266. SUSANNE GUSTAVSSON *Motstånd och mening. Innebörd i blivande lärares seminarensamtal.* Göteborg 2008

267. ANITA MATTSSON *Flexibel utbildning i praktiken. En fallstudie av pedagogiska processer i en distansutbildning med en öppen design för samarbetslärande.* Göteborg 2008

268. ANETTE EMILSON *Det önskvärda barnet. Fostran uttryckt i vardagliga kommunikationshandlingar mellan lärare och barn i förskolan.* Göteborg 2008

269. ALLI KLAPP LEKHOLM *Grades and grade assignment: effects of student and school characteristics.* Göteborg 2008

270. ELISABETH BJÖRKLUND *Att erinra litteracitet. Små barns kommunikativa möten med berättande, bilder, text och tecken i förskolan.* Göteborg 2008

271. EVA NYBERG *Om livets kontinuitet. Undervisning och lärande om växters och djurs livscykel - en fallstudie i årskurs 5.* Göteborg 2008

272. CANCELLED

273. ANITA NORLUND *Kritisk sakprosaläsning i gymnasieskolan. Didaktiska perspektiv på läroböcker, lärare och nationella prov.* Göteborg 2009

274. AGNETA SIMEONSDOTTER SVENSSON *Den pedagogiska samlings i förskoleklassen. Barns olika sätt att erjara och hantera svårigheter.* Göteborg 2009

275. ANITA ERIKSSON *Om teori och praktik i lärarutbildningen. En etnografisk och diskursanalytisk studie.* Göteborg 2009

276. MARIA HJALMARSSON *Lärarprofessionens genusordning. En studie av lärares uppfattningar om arbetsuppgifter, kompetens och förväntningar.* Göteborg 2009.

277. ANNE DRAGEMARK OSCARSON *Self-Assessment of Writing in Learning English as a Foreign Language. A Study at the Upper Secondary School Level.* Göteborg 2009

278. ANNIKA LANTZ-ANDERSSON *Framing in Educational Practices. Learning Activity, Digital Technology and the Logic of Situated Action.* Göteborg 2009

279. RAUNI KARLSSON *Demokratiska värden i förskolebarns vardag.* Göteborg 2009

280. ELISABETH FRANK *Läsförmågan bland 9-10-åringar. Betydelsen av skolklimat, bem- och skolsamverkan, lärarkompetens och elevers hembakgrund.* Göteborg 2009

281. MONICA JOHANSSON *Anpassning och motstånd. En etnografisk studie av gymnasieelevers institutionella identitetsskapande.* Göteborg 2009

282. MONA NILSEN *Food for Thought. Communication and the transformation of work experience in web-based in-service training.* Göteborg 2009

283. INGA WERNERSSON (RED) *Genus i förskola och skola. Förändringar i policy, perspektiv och praktik.* Göteborg 2009

284. SONJA SHERIDAN, INGRID PRAMLING SAMUELSSON & EVA JOHANSSON (RED) *Barns tidiga lärande. En tvärsnittsstudie om förskolan som miljö för barns lärande.* Göteborg 2009

285. MARIE HJALMARSSON *Loyalitet och motstånd - anställdas agerande i ett föränderligt hemtjänstarbete.* Göteborg 2009.

286. ANETTE OLIN *Skolans mötespraktik - en studie om skolutveckling genom yrkesverksammas förståelse*. Göteborg 2009
287. MIRELLA FORSBERG AHLCRONA *Handdockans kommunikativa potential som medierande redskap i förskolan*. Göteborg 2009
288. CLAS OLANDER *Towards an interlanguage of biological evolution: Exploring students' talk and writing as an arena for sense-making*. Göteborg 2010
- Editors: Jan-Eric Gustafsson, Åke Ingerman and Ingrid Pramling Samuelsson
289. PETER HASSELSKOG *Slöjdlärares förhållningssätt i undervisningen*. Göteborg 2010
290. HILLEVI PRELL *Promoting dietary change. Intervening in school and recognizing health messages in commercials*. Göteborg 2010
291. DAVOUD MASOUMI *Quality Within E-learning in a Cultural Context. The case of Iran*. Göteborg 2010
292. YLVA ODENBRING *Kramar, kategoriseringar och hjälpfröknar. Könskonstruktioner i interaktion i förskola, förskoleklass och skolår ett*. Göteborg 2010
293. ANGELIKA KULLBERG *What is taught and what is learned. Professional insights gained and shared by teachers of mathematics*. Göteborg 2010
294. TORGEIR ALVESTAD *Barnehagens relasjonelle verden - små barn som kompetente aktörer i produktive forhandlinger*. Göteborg 2010
295. SYLVI VIGMO *New spaces for Language Learning. A study of student interaction in media production in English*. Göteborg 2010
296. CAROLINE RUNESDOTTER *I otaket med tiden? Folkhögskolorna i ett föränderligt fält*. Göteborg 2010
297. BIRGITTA KULLBERG *En etnografisk studie i en thailändsk grundskola på en ö i södra Thailand. I sökandet efter en framtid då nuet har nog av sitt*. Göteborg 2010
298. GUSTAV LYMER *The work of critique in architectural education*. Göteborg 2010
299. ANETTE HELLMAN *Kan Batman vara rosa? Förhandlingar om pojkighet och normalitet på en förskola*. Göteborg 2010
300. ANNIKA BERGVIKEN-RENSFELDT *Opening higher education. Discursive transformations of distance and higher education government*. Göteborg 2010
301. GETAHUN YACOB ABRAHAM *Education for Democracy? Life Orientation: Lessons on Leadership Qualities and Voting in South African Comprehensive Schools*. Göteborg 2010
302. LENA SJÖBERG *Bäst i klassen? Lärare och elever i svenska och europeiska policytexter*. Göteborg 2011
303. ANNA POST *Nordic stakeholders and sustainable catering*. Göteborg 2011
304. CECILIA KILHAMN *Making Sense of Negative Numbers*. Göteborg 2011
305. ALLAN SVENSSON (RED) *Utvärdering Genom Uppföljning. Longitudinell individforskning under ett halvsekel*. Göteborg 2011
306. NADJA CARLSSON *I kamp med skriftspråket. Vuxenstuderande med läs- och skrivsvårigheter i ett livsvärldsperspektiv*. Göteborg 2011
307. AUD TORILL MELAND *Ansvar for egen læring. Intensjoner og realiteter ved en norsk videregående skole*. Göteborg 2011
308. EVA NYBERG *Folkebildung for demokrati. Colombianska kvinnors perspektiv på kunnskap som förändringskraft*. Göteborg 2011
309. SUSANNE THULIN *Lärares tal och barns nyfikenhet. Kommunikation om naturvetenskapliga innehåll i förskolan*. Göteborg 2011
310. LENA FRIDLUND *Interkulturell undervisning – ett pedagogiskt dilemma. Talet om undervisning i svenska som andraspråk och i förberedelseklass*. Göteborg 2011
311. TARJA ALATALO *Skäcklig läs- och skrivundervisning i åk 1-3. Om lärares möjligheter och hinder*. Göteborg 2011
312. LISE-LOTTE BJERVÅS *Samtal om barn och pedagogisk dokumentation som bedömningspraktik i förskolan. En diskursanalys*. Göteborg 2011
313. ÅSE HANSSON *Ansvar för matematiklärande. Effekter av undervisningsansvar i det flerspråkiga klassrummet*. Göteborg 2011
314. MARIA REIS *Att ordna, från ordning till ordning. Yngre förskolebarns matematiserande*. Göteborg 2011
315. BENIAMIN KNUTSSON *Curriculum in the Era of Global Development – Historical Legacies and Contemporary Approaches*. Göteborg 2011
316. EVA WEST *Undervisning och lärande i naturvetenskap. Elevers lärande i relation till en forskningsbaserad undervisning om ljud, hörsel och hälsa*. Göteborg 2011
317. SIGNILD RISENFORS *Gymnasieungdomars livstolkande*. Göteborg 2011
318. EVA JOHANSSON & DONNA BERTHELSEN (Ed.) *Spaces for Solidarity and Individualism in Educational Contexts*. Göteborg 2012
319. ALASTAIR HENRY *L3 Motivation*. Göteborg 2012
320. ANN PARINDER *Ungdomars matval – erfarenheter, visioner och miljöargument i eget hushåll*. Göteborg 2012
321. ANNE KULTTI *Flerspråkiga barn i förskolan: Villkor för deltagande och lärande*. Göteborg 2012

322. BO-LENNART EKSTRÖM *Kontroversen om D.A.M.P. En kontroversstudie av vetenskapligt gränsarbete och översättning mellan olika kunskapsparadigm*. Göteborg 2012
323. MUN LING LO *Variation Theory and the Improvement of Teaching and Learning*. Göteborg 2012
324. ULLA ANDRÉN *Self-awareness and self-knowledge in professions. Something we are or a skill we learn*. Göteborg 2012
325. KERSTIN SIGNERT *Variation och invariants i Maria Montessoris sinnesstränande materiel*. Göteborg 2012
326. INGEMAR GERRBO *Idén om en skola för alla och specialpedagogisk organisering i praktiken*. Göteborg 2012
327. PATRIK LILJA *Contextualizing inquiry. Negotiations of tasks, tools and actions in an upper secondary classroom*. Göteborg 2012
328. STEFAN JOHANSSON *On the Validity of Reading Assessments: Relationships Between Teacher Judgements, External Tests and Pupil Self-assessments*. Göteborg 2013
329. STEFAN PETTERSSON *Nutrition in Olympic Combat Sports. Elite athletes' dietary intake, hydration status and experiences of weight regulation*. Göteborg 2013
330. LINDA BRADLEY *Language learning and technology – student activities in web-based environments*. Göteborg 2013
331. KALLE JONASSON *Sport Has Never Been Modern*. Göteborg 2013
332. MONICA HARALDSSON STRÄNG *Yngre elevers lärande om natur. En studie av kommunikation om modeller i institutionella kontexter*. Göteborg 2013
333. ANN VALENTIN KVIST *Immigrant Groups and Cognitive Tests – Validity Issues in Relation to Vocational Training*. Göteborg 2013
334. ULRIKA BENNERSTEDT *Knowledge at play. Studies of games as members' matters*. Göteborg 2013
335. EVA ÄRLEMALM-HAGSÉR *Engagerade i världens bästa? Lärande för hållbarhet i förskolan*. Göteborg 2013
336. ANNA-KARIN WYNDHAMN *Tänka fritt, tänka rätt. En studie om värdeöverföring och kritiskt tänkande i gymnasieskolans undervisning*. Göteborg 2013
337. LENA TYRÉN *"Vi får ju inte riktigt förutsättningarna för att genomföra det som vi vill." En studie om lärares möjligheter och hinder till förändring och förbättring i praktiken*. Göteborg 2013
338. ANNIKA LILJA *Förtroendefulla relationer mellan lärare och elev*. Göteborg 2013
339. MAGNUS LEVINSSON *Evidens och existens. Evidensbaserad undervisning i ljuset av lärares erfarenheter*. Göteborg 2013
340. ANNELI SCHWARTZ *Pedagogik, plats och prestationer. En etnografisk studie om en skola i förorten*. Göteborg 2013
341. ELISABET ÖHRN och LISBETH LUNDAHL (red) *Kön och karriär i akademien. En studie inom det utbildningsvetenskapliga fältet*. Göteborg 2013
342. RICHARD BALDWIN *Changing practice by reform. The recontextualisation of the Bologna process in teacher education*. Göteborg 2013
343. AGNETA JONSSON *Att skapa läroplan för de yngsta barnen i förskolan. Barns perspektiv och nuets didaktik*. Göteborg 2013
344. MARIA MAGNUSSON *Skylla med kunskap. En studie av hur barn urskäljer grafiska symboler i hem och förskola*. Göteborg 2013
345. ANNA-LENA LILLIESTAM *Aktör och struktur i historieundervisning. Om utveckling av elevers historiska resonerande*. Göteborg 2013
346. KRISTOFFER LARSSON *Kritiskt tänkande i grundskolans samhällskunskap. En fenomenografisk studie om manifesterat kritiskt tänkande i samhällskunskap hos elever i årskurs 9*. Göteborg 2013
347. INGA WERNERSSON och INGEMAR GERRBO (red) *Differentieringens janusansikte. En antologi från Institutionen för pedagogik och specialpedagogik vid Göteborgs universitet*. Göteborg 2013
348. LILL LANGELOTZ *Vad gör en skicklig lärare? En studie om kollegial handledning som utvecklingspraktik*. Göteborg 2014
349. STEINGERDUR OLAFSDOTTIR *Television and food in the lives of young children*. Göteborg 2014
350. ANNA-CARIN RAMSTEN *Kunskaper som byggde folkehemmet. En fallstudie av förutsättningar för lärande vid teknikskeiften inom processindustrin*. Göteborg 2014
351. ANNA-CARIN BREDMAR *Lärares arbetsglädje. Betydelsen av emotionell närvaro i det pedagogiska arbetet*. Göteborg 2014
352. ZAHRA BAYATI *"den Andre" i lärarutbildningen. En studie om den rasifierade svenska studentens villkor i globaliseringsens tid*. Göteborg 2014
353. ANDERS EKLÖF *Project work, independence and critical thinking*. Göteborg 2014
354. EVA WENNÄS BRANTE *Möte med multimodalt material. Vilken roll spelar dyslexi för uppfattandet av text och bild?* Göteborg 2014
355. MAGNUS FERRY *Idrottsprofilerad utbildning – i spåren av en avreglerad skola*. Göteborg 2014

Editors: Jan-Eric Gustafsson, Åke Ingerman and Pia Williams

- 356 CECILIA THORSEN *Dimensionality and Predictive validity of school grades: The relative influence of cognitive and social-behavioral aspects.* Göteborg 2014
- 357 ANN-MARIE ERIKSSON *Formulating knowledge. Engaging with issues of sustainable development through academic writing in engineering education.* Göteborg 2014
- 358 PÅR RYLANDER *Tränarens makt över spelare i lagidrotter: Sett ur French och Ravens maktbasteori.* Göteborg 2014
- 359 PERNILLA ANDERSSON VARGA *Skrivundervisning i gymnasieskolan. Svenskämets roll i den sociala reproduktionen.* Göteborg 2014
- 360 GUNNAR HYLTEGREN *Vaghet och vanmakt - 20 år med kunskapskrav i den svenska skolan.* Göteborg 2014
- 361 MARIE HEDBERG *Idrotten sätter agendan. En studie av Riksidrottsgymnastetränarens handlande utifrån sitt dubbla uppdrag.* Göteborg 2014
- 362 KARI-ANNE JØRGENSEN *What is going on out there? - What does it mean for children's experiences when the kindergarden is moving their everyday activities into the nature - landscapes and its places?* Göteborg 2014
- 363 ELISABET ÖHRN och ANN-SOFIE HOLM (red) *Att lyckas i skolan. Om skolprestationer och kön i olika undervisningspraktiker.* Göteborg 2014
- 364 ILONA RINNE *Pedagogisk takt i betygssamtal. En fenomenologisk hermeneutisk studie av gymnasielärares och elevers förståelse av betyg.* Göteborg 2014
- 365 MIRANDA ROCKSÉN *Reasoning in a Science Classroom.* Göteborg 2015
- 366 ANN-CHARLOTTE BIVALL *Helpdesking: Knowing and learning in IT support practices.* Göteborg 2015
- 367 BIRGITTA BERNE *Naturvetenskap möter etik. En klassrumsstudie av elevers diskussioner om samhällsfrågor relaterade till bioteknik.* Göteborg 2015
- 368 AIRI BIGSTEN *Fostran i förskolan.* Göteborg 2015
- 369 MARITA CRONQVIST *Yrkesetik i lärarutbildning - en balanskonst.* Göteborg 2015
- 370 MARITA LUNDSTRÖM *Förskolebarns strävanden att kommunicera matematik.* Göteborg 2015
- 371 KRISTINA LANÅ *Makt, kön och diskurser. En etnografisk studie om elevers aktörskap och positioneringar i undervisningen.* Göteborg 2015
- 372 MONICA NYVALLER *Pedagogisk utveckling genom kollegial granskning: Fallet Lärande Besök utifrån aktör-nätverksteori.* Göteborg 2015
- 373 GLENN ØVREVIK KJERLAND *Å lære å undervise i kroppsøving. Design for utvikling av teorisert undervisning og kritisk refleksjon i kroppsøvingslærerutdanningen.* Göteborg 2015
- 374 CATARINA ECONOMOU *"I svenska två vågar jag prata mer och så". En didaktisk studie om skolämnet svenska som andraspråk.* Göteborg 2015
- 375 ANDREAS OTTEMO *Kön, kropp, begär och teknik: Passion och instrumentalitet på två tekniska högskoleprogram.* Göteborg 2015
- 376 SHRUTI TANEJA JOHANSSON *Autism-in-context. An investigation of schooling of children with a diagnosis of autism in urban India.* Göteborg 2015
- 377 JAANA NEHEZ *Rektorers praktiker i möte med utvecklingsarbete. Möjligheter och hinder för planerad förändring.* Göteborg 2015
- 378 OSA LUNDBERG *Mind the Gap – Ethnography about cultural reproduction of difference and disadvantage in urban education.* Göteborg 2015
- 379 KARIN LAGER *I spänningsfältet mellan kontroll och utveckling. En policystudie av systematiskt kvalitetsarbete i kommunen, förskolan och fritidsheimmet.* Göteborg 2015
- 380 MIKAELA ÅBERG *Doing Project Work. The Interactional Organization of Tasks, Resources, and Instructions.* Göteborg 2015
- 381 ANN-LOUISE LJUNGBLAD *Takt och hållning - en relationell studie om det oberäkneliga i matematik-undervisningen.* Göteborg 2016
- 382 LINN HÅMAN *Extrem jakt på hälsa. En explorativ studie om ortorexia nervosa.* Göteborg 2016
- 383 EVA OLSSON *On the impact of extramural English and CLIL on productive vocabulary.* Göteborg 2016
- 384 JENNIE SIVENBRING *I den betraktades ögon. Ungdomar om bedömning i skolan.* Göteborg 2016
- 385 PERNILLA LAGERLÖF *Musical play. Children interacting with and around music technology.* Göteborg 2016
- 386 SUSANNE MECKBACH *Mästarcoacherna. Att bli, vara och utvecklas som tränare inom svensk elitfotboll.* Göteborg 2016
- 387 LISBETH GYLLANDER TORKILDSEN *Bedömning som gemensam angelägenhet – enkelt i retoriken, svårare i praktiken. Elevers och lärares förståelse och erfarenheter.* Göteborg 2016
- 388 RIMMA NYMAN *Interactive Construction of Interest and Engagement in Mathematics.* Göteborg 2016
- 389 PERNILLA HEDSTRÖM *Hälsocoach i skolan. En utvärderande fallstudie av en hälsofrämjande intervention.* Göteborg 2016

