



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Vad är hälsa för dig?

En intervjustudie med elever i år 7 om deras uppfattningar av hälsa

Annelie Petersson & Desirée Stanne

LAU370

Handledare: Magnus Levinsson

Examinator: Claes Alexandersson

Rapportnummer: HT07-2611-027



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Examensarbete inom lärarutbildningen

Titel: Vad är hälsa för dig? – En intervjustudie med elever i år 7 om deras uppfattningar av hälsa

Författare: Annelie Petersson & Desirée Stanne

Termin och år: Ht 2007

Kursansvarig institution: Sociologiska institutionen

Handledare: Magnus Levinsson

Examinator: Claes Alexandersson

Rapportnummer: HT07-2611-027

Nyckelord: Hälsa, hälsobegreppet, elevers uppfattningar, fenomenografi

Abstract

Hälsa är ett mångfacetterat begrepp som människor uppfattar på olika sätt. Som lärare är det viktigt att utgå från elevers erfarenheter i undervisningen. Gällande elevers uppfattningar av hälsa finns det idag få undersökningar, vilket är ett motiv till vårt syfte. Syftet med detta examensarbete är därmed att undersöka hur elever uppfattar vad hälsa är och hur de resonerar kring hälsa.

Vi har använt oss av den kvalitativa forskningsansatsen fenomenografi. Fenomenografien är en teoretisk och metodisk ansats för att komma åt skilda uppfattningar av ett fenomen. Hälsa är det fenomen som vi avser att undersöka. Vi genomförde ostrukturerade intervjuer med öppna frågor, med sju elever i år 7. Vid analys av intervjuerna urskiljdes olika uppfattningar och kategoriserades i skilda beskrivningskategorier.

Det visade sig att eleverna hade tydliga uppfattningar av hälsa. Analysen resulterade i fyra beskrivningskategorier. *Hälsa är att ta hand om sin kropp* handlar om att aktivt påverka sin kropp för att hålla den så frisk som möjligt exempelvis genom att äta nyttigt och motionera. *Hälsa är en positiv upplevelse* belyser upplevelsen av hälsa till exempel att må bra. I *Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel* uppfattas hälsa vara något som erhålls i ett positivt socialt samspel mellan människor såsom med kompisar. I *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur* uppfattas hälsa ur ett vidare perspektiv då människans beroende av naturen framhålls.

Både litteraturgenomgången och sjundeklassarnas uppfattningar visade att det finns olika sätt att tolka vad hälsa är. Även i Lpo 94 möjliggörs för en tolkning av hälsa. Det kan få konsekvenser i skolans verksamhet eftersom lärare och elever kan ha olika synsätt på hälsa. Det blir därmed viktigt att lyfta fram elevers uppfattningar för att kunna anta deras perspektiv, men också att som lärare reflektera över vilken hälsosyn man förmedlar och sätta denna i relation till styrdokumentet.

Förord

Detta examensarbete är resultatet av ett samarbetsprojekt mellan Petersson och Stanne. I stort har vi gemensamt bearbetat och tagit oss igenom de olika delarna i forskningsprocessen, vilket inte alltid varit helt okomplicerat. Några delar i bakgrunden har delats upp på så sätt att någon har varit huvudansvarig för dem under arbetets gång. Petersson har varit huvudansvarig för tidigare forskning om elevers uppfattningar av hälsa och Stanne för den svenska folkhälsopolitiken och målområdena för folkhälsan. Båda två har läst nästan all litteratur som använts till arbetet. För övrigt har båda arbetat gemensamt med alla texter. Ibland har dock var och en gjort anteckningar på eget bevåg, vilka sedan sammanförts och gemensamt gåtts igenom.

Vi vill här också passa på att tacka de sju elever som ställde upp på intervjuer och de lärare som för detta ändamål avvarade eleverna från lektionerna. Utan er hade syftet med arbetet inte kunnat uppnås. Tack!

Göteborg januari 2008

Annelie Petersson & Desirée Stanne

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
2. Syfte	7
2.1. Avgränsning	7
3. Bakgrund	8
3.1. Vad är hälsa – hälsobegreppet	8
3.1.1. WHO och dess betydelse för begreppsdefinitionen	9
3.2. Forskning om uppfattningar av hälsa	10
3.2.1. Gymnasieungdomar om hälsa	10
3.2.2. Samtal om hälsa	11
3.2.3. Barns teckningar om hälsa	11
3.2.4. Andra studier om uppfattningar av hälsa	12
3.3. Folkhälsopolitik	12
3.3.1. Historia	12
3.3.2. Sveriges folkhälsopolitiska mål	13
3.3.3. Skolans roll	14
3.4. Summering av bakgrunden	15
4. Metod	16
4.1. Teoretisk och metodisk ansats – Fenomenografi	16
4.1.2. Kvalitativ metod - Intervju	16
4.2. Utformning och genomförande	17
4.2.1. Urval	17
4.2.2. Utformning av intervjuguide	17
4.2.3. Inledande kontakt med skolan	17
4.2.4. Pilotstudie	18
4.2.5. Genomförande av intervjuer	18
4.2.6. Bearbetning av intervjuerna	19
4.3. Tillförlitlighet	19
4.3.1. Reliabilitet	20
4.3.2. Validitet	20
4.3.3. Generaliserbarhet	21
5. Resultat	22
5.1. Uppfattningar av vad hälsa är	22
5.1.1. Hälsa är att ta hand om sin kropp	22
5.1.2. Hälsa är en positiv upplevelse	24
5.1.3. Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel	24
5.1.4. Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur	25
5.2. Sammanfattning av resultatet	25
6. Diskussion	26
6.1. Resultatet i relation till en kontext	26
6.1.1. Biomedicinska synsätt på hälsa	26
6.1.2. Helhetssyn på hälsa	26
6.1.3. Fysiska, psykiska och sociala dimensioner av hälsa	27

6.1.4. Hälsa har ett samband med livsstil.....	28
6.1.5. Hälsa som resurs och process	29
6.1.6. Sammanfattande kommentar	29
<i>6.2. Pedagogiska och didaktiska konsekvenser.....</i>	<i>29</i>
<i>6.3. Vidare forskning.....</i>	<i>31</i>
<i>6.4. Avslutning</i>	<i>31</i>
7. Referenser	33
Bilaga 1	
Bilaga 2	

1. Inledning

Hälsa är ett vardagligt ord som används i många sammanhang. I skolor har man exempelvis hälsoveckor och det finns hälsofrämjande skolor. I media förekommer begreppet ofta och det finns till och med en tidning med namnet *Hälsa*. Men vad är egentligen hälsa?

I läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94), som är det övergripande styrdokumentet för alla lärare, står det att ett av målen som eleverna ska ha uppnått när de slutar grundskolan är att de har "... grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan och miljön" (ibid:15). Citatet indikerar att det finns något benämns som "en god hälsa", men att denna inte är något man bara har utan är något man genom kunskap skapar genom den livsstil man för. Det framkommer inte *vad* läroplanen menar med god hälsa och *vem* som besitter denna kunskap. Man kan tolka det som att det är lärarna som besitter kunskapen, utifrån vad läraren tagit med sig för kunskaper genom livet och under sin utbildning. Man kan också tolka det som att det är eleverna i samspel med lärarna som utvecklar denna kunskap tillsammans. Den sista tolkningen stämmer bäst överens med de perspektiv på lärande som genomsyrar resten av läroplanen och som inom lärarprogrammet är de dominerande. Perspektiven som avses är de sociokulturella, som bland annat tas upp hos Dysthe (2003). Här ses lärande som något som konstrueras i samspelet mellan människor. Vad man lär sig beror i sin tur på i vilka sociala och kulturella sammanhang man deltar, och deltagit i, genom livet.

Under lärarutbildningen har vi lärt oss vikten av att utgå från elevernas erfarenheter och möta dem där de är för att eleverna ska lära sig på bästa sätt och känna delaktighet i skolarbetet. Detta är också något som framhävs i Lpo 94. Här nämns att undervisningen "... skall med utgångspunkt i elevernas bakgrund, tidigare erfarenheter, språk och kunskaper främja elevernas fortsatta lärande och kunskapsutveckling" (ibid:10). Vidare framkommer det att "läraren skall se till att alla elever oavsett kön, och social och kulturell bakgrund får ett reellt inflytande på arbetssätt, arbetsformer och undervisningens innehåll..." (ibid:18).

I hälsoundervisning i skolan har man inte tidigare beaktat elevernas erfarenheter och intresseområden. Istället har elever informerats om olika hälsorisker utifrån ett vuxenperspektiv där elevernas tankar och funderingar inte varit i fokus. Men detta är något som håller på att förändras. Det framkommer i en rapport från Skolverket (Nilsson & Norgren 2001). Samtidigt finns det få undersökningar som belyser hur elever uppfattar hälsa och vad som är viktiga hälsofrågor för dem¹. Därför är det relevant att undersöka detta närmare.

Med detta examensarbete vill vi därmed bidra till att utveckla kunskapsområdet kring hur elever uppfattar vad hälsa är. Att undersöka detta är också ett led i att bli bättre på att förstå hur elever tänker och resonerar kring olika frågor. Har vi en bild av elevernas föreställningar menar vi att vi också på ett bättre sätt kommer att kunna använda oss av dessa som utgångspunkt i vår undervisning kring hälsa i skolan.

¹ Se vidare i bakgrunden.

2. Syfte

Vårt syfte är att undersöka hur elever uppfattar vad hälsa är. Detta för att vi i vår undervisning ska kunna utgå från elevernas erfarenheter och då behöver vi få insikt i hur elever tänker och resonerar kring hälsa.

2.1. Avgränsning

Vår avgränsning ligger i att inte fokusera på hur eleverna mår, deras hälsostatus eller huruvida de lever hälsosamt eller inte, utan endast på deras uppfattningar av hälsa.

3. Bakgrund

Bakgrunden består av tre delar. I den första, *Vad är hälsa – hälsobegreppet*, beskrivs den mångfald av synsätt på hälsa som finns liksom WHO:s del i forordet av synen på hälsa. Den andra, *Forskning om uppfattningar av hälsa*, behandlar tidigare forskning om barn och ungdomars uppfattningar av hälsa. Slutligen tar vi upp *Folkhälsopolitik*, upp hälsopolitikens roll i samhället och dess relation till hälsa i skolan, för att klargöra sambandet dem emellan.

3.1. Vad är hälsa – hälsobegreppet

Hälsa är ett mångfacetterat föränderligt begrepp som det inte råder konsensus kring, men de flesta har en viss förståelse kring begreppet. Det framkommer i all litteratur som vi gått igenom inför detta arbete. Den källa de flesta baserar detta på är en vetenskaplig studie av hur begreppet hälsa tolkats i olika västerländska litteraturlösningsdatabaser 1970-1999 samt av personer insatta i ämnet. Studien genomfördes av Jennie Medin, fil. mag. i folkhälsovetenskap och Kristina Alexandersson, docent i samhällsmedicin (Medin & Alexandersson 2000).

Medin och Alexandersson fann att det oftare nämns *hur* man kan uppnå hälsa än *vad* hälsa egentligen innebär. Synen på hälsa delar de upp i två skilda huvudinriktningar, en biomedicinsk och en humanistisk.

Hälsa och sjukdom ses inom den *biomedicinska inriktningen* som varandras motsatser. Att ha hälsa är således att inte vara sjuk. Här ser man de fysiska funktionerna i kroppen som determinerande. En hälsoteori inom den biomedicinska inriktningen är den *biostatiska ansatsen*, som utvecklades av Christopher Boorse under 70-talet. I denna teori ses hälsa som "... ett tillstånd av *frånvaro av sjukdom*" (ibid:45). Individerna är vid hälsa när kroppen och dess organ fungerar normalt och som de ska.

Inom den *humanistiska inriktningen* ser man till helheten genom att även inkludera andra faktorer än kroppen, exempelvis sociala, ekonomiska och kulturella. Det finns flera underkategorier i den humanistiska inriktningen som alla fokuserar på olika saker². Människan uppfattas som aktiv och skapande. Hälsa är alltså något mer än frånvaro av sjukdom. Även om man är sjuk kroppsligt, kan man enligt det humanistiska synsättet uppleva hälsa. Den *salutogena ansatsen*, som fått stort utrymme i diskussionen kring hälsa i Sverige, går att hänföra till den humanistiska inriktningen. Det salutogena perspektivet fokuserar på hur man ska uppnå hälsa, inte vad hälsa är (Medin & Alexandersson 2000). Denna inriktning grundades av den medicinska sociologen Antonovsky. Antonovsky utgår från hälsan, framför ohälsan (Rydqvist & Winroth 2003)³. Den teoretiska utgångspunkten i Antonovskys teori om hälsa är att människor utsätts för olika påfrestningar i livet, exempelvis stress. Om man har god förmåga att *hantera, begripa* och känna *mening* i olika livssituationer och i den stressfyllda tillvaro som man lever, har man god hälsa, eller som det benämns inom det salutogena perspektivet, stark KASAM (Medin & Alexandersson 2000).

² Dessa ansatser är bland annat: mental ansats (de mentala förutsättningarna), beroendet mellan det mentala och det fysiska, ekologisk ansats (vikten av att skapa en god miljö kring människan eftersom människan lever i ett beroendeförhållande med sin omgivning) och teleologisk ansats (vilken påminner om den salutogena och handlar om hur människan känner mening i sin tillvaro).

³ Rydqvist och Winroth har skrivit en grundläggande bok kring friskvård och hälsa. Rydqvist har en bakgrund som lärare och projektledare vid Bosön, där han idag arbetar på friskvårdsprogrammet. Winroth arbetar som universitetsadjunkt i Vänersborg, på programmet Hälsopromotion.

Den *holistiska ansatsen* är ytterligare en hälsoteori som går att räkna till den humanistiska inriktningen (ibid.). Lennart Nordenfelt är filosof, och en av de teoretiker som förespråkar en holistisk ansats. Hans sätt att se på hälsa är att det finns två utgångspunkter, en biologisk-statistisk⁴ och en holistisk. Nordenfelt menar att tankarna kring hälsa måste innehålla båda dessa perspektiv. Det biologisk-statistiska har sin utgångspunkt i den medicinska vetenskapen. När Nordenfelt sedan tar upp det holistiska perspektivet att se på hälsa inkluderar han begreppen välbefinnande och att ha en handlingsförmåga (Rydqvist & Winroth 2003). Det handlar om vilken förmåga människan har att uppfylla de mål denna har. Målen kan ses som de grundläggande förutsättningar en människa upplever att denne behöver, inte realistiska förväntningar såsom att exempelvis bli fotbollsproffs (Medin & Alexandersson 2000).

I studien fann även Medin och Alexandersson att det, sedan slutet av 1980-talet, skett ett paradigmskifte kring synen på hälsa från det biomedicinska synsättet till det humanistiska. Synen har förändrats från att förebygga sjukdomar till att stärka hälsan (ibid.). Det har dock inte skett ett fullständigt paradigmskifte ännu, vilket exempelvis framkommer av Rydqvist och Winroth (2003). De menar att den kroppsliga hälsan fortfarande har en viktig roll i den medicinska vetenskapen, som de nämner vara det dominerande synsättet på hälsa idag. De ser dock inte den kroppsliga dimensionen av hälsa som tillräcklig utan ser på hälsa på ett sätt som vi ser överensstämma med det humanistiska synsättet på hälsa.

3.1.1. WHO och dess betydelse för begreppsdefinitionen

World Health Organization (WHO), som är en del av FN, har haft stor betydelse för hur man ser på hälsa i världen (World Health Organization 2007). Deras definition av hälsa formulerades 1946 och har kommit att bli den mest kända. Det är den definitionen som flertalet tar upp när de ska förhålla sig till hälsa och definiera begreppet, exempelvis Ågren (2003)⁵, Medin och Alexandersson (2000) och Pellmer och Wramner (2007)⁶.

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (World Health Organization 2006:1).

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaron av sjukdom och handikapp (Pellmer & Wramner 2007:10).

WHO:s syn på hälsa är alltså inte enbart avsaknad av sjukdom. Enligt denna definition kan man trots en medicinsk diagnos fortfarande ha en god hälsa och således även må dåligt trots att man inte har någon sjukdom (Ågren 2003). I denna tidiga definition av hälsa finns det likheter med den humanistiska helhetssyn som Medin och Alexandersson (2000) tar upp.

I WHO:s tidiga definition sågs hälsan som ett mål och den har i samband med detta kritiserats för att vara för utopisk liksom för formuleringen om ett fullständigt välbefinnande. Huruvida hälsa är ett mål eller ej har omdefinierats sedan dess (ibid.). På Ottawakonferensen 1986 framhävde man hälsa istället som en resurs och en förutsättning för en människas liv. Den sociala omgivningen har också kommit att framhåvas mer liksom vikten av att skapa stödjande miljöer för människor för att underlätta deras hälsa där de bor och lever. Att hälsa är en mänsklig

⁴ Vi är undrande över om *biologisk-statistisk* är rätt skrivet och om inte Nordenfelt menar *biologisk-statistik*?

⁵ Gunnar Ågren är generaldirektör vid Statens folkhälsoinstitut.

⁶ Kristina Pellmer och Bengt Wramner är universitetslektorer i folkhälsovetenskap vid Mälardalens högskola och har skrivit boken *Grundläggande folkhälsovetenskap*.

rättighet har också kommit att betonas allt starkare (Pellmer & Wramner 2007). Sedan Sundsvallskonferensen 1991 ser man också på hälsa som en kontinuerlig process, något som man hela tiden måste arbeta med (Medin & Alexandersson 2000).

3.2. Forskning om uppfattningar av hälsa

Våra efterforskningar för att finna studier som undersökt barn och ungdomars uppfattningar av hälsa, visar att det finns ett fåtal svenska studier kring detta⁷. Även Nilsson och Norgren (2001) bekräftar detta i en rapport från Skolverket. Det förklaras med att skolan tidigare varit inriktad på att arbeta med hälsofrågor utifrån ett riskperspektiv där man informerat om risker, exempelvis med tobak. Perspektivet i denna undervisning har varit de vuxnas, inte elevernas.

Det har gjort att vi fått vidga vårt undersökningsfält till att omfatta Norden, men även fått gå bakåt i tiden. I detta, något bredare verksamhetsfält har vi funnit en avhandling från Åbo akademi, av Lisbet Lindholm (1990). Vi har dessutom studerat Agneta Nilssons (1998) antologi *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller hälsorisk?* I denna antologi samtalar Nilsson med gymnasieungdomar om hälsa. I antologin finns även en intervju med Britt Jansson Wennergren där hon berättar om sin avhandling om svenska och grekiska barns uppfattningar av hälsa. Slutligen har vi valt att kortfattat behandla den sammanfattade bild av empirisk forskning som Medin och Alexandersson (2000) tar upp.

3.2.1. Gymnasieungdomar om hälsa

I sin avhandling i vårdvetenskap har Lisbet Lindholm (1990) undersökt vilka uppfattningar gymnasieungdomar, i åldern 16-19 år, har av hälsa. Metoden hon använder sig av är metodtriangulering där hon via tre olika faser söker svar på sina frågeställningar.

Lindholm inleder med att låta 121 ungdomar besvara ett frågeformulär för att få reda på deras uppfattningar om hälsa⁸. Lindholms resultat redovisas i övergripande beskrivningskategorier. Detta sätt att analysera materialet är hämtat från fenomenografin⁹. Lindholm kunde se en mångfald i svaren från ungdomarna. Hon har dock fått fram fyra övergripande beskrivningskategorier då ungdomar beskriver vad hälsa är:

- *Hälsa är ett tillstånd av kombinationerna friskhet, sundhet, välbefinnande och frånvaro av sjukdom.* I denna kategori kombineras flera faktorer: kroppsliga, sociala och psykiska.
- *Hälsa är en resurs.* Att se hälsa som en resurs är att se hälsa som en förutsättning för att uppnå andra mål i livet och förverkliga det man vill.
- *Hälsa är harmoni eller balans.* Här ses hälsa som något existerande mellan kropp och själ.
- *Hälsa är liv och frihet.* Exempel från den här kategorin ses i att kunna förverkliga sina drömmar, kunna göra vad man vill och njuta av livet.

⁷ Det finns dock ett stort antal studier och rapporter där man berör de enskilda delarna av hälsa, såsom fysisk aktivitet, matvanor och psykisk hälsa. Vi har valt att inte fördjupa oss i dessa studier eftersom de inte handlar om uppfattningar av hälsa.

⁸ I den inledande frågan i detta formulär nämner hon skolhälsovården, vilket sätter en ton för vilken kontext som hälsa förknippas med, något hon inte alls diskuterar, vilket kan ha påverkat ungdomarna att koppla samman hälsa med saker de förknippar med skolhälsovården.

⁹ Fenomenografin presenteras mer under metodavsnittet. Fenomenografi är en teoretisk och metodisk ansats som även vi använder oss av i vår undersökning.

Lindholm undersöker inte bara vad eleverna uppfattar vara hälsa utan även andra dimensioner av hälsan såsom hur ungdomarna vill befrämja sin egen hälsa. När elever svarar på frågor kring hur deras hälsa kan främjas nämner de framförallt motion och kost.

Lindholm genomförde i fas tre djupintervjuer med fem gymnasieungdomar för att få reda på mer hur eleverna ser på framtiden och vilka möjligheter till hälsa ungdomarna ser här. Ungdomarna menade att det behövs mer än en bra kosthållning och motion för att ha en upplevelse av hälsa. Ungdomarna instämde i att dessa delar är med och påverkar, men att det även handlar om att våga vara sig själv och ha en gemenskap. Relationerna till konkreta andra och deras tillvaro spelar in i upplevelsen av hälsa.

3.2.2. Samtal om hälsa

I *Ungdomar röster om hälsa och hälsoundervisning – några reflektioner*¹⁰ nämner Agneta Nilsson (1998a) att det är få undersökningar som gjorts kring hur elever uppfattar hälsa och vad som är viktigt för dem beträffande hälsa. Nilsson har i denna artikel samtalat med sju gymnasieungdomar kring deras syn på hälsa och vad de anser vara viktigt för att de skall må bra. Själva begreppet hälsa menar Nilsson vanligtvis förknippas med kost och motion och sundhet. Vid samtal med ungdomar är det dock deras psykiska och sociala situation eleverna pratar om beträffande vad hälsa innebär för dem. Exempel som inryms här är familjen, vänner och skolan. Vidare tar ungdomarna bland annat upp självförtroende och självkänsla, balans, relationer, kroppen, själen, intressen, att bli uppskattad och privatliv, som viktiga delar i deras hälsa och för att de skall må bra.

3.2.3. Barns teckningar om hälsa

Agneta Nilsson (1998b) har intervjuat Britt Jansson Wennergren¹¹ i artikeln, *Barns teckningar om hälsa – vad uttrycker de?* Jansson Wennergren har i sin avhandling undersökt hur 229 svenska och grekiska barn i åldrarna 7-16 år tecknar och uttrycker sig kring hälsa. I undersökningen fick barnen i uppdrag att rita och skriva vad de tänkte på då de hörde ordet hälsa. Synsätten på hälsa har efter analys delats upp i åtta olika kategorier. Nedan redovisas de kategorier som var vanligast förekommande hos barnen.

- *Hälsa beror på livsstil (C)*
- *Hälsa är en förutsättning för all annan aktivitet (F)*
- *Hälsa beror på emotionella faktorer (E)*
- *Hälsa och naturen är en symbios (D)*

Utifrån dessa kategorier kunde Jansson Wennergren se vissa skillnader mellan svenska och grekiska barn. Majoriteten av de svenska barnen befann sig under kategori C: *Hälsa beror på livsstil*, där barn förknippar hälsan med livsstilsfrågor. Inom denna kategori har underkategorier ordnats, där hälsa ses utifrån en positiv livsstil, en negativ livsstil och där hälsa ses utifrån motsatspar (bra respektive dåligt för hälsan). Hos de svenska barnen ligger grunden i att göra rätt saker, genom att agera på ett visst sätt förebygger man sjukdom och har en god hälsa. Majoriteten

¹⁰ Antologin kan inte ses som helt vetenskaplig. Vi ser den dock som en värdefull källa då den baseras på samtal med forskare och därför att den behandlar ungdomars tankar och hälsa.

¹¹ Jansson Wennergren har varit doktorand vid Göteborgs universitet. Den avhandling, som Jansson Wennergren talar om i intervjun, har vi dessvärre inte funnit. Vi ser trots det artikeln som relevant då Jansson Wennergren berör det område som vi undersökt liksom därför att vi likt Wennergren Jansson kategoriserar resultatet i beskrivningskategorier.

av de grekiska barnen relaterar däremot hälsan till naturen och det emotionella området och kategori D, E och F. Framförallt ser de naturen som viktig för individens hälsa.

Jansson Wennergren kunde se att det fanns en tydlig koppling till barnens svar i de intervjuer hon gjorde med svenskar och greker i åldrarna 17-84. Här utgick svenskar ifrån att hälsa uppnås genom ens agerande, medan greker såg till harmoni, balans och välmående.

3.2.4. Andra studier om uppfattningar av hälsa

Medin och Alexandersson (2000) refererar till flertalet empiriska studier om hur människor i västvärlden sett på hälsobegreppet. Det har visat sig att hälsa är något som människor har en uppfattning om. I studierna finns tre övergripande uppfattningar som är återkommande: hälsa som frånvaro av sjukdom, hälsa som resurs och styrka och hälsa som att vara i jämvikt, i form. Vidare poängterar Medin och Alexandersson att man i studier har sett att uppfattningar av hälsa har en stor variation och att detta kan jämföras med den stora variationen i definitioner av hälsobegreppet.

3.3. Folkhälsopolitik

Avsnittet syftar till att ge en inblick i den svenska folkhälsopolitiken och dess anknytning till skolans verksamhet. Inledningsvis ges en kort historiskt bakgrund till den svenska folkhälsopolitiken, skolans roll däri och hur synen inom hälsopolitiken förändrats under 1980-talet. Sedan följer en inblick i dagens folkhälsopolitik, via de folkhälsopolitiska mål som antogs 2002. Avslutningsvis berörs Skolverkets del i dessa mål och den nära anknytningen mellan läroplanen och de målområden som framförallt berör skolan.

3.3.1. Historia

Den svenska staten har länge haft en stor del i formandet av folkhälsoarbetet i Sverige. Detta framkommer av en doktorsavhandling i pedagogik skriven av Ulf Olsson (1997). Han har undersökt hur man i statens offentliga utredningar (SOU-dokument) har framställt hälsopedagogik från 1930-1990-talet¹². Redan tidigare, sedan 1700-talet, har staten försökt påverka hälsan hos folket i landet (ibid.). Mot bakgrund av bland annat detta, har folkhälsopolitiken kritiserats för att vara paternalistisk. Olsson finner att ett genomgående syfte för folkhälsopolitiken har varit att staten velat främja ekonomisk utveckling och skapa en stabil nation (Olsson 2001). Detta märks också tydligt i dagens samhällspolitik. I regeringens proposition från 2002, där man föreslår målområden för folkhälsan, anger man nämligen att folkhälsan ses ha "... stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa bör ingå som en viktig del i arbetet för en uthållig tillväxt, en god välfärd och ett ekologiskt hållbart Sverige" (Proposition 2002/03:35: 1).

Skolan har haft en central del i ett förebyggande folkhälsoarbete sedan 1940-talet. En bakgrund till detta finns i 30-talets ökade diskussioner om det sjunkande befolkningsantalet, vilket ledde till att man allt mer började betona familjens betydelse och vikten av att skapa god hälsa hos små barn. För att barnen skulle klara av skolarbetet bra och kunna arbeta i samhället i framtiden

¹² Han har en diskursanalytisk ingång till sina analyser, vilket färgar hans sätt att tolka dokumenten. Denna ingång är maktkritisk och "diskurser handlar om vad som kan sägas och tänkas om ett fenomen och vem som kan tala, när och med vilken auktoritet" (Olsson 1997:35). Genom att inta detta perspektiv inriktar sig Olsson på hur staten sökt disciplinera individen i sådana banor som passar statens syften - en slags paternalism.

satsade man på 40-talet på förebyggande hälsoarbete. Skolhälsovården och fria skolmältider var områden man ville satsa på för att stärka hälsan hos barnen. I skolan tänkte man sig också, via olika skolämnen, nå hemmen. De frågor som skolan fick ansvar för var sexualupplysning, eftersom föräldrarna inte ansågs klara av detta, och upplysning om kostfrågor, eftersom man ansåg att människor inte åt i enlighet med kostråden (Olsson 1997).

1980-talet var en brytpunkt i folkhälsopolitiken. I slutet av 1970-talet hade samhället drabbats av en ekonomisk kris varför sjukvården inte längre kunde få samma ekonomiska bidrag (ibid.). En annan orsak var att man allt mer insåg att sjukvården inte vara lösningen på alla problem, exempelvis AIDS-problematiken som uppstod vid denna tidpunkt (Ågren 2003). Istället fokuserade man mer på det förebyggande hälsoarbetet och därmed på människors levnadsvanor. Detta eftersom vällevnadssjukdomarna hade ökat sedan 50-talet, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Individerna sågs nu också som aktiv, inte som tidigare enbart en passiv mottagare av upplysning (Olsson 1997). Med detta finns tydliga beröringspunkter med det humanistiska synsätt som omnämns hos Medin och Alexandersson (2000). Att människan har ett fritt val betonas också liksom att samhället ser på sig själv som en underlättare för människornas val. Samtidigt finns det ändå tankar om vilka val som är de riktiga, vilket gör att folkhälsopolitiken också kan ses som normerande (Olsson 2001). Dessa synsätt i folkhälsopolitiken märks även i de 11 folkhälsopolitiska målen, som vi tar upp under kommande rubrik.

3.3.2. Sveriges folkhälsopolitiska mål

Vilka frågor som idag anses vara viktiga hälsofrågor i Sverige framkommer när man studerar dagens hälsopolitik. Här framkommer det främst hur man ska arbeta för att nå hälsa, inte vad hälsan egentligen innebär.

År 2003 antog riksdagen regeringens proposition *Mål för folkhälsan* med riktlinjer för det framtida folkhälsoarbetet i Sverige. Det finns ett övergripande mål och 11 målområden¹³. Det övergripande folkhälsopolitiska målet som ska genomsyra allt folkhälsoarbete är "... att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen" (Proposition 2002/03:35: 24). Statens folkhälsoinstituts generaldirektör Gunnar Ågren uttrycker det som så att "hälsa handlar till stor del om att människor måste känna makt över sin hälsa" (Ågren 2003:22). Jämlikhet och jämställdhet betonas och därför arbetar man för att de mest utsatta grupperna såsom låginkomsttagare, ensamstående kvinnor och invandrare ska ha det största stödet (Proposition 2002/03:35).

Målområdena är utformade utifrån de bestämningsfaktorer¹⁴ som påverkar hälsan vilket är "... de

¹³ Dessa 11 målområden ser ut som följer:

1. Delaktighet och inflytande i samhället.
2. Ekonomisk och social trygghet.
3. Trygga och goda uppväxtvillkor.
4. Ökad hälsa i arbetslivet.
5. Sunda och säkra miljöer och produkter.
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
7. Gott skydd mot smittspridning.
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.
9. Ökad fysisk aktivitet.
10. Goda matvanor och säkra livsmedel.
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande (Regeringen 2002:24).

¹⁴ Vart fjärde år ger Socialstyrelsen ut en folkhälsorapport som baseras på den aktuella forskningen och statistiken och som sedan tjänar som underlag för den kommande politiken. Den senaste gavs ut 2005.

faktorer i samhällsorganisationen och människors levnadsförhållanden som bidrar till hälsa och ohälsa” (Ågren 2003:5). De viktigaste bestämningsfaktorerna för barns hälsa uppges vara familjeförhållanden, skolförhållanden och fritidsförhållanden (Proposition 2002/03:35). Detta gör att skolan har en viktig roll och ett stort ansvar gällande barns hälsa. Målområdena rör både människors fysiska och psykiska hälsa och söker motverka sociala och ekonomiska skillnader mellan människor i samhället. Vissa av folkhälsomålen kan påverkas genom politiska beslut medan andra är sådana som den enskilda individen själv kan påverka (Ågren 2003).

Det är första gången det finns tydliga mål som ska fungera tvärssektoriellt och genomsyra alla nivåer i samhället (Proposition 2002/03:35). Ett av motiven bakom utarbetandet av målen är att folkhälsopolitiken skall få en klar plats i samhällspolitikerna och fungera som vägvisare i samhällets olika sektorer. Det har vidare skett en förskjutning gällande hur man arbetar med de folkhälsopolitiska frågorna. Idag arbetar man utifrån en helhetssyn på hälsa istället för att enbart fokusera på enskilda problem. Statens folkhälsoinstitut har ansvaret för att samordna och följa upp folkhälsoarbetet i landet (Ågren 2003).

En förebild till de svenska målen har varit en strategi för det framtida hälsoarbetet som WHO:s europearegion antog 1998, *Hälsa 21- hälsa för alla på 2000-talet* (World health organization 1998). WHO:s strategi är tänkt att fungera som en vägledning när medlemsländerna i europearegionen formulerar egna nationella mål för folkhälsoarbetet. Det anges i strategin 21 mål med det framtida hälsoarbetet. Grundtanken med målen är en jämlikare hälsa och slutmålet är att varje enskild individ har den bästa möjliga hälsan.

3.3.3. Skolans roll

Folkhälsopolitiken har en tydlig koppling till skolan, eftersom Skolverket är en av de myndigheter som fått ett ökat ansvar för att nå det övergripande folkhälsomålet. Skolverket skall på regeringens uppdrag redovisa vilka insatser de bidrar med och göra uppföljningar på hur väl dessa mål nås. I rapporten *Skolverkets insatser för att nå det övergripande folkhälsomålet* (2004) redovisas dessa insatser utifrån de av de 11 folkhälsopolitiska målen som rör Skolverket. Det tredje målområdet: *Trygga och goda uppväxtvillkor för barn och unga*, är det mål som framförallt berör dem. De berörs också av målområde 2, 8, 9, 10 och 11¹⁵. I rapporten redovisar Skolverket insatser inom berörda målområden och har riktning på de bestämningsfaktorer som finns inom nämnda målområde (Skolverket 2004). Vi kan se tydliga kopplingar mellan dessa målområden och Lpo 94. Exempel är att elever ska känna sig trygga i skolan, att skolan skall sträva efter att erbjuda daglig fysisk aktivitet och att rektorn har ett ansvar för att kunskapsområdena om exempelvis sex och samlevnad och alkohol tas upp i skolans undervisning.

Av regeringens proposition (Proposition 2002/03:35) framkommer det dock också att utbildningspolitiken har en viktig del i att även nå det första målet: *Delaktighet och inflytande i samhället*. Detta tydliggörs ytterligare i Lpo 94 där demokrati ska genomsyra hela skolans verksamhet. Aktivt elevinflytande ses som en del av ett demokratiskt arbetssätt.

Att elever också önskar att man tar upp deras perspektiv i skolan framkommer hos Nilsson (1998a). Eleverna anser att för mycket av undervisningen bygger på överföring av fakta och menar att de själva vill vara mer involverade i utformningen av hälsoundervisningen i skolan. De efterfrågar en öppnare diskussion, en dialog, där elevernas åsikter och tankar får utgöra en

(Socialstyrelsen 2005). Det är bland annat utifrån dessa rapporter som de bestämningsfaktorer som styr hälsan baseras.

¹⁵ Se under rubriken: ”Sveriges folkhälsopolitiska mål”.

utgångspunkt liksom ett innehåll som berör den psykiska hälsan.

Nilsson (1998c) har samtalat med Haglund, professor i folkhälsovetenskap, om WHO:s hälsofrämjande synsätt och dess nära samband med Lpo 94. Haglund betonar att man måste "... veta elevernas behov, attityder och kunskap" (ibid:126). Alltså är elevernas synsätt på hälsa en förutsättning för att arbeta enligt Lpo 94. Så har det inte alltid varit, utan tidigare utgick man från de professionellas perspektiv, inte de mot vilka insatserna riktades. Det sistnämnda nämns även av Nilsson och Norgren (2001) i en sammanfattande skrift om kunskapsområdet hälsa i skolans verksamhet.

3.4. Summering av bakgrunden

I bakgrunden har det visat sig att hälsa är ett mångfacetterat begrepp. Idag dominerar en helhetssyn på hälsa, där både fysiska, psykiska och sociala dimensioner berörs. Denna syn är inspirerad av WHO:s synsätt på hälsa. Helhetssynen avspeglas även i den svenska folkhälsopolitiken där det också framkommer att skolan har en viktig roll i arbetet med folkhälsomålen. Det har visat sig finnas få undersökningar som belyser elevers uppfattningar av hälsa och samtidigt kan vi se att elever efterfrågar ett ökat inflytande i undervisningen i skolan, vilket även betonas i Lpo 94. Därmed blir det viktigt att med utgångspunkt i elevernas erfarenheter få insikt i hur elever uppfattar hälsa, något som vi i denna studie avser att bidra med.

4. Metod

Inledningsvis i metoddelen presenteras fenomenografi, som är den teoretiska utgångspunkt vi använt oss av. Sedan följer en del där utformandet och genomförandet av intervjuer liksom bearbetningen av dessa behandlas. Avslutningsvis diskuteras studiens tillförlitlighet.

4. 1. Teoretisk och metodisk ansats – Fenomenografi

Gemensamt för de undersökningar om uppfattningar vi studerat och tagit upp i bakgrunden är att de olika uppfattningarna av hälsa har kategoriserats i skilda beskrivningskategorier, vilket är en del inom fenomenografin. Fenomenografin erbjuder både en teoretisk utgångspunkt och ett arbetssätt för hur man kan arbeta när man undersöker människors uppfattningar. Därför passar fenomenografin bra för att uppnå vårt syfte som är att undersöka vad hälsa är för eleverna. Inspiration och förståelse kring fenomenografi har vi hämtat från ett översiktsverk om denna metod, skrivet av didaktikforskaren och läraren Michael Uljens (1989)¹⁶.

Fenomenografin är en kvalitativ forskningsansats vars utgångspunkt är att människor uppfattar världen omkring sig på olika sätt. Man försöker utröna vilken mening människor skapar kring olika fenomen genom att studera skillnader och likheter mellan de olika uppfattningar människor ger uttryck för. Man är intresserad av uppfattningarna i sig, inte av individerna bakom dem. I vår undersökning är fenomenet *hälsa* (ibid.).

Kortfattat går den fenomenografiska undersökningen till så att: ett fenomen och några aspekter av detta väljs ut, intervjuer med ett urval av personer bandas, intervjuerna skrivs ut och avslutningsvis analyseras intervjuerna genom att skilda uppfattningar identifieras och kategoriseras i skilda, så kallade, beskrivningskategorier (ibid.).

4.1.2. Kvalitativ metod - Intervju

Att på ett djupare plan förstå och tolka är grunden inom den kvalitativa forskningen, tvärtemot den kvantitativa som mer handlar om att objektiva mäta och generalisera (Stukát 2005). I vår studie har vi valt den kvalitativa inriktningen med intervjuer eftersom vi anser den passa vårt syfte.

Vi har valt den ostrukturerade intervjuformen, där man använder sig av frågor med öppna svarsalternativ. Frågorna ställs i den ordning situationen inbjuder till. Före intervjuerna konstruerar man en intervjuguide. I guiden finns olika ämnesområden som man vill täcka in. (Trost 1997). Med denna intervjuform kan man till skillnad från enkäter och strukturerade intervjuer komma djupare in i en persons tänkande då man har en möjlighet att ställa följdfrågor kring det man undersöker (Stukát 2005).

¹⁶ Ansatsen utformades av forskare som ingick i INOM-gruppen (Inläring och Omvärldsuppfattning) vid Institutionen för pedagogik på Göteborgs universitet. Ordet fenomenografi myntades av Ference Marton 1981 i artikeln Phenomenography – describing conceptions of the world around us, s 177-200, i *Instructional Science* 10.

4.2. Utformning och genomförande

Här beskrivs hur vi gjorde urvalet, utformade en frågeguide inför intervjuerna, genomförde en pilotstudie och hur vi sedan genomförde intervjuerna. Så beskrivs även hur intervjuerna bearbetades och kategoriserades i beskrivningskategorier.

4.2.1. Urval

Vi valde att intervjua elever i år 7 för att vi sedan vår VFU hade kontakt med en skola. Det är också en åldersgrupp som vi båda kommer att möta i vår undervisning. Med tanke på att vi skulle göra intervjuer såg vi det också som en praktisk fördel att vi kände till skolan. Våra urvalskriterier var att eleverna skulle vara intresserade av att delta och dessutom lämnade in ett godkännande från föräldrarna.

Urvalet har likheter med det bekvämlighetsurval Trost (2005) beskriver. Här låter man personer som är lätta att få tag på ingå. Ett motiv till detta är att det, enligt Trost (2005), kan vara svårt att göra ett strategiskt urval när man är beroende av andra människor för sin undersökning. Vi var exempelvis både beroende av lärare, elever och föräldrar. Strategiskt urval handlar om att försöka få en spridning bland den grupp av människor man vill intervjua. Ett sådant mer strategiskt urval blev aldrig något alternativ, eftersom så få elever (endast åtta) uppfyllde de uppsatta kriterierna för att delta. Eleverna hade också enbart några dagar på sig att fundera på om de ville vara med och få en underskrift av föräldrarna.

Vi hade på förhand bestämt oss för att vi hann intervjua mellan fem till sju personer. Att få personer ingår i urvalet är typiskt för kvalitativa intervjuer, enligt Trost (2005) eftersom detta är en tidskrävande process.

Totalt genomfördes intervjuer med sju elever, á ca 15 minuter, på en skola i Göteborg. I dessa sju är även pilotstudiens två elever inkluderade. Två av de intervjuade var killar och fem var tjejer¹⁷.

4.2.2. Utformning av intervjuguide

Vi utgick från Trosts (1997) och Stukáts (2005) rekommendationer då vi formulerade frågor inför intervjuerna. När vi utformade frågorna konkretiserade vi vårt syfte genom att anpassa frågorna till elevernas verklighet. På detta sätt skapades en frågeguide, i form av en mindmap¹⁸, med ett antal huvudfrågor som vi utgick från. Den första delen i intervjun syftade till att få svar på hur eleverna uppfattade hälsa och i vilket sammanhang de placerade begreppet. Detta för att för att hälsa skulle bli ett mer konkret begrepp för eleverna. För att ytterligare komma åt elevers uppfattningar och resonemang kring hälsa ställdes frågor kring vilka hälsofrågor som var viktiga för just dem. I frågeguiden lade vi även till förslag på följdfrågor som syftade till att eleverna skulle utveckla sina svar och förklara sina tankar. Det för att vi skulle få en bättre förståelse för dem. Exempel på följdfrågor är, ”berätta mer?”, ”hur tänker du?” och ”vad innebär det?”.

4.2.3. Inledande kontakt med skolan

Kontakt togs med skolan och eleverna i två sjundeklasser informerades om vår studie. Att vi vände oss till två klasser berodde på att intresset av att delta i studien inte var så stort i den första klassen som tillfrågades. Vid dessa tillfällen delades även missivbrevet¹⁹ ut till eleverna. Både vid

¹⁷ Vi gjorde dock ingen skillnad på vem uttalandena kom från eftersom det vara uppfattningarna i sig vi avsåg att undersöka.

¹⁸ Intervjuguiden återfinns i Bilaga 1.

¹⁹ Missivbrevet återfinns i Bilaga 2.

den första presentationen för eleverna och vid intervjutillfällena med eleverna poängterade vi de fyra etiska principerna som betonas i HSFR:s Etikregler (2007). Den första principen är ett krav om att informera om studiens syfte, vad studien skall användas till och att deltagandet är frivilligt. Sedan följer en princip som innebär att föräldrarna, eftersom eleverna är under 18 år, liksom eleverna måste samtycka till deltagande. Ett tredje krav är att uppgifterna som eleverna lämnar under intervjun är konfidentiella och ett fjärde att materialet enbart används i den aktuella studien. Dessa etiska frågor byggde även vårt missivbrev på.

4.2.4. Pilotstudie

Inledningsvis genomförde vi en pilotstudie med två elever i år 7 för att testa våra frågor. Just pilotundersökning är något som Stukát (2005) rekommenderar för att få bort de dåliga frågorna och således få ett så genomförbart tillvägagångssätt som möjligt. Under pilotstudien nämnde eleverna genomgående skolan redan under den inledande delen av intervjun, vilket gjorde att det blev naturligt att återknyta till skolans verksamhet för att få reda på om de ansåg att de hälsofrågor som de ansåg vara viktiga togs upp i skolan. Vi lade därför också till frågor med anknytning till skolans verksamhet inför de kommande intervjuerna. För övrigt märkte vi annars att våra frågor fungerade bra under intervjuerna, men att vi behövde vara något tydligare då vi ställde frågor. Vi fick med oss goda erfarenheter inför de fortsatta intervjuerna. Dessutom framkom det att eleverna hade önskemål om att få fundera lite kring hälsa innan de blev intervjuade. Vi lät därför eleverna få en stund att själva reflektera. De fick ett papper där de fick skriva ner sina tankar om hur de uppfattar fenomenet hälsa och om det var några frågor som var speciellt viktiga för just dem.

4.2.5. Genomförande av intervjuer

Trost (1997) poängterar vikten av att inledningen av intervjun är avgörande för fortsättningen, i och med att man här har chansen att bygga upp ett förtroende, vilket vi hade i åtanke. För att skapa en trygg miljö för eleven genomfördes intervjuerna på elevens skola, i ett mindre ostört rum. Vi valde att båda två delta under intervjuerna. Enligt Trost finns det fördelar och nackdelar med detta. En nackdel är att elever kan känna sig underlägsna, men en fördel är att vi tillsammans i vårt samspel kan genomföra en bättre intervju och komma åt flera aspekter.

Under varje intervju var en av oss huvudintervjuare medan den andre lyssnade, antecknade och vid behov inflikade följdfrågor. Vi var också noga med att informera eleven om hur intervjuerna skulle gå till och att intervjuerna spelades in på band. Vidare upprepade vi vårt syfte med studien och de etiska principerna för eleverna. När vi informerade eleverna betonade vi att det var just deras tankar och åsikter vi var ute efter. Vi själva försökte vara så "nollställda" och neutrala under intervjuerna som möjligt, något Trost (ibid.) rekommenderar, för att inte påverka elevernas svar och detta för att få eleverna att utveckla sina tankar istället för att vi gör tolkningar av dem.

Alla intervjuer spelades in på band och transkriberades. Även om det var tidsödande att skriva ut intervjuerna ansåg vi att de positiva delarna övervägde. Detta eftersom vi i efterhand lätt kunde återgå till originalkällan.

4.2.6. Bearbetning av intervjuerna

För att eleverna skulle förbli anonyma i undersökningen bytte vi ut deras namn till bokstavs-beteckningar från A-G. Dessa använder vi också då vi citerar elevernas uppfattningar i resultatet.

När man kategoriserar i beskrivningskategorier letar man efter skilda uttalanden om det fenomen som ska undersökas och jämför sedan de olika uttalandena med varandra. När man skapar beskrivningskategorierna frikopplar man uttalandena från personerna som gjort dem, uttalandena dekontextualiseras. Beskrivningskategorierna skapas man utifrån sitt intervjumaterial och de är således inte på förhand givna. Kategorierna är huvudresultatet i den fenomenografiska forskningsprocessen. Resultatet kan också placeras i en kontext och jämföras med tidigare studier (Uljens 1989), vilket vi gjort i vår diskussion.

Vid bearbetning av resultatet finns det olika sätt att redovisa beskrivningskategorierna. Vi har valt att redovisa de beskrivningskategorier som vi funnit i vårt material utan att kategorierna rangordnas sinsemellan. Det här tydliggörs av Uljens:

Detta system innebär att de enskilda kategorierna betraktas vara jämbördiga i förhållande till varandra. Det är fråga om innehållsmässigt skilda kategorier som är lika "viktiga", "bra" eller "tunga", som befinner sig på samma nivå och som inte överlappar varandra (1989:47).

Detta gjordes också för att det är uppfattningarna i sig som är intressanta, utifrån vårt syfte. En rangordning av materialet skulle också kunna vara missvisande, då vi enbart har intervjuat sju elever.

Vi hämtade också inspiration från tidigare studier som också använt sig av fenomenografins beskrivningskategorier, exempelvis Lindholm (1990) och Jansson Wennergren (Nilsson 1998b).

Rent praktiskt gick vi till väga så att vi letade efter uttalanden som beskrev vad hälsa var för eleverna. Bearbetningen var en lång process. Vi gjorde först en mindmap per elev där vi antecknade vilka ämnen eleverna berörde. Sedan testade vi fram beskrivningskategorier genom att likheter och skillnader i elevernas svar analyserades. Beskrivningskategorier testades och flera förkastades eller omformulerades. Från början hade vi cirka tio olika kategorier, men dessa minskade till slut till fyra. Att de blev färre berodde på att det fanns så många beröringspunkter kategorierna emellan.

4.3. Tillförlitlighet

Den förståelse vi har om hälsa sedan tidigare och det faktum att vi läst mycket om olika sätt att tolka hälsa, kan ha påverkat både vårt genomförande och tolkande av resultatet. Att till trots vara medvetna om vår egen påverkan ser vi som en styrka i vårt arbete.

4.3.1. Reliabilitet

Reliabiliteten ökar studiens reproducerbarhet. God reliabilitet innebär att genomföra sin undersökning på ett så tydligt och vetenskapligt sätt man kan och minimera slumpens inflytande. Kvalitativa studier är dock inte helt reproducerbara eftersom det här exempelvis handlar om att tolka saker och därför att de därmed har en mer subjektiv karaktär än kvantitativa (Stukát 2005).

Intervjuer ansåg vi vara den metod som var bäst lämpad för att besvara vårt syfte. Kvalitativa studier är alltid subjektiva till sin karaktär. Det kan både vara en svaghet och en styrka. En svaghet var att vi kan ha påverkat respondenten, även om vi försökte vara så "nollställda" som möjligt och inte delge våra åsikter, utan enbart fokusera på hur respondenten tänkte och resonerade. En styrka var att vi kunde spinna vidare på det respondenten sa genom att ställa följdfrågor och på det sättet få en fördjupad förståelse, något som inte hade varit möjligt i en strukturerad intervju eller enkät. Andra saker som kan ha påverkat utfallet är att vi använde bandspelare (vilket kan ha gjort eleverna lite nervösa), att vi är ovana intervjuare och att vi fick byta sal en gång precis när en intervju skulle starta.

För att öka reliabiliteten låter man oberoende bedömare testa beskrivningskategorierna. Bedömarna får då reda på vilka beskrivningskategorier man funnit, men inte var man funnit dem i uttalandena, utan får själva leta efter beskrivningskategorierna i uttalandena för att se om ens resultat stämmer (Uljen 1989). För att testa reliabiliteten i vår undersökning lät vi två personer testa våra beskrivningskategorier. Vi tog bort citaten i kategorierna, och tolkningen av dessa, och lät enbart den text som beskrev kategorierna vara kvar. Våra bedömare fick ett papper där citaten var nedskrivna och ett papper där de beskrivningskategorier vi konstruerat var nedskrivna. Bedömarna hade sedan till uppgift att placera de olika citaten under den beskrivningskategori som de ansåg beskriva det enskilda citatet. Våra bedömare placerade citaten under samma kategori som vi hade placerat dem. En tyckte dock att kategorierna: *Hälsa är en upplevelse* och *Hälsa är att ingå i ett socialt samspel*, gick in något i varandra, varför vi förtydligade skillnaden dem emellan. Otydligheten låg i att citat vi använt oss av ansågs kunna ha en viss koppling till båda kategorierna. Att våra bedömare placerade citaten likadant som vi gjort anser vi vara en styrka och något som ökar reliabiliteten i vår studie. Det då texten i våra beskrivningskategorier tydligt belyses av citaten från våra respondenter.

4.3.2. Validitet

Med validitet menas att "... man mäter det som man avser att mäta..." (Stukát 2005:125). Vi anser att validiteten är god eftersom vi via intervjuerna fick svar på vårt syfte. Samtidigt kan vi inte med säkerhet veta om respondenterna svarade helt ärligt. Det finns en möjlighet att eleverna kan ha blivit påverkade av exempelvis sina föräldrar om de tillsammans diskuterat vår studie i samband med missivbrevet. Eftersom vi befann oss i skolmiljö finns också en möjlighet att vi inte riktigt kom åt alla nyanser av elevernas uppfattningar av hälsa, eftersom eleverna kan ha "skolanpassat" sina svar.

Eleverna hade svårt att svara på om det var några hälsofrågor som de saknade och önskade att man tog upp i skolan. Detta kan ha berott på att det inte varit något de reflekterat över tidigare eller att ingen hade frågat dem om detta innan. Även hos Lindholm (1990) framkommer det att ungdomarna hade svårt att svara på denna typ av frågor som berör önskemål kring förändringar och förbättringar. Självt använde hon sig av en mer lekbaserad metod och lät de ungdomar hon intervjuade skriva en fortsättning på en påhittad berättelse om en människa som kom till en hälsomottagning och behövde hjälp med något. En mer lekbaserad metod för att få eleverna att svara mer ingående på denna fråga kanske även hade varit en hjälp i vår undersökning. Lindholms avhandling kom vi dock inte i kontakt med förrän efter våra intervjuer.

Ytterligare en aspekt som kan nämnas är att eleverna kunde haft mer tid att reflektera över frågorna i förväg. Att eleverna i de fem sista intervjuerna fick en stund på sig att reflektera över vad hälsa innebar och vad som var viktigt för dem med avseende på hälsa ökade dock validiteten. För att undvika att eleverna misstolkade frågorna ställdes frågorna på olika sätt eller upprepades vid ett senare tillfälle. Detta anser vi förbättrade validiteten i vår studie, då vi kunde komma åt fler nyanser av hur eleverna uppfattade hälsa.

4.3.3. Generaliserbarhet

När man gör kvalitativa intervjuer är man inte ute efter att generalisera utan man söker istället efter att tolka och förstå (Stukát 2005), i det här fallet hur människor tänker och resonerar. Det låga antalet respondenter begränsar också en möjlighet att generalisera. Resultatet kan därför enbart sägas vara giltigt för denna studie. Även om eleverna är individer och tänker olika, ingår de dock även i en samhällelig kontext, där det finns vissa uppfattningar om hälsa som även speglas hos eleverna. I vår studie fick vi också fram flertalet uppfattningar om hälsa. Därför säger det "lilla" även något om det "stora". Resultaten kan därför också gälla för fler än de som deltog i den valda undersökningsgruppen.

5. Resultat

Intervjumaterialet har efter bearbetning resulterat i skilda beskrivningskategorier som svarar på hur eleverna uppfattar hälsa. Dessa kategorier redovisas nedan.

5.1. Uppfattningar av vad hälsa är

Det finns tydliga uppfattningar hos alla elever som intervjuades av vad hälsa är. Eleverna skiljer inte ut *vad* hälsa är från *hur* man gör för att få hälsa. Genom att eleverna berättar om hur man uppnår hälsa framkommer det också vad hälsa är. Därför avskiljdes inte *vad* och *hur* helt från varandra när vi delade upp uppfattningarna i skilda beskrivningskategorier, utan vi exemplifierar vad hälsa är genom att citera hur man enligt eleverna ska göra för att få hälsa.

Ur elevernas resonemang kring hälsa har vi kunnat urskilja olika uppfattningar. En elev kan ge uttryck för flera skilda uppfattningar varav vissa av dessa kan överensstämma med andra elevers uppfattningar. Ett tydliggörande är att en elev kan beskriva hälsa på ett sådant sätt att eleven förekommer i flera olika kategorier. Här i resultatet skiljer vi uppfattningarna från personerna och redovisar uppfattningarna såsom oberoende av personen. Uppfattningarna har delats in i fyra beskrivningskategorier: *Hälsa är att ta hand om sin kropp*, *Hälsa är en positiv upplevelse*, *Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel* och *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur*. Vi tydliggör kategorierna med belysande citat från intervjuerna. Vi har valt ut de mest belysande citaten vilket gör att citat från alla elever inte förekommer, men alla elevers uppfattningar är representerade i resultatet. Citat från vissa elever förekommer därmed oftare än citat från andra elever och citat från en elev (elev F) förekommer inte.

5.1.1. Hälsa är att ta hand om sin kropp

Hälsa är här att ta hand om sin kropp genom att försöka göra rätt saker för att få en så frisk kropp som möjligt. Även om man tar hand om sin kropp, kan sjukdom dock inte alltid undvikas. Genom aktiv påverkan kan man förbättra sin kroppsliga hälsa. Påverkan sker via kost, motion, sömn och genom att inte skada kroppen på olika sätt. Hälsa är att göra saker som är ”rätt” för kroppen och undvika det som är ”dåligt” för kroppen. En sammanfattande bild av hälsa ges av elev A, när eleven svarar på vad hälsa är.

något som är viktigt för ens kropp och så. Man måste ta hand om sin hälsa genom att äta nyttigt, inte få i sig för mycket av dåliga, typ fetter och socker och sånt (Elev A)

...det är väl också att inte vara sjuk och så, eller ah, eller att ha en frisk kropp (Elev A)

Här framhävs att det krävs ett aktivt deltagande av individen för att uppnå den kroppsliga hälsan när elev A uttrycker att ”man måste ta hand om sin hälsa”. I denna kategori betonas också den nära relationen mellan hälsa och kropp och att det finns sådant som påverkar kroppen negativt och positivt. Hur kroppen kan påverkas positivt genom att man exempelvis utövar motion och hur den påverkas negativt av att inte motionera framhävs än tydligare än i citatet ovan när elev A uttrycker att:

Man förbränner liksom fett och sånt i kroppen, när man gör det, eller när man idrottar och sånt och så när man är igång, håller igång kroppen med hjärtat och så, så att man inte sitter still och blir slö... (Elev A)

I beskrivningskategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp* går det att urskilja de olika underkategorierna: *Att göra rätt saker* och *Påverka kroppen för att inte bli sjuk*. Att dessa kategorier inte särskiljs i olika beskrivningskategorier beror på att de är så nära sammankopplade med hur hälsa uppfattas i beskrivningskategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp*. Således ligger fokus i hur man agerar för att få en frisk kropp.

Att göra rätt saker

Motsatsförhållandet mellan sådant som är ”rätt” och sådant som är ”fel” för kroppen nämns i samband med både motion, sömn och kost. Gällande kosten uttrycks det exempelvis som att få i sig den rätta kosten och att undvika den ”dåliga”:

Äta mycket grönsaker och frukt och så. Inte äta för mycket godis och sånt (Elev A)

Det är mycket liksom, dåliga ämnen i maträtter och så där ibland, som man kanske inte mår bra ifall man äter för mycket av det (Elev B)

Det kanske inte är så bra att trycka i sig hamburgare och pizza hela tiden och dricka läsk och så, det ger ju bara kort energi, sen blir man trött igen (Elev B)

Förutom den ”dåliga” maten ska man inte utsätta kroppen för annan negativ påverkan såsom rökning eller alkohol eftersom detta försämrar lungorna eller levern. Genom de ”rätta” sakerna: nyttig kost, motion och sömn, så att man är utvilad, fungerar kroppen på ett bra sätt och som den ska.

Påverka kroppen för att inte bli sjuk

Även om man gör ”de rätta sakerna” så finns det fortfarande sådant man inte i full utsträckning kan påverka – sjukdom. På detta sätt kan man säga att det finns en ambivalens i uppfattningen.

Man måste ta hand om sig själv för att inte bli sjuk. Å sen kan man ju bli det i alla fall (Elev E)

Även om sjukdom inte är något man fullständigt kan kontrollera är det viktigt att försöka göra saker som åtminstone minskar risken.

Man kan ju inte kontrollera om man inte blir sjuk liksom, men man kan ju göra grejer för att förhindra det: ta på sig tjocka kläder och sånt (Elev A)

Sammanfattningsvis uppfattas hälsa i kategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp* som en kontinuerlig process som man måste arbeta med genom att ha rutiner som främjar det som är rätt för kroppen och därmed håller den frisk.

5.1.2. Hälsa är en positiv upplevelse

Hälsa ses i denna kategori som en positiv upplevelse. I uppfattningen inkluderas upplevelsen av att *må bra*, men även upplevelsen av att *vara nöjd* och *ha roligt*. Att må bra är en sammanfattande känsla, och används lite som en synonym till ordet hälsa. Må bra ger därmed uttryck för ett positivt tillstånd.

... hälsa är att må bra...(Elev B).

Må bra sätts ofta i ett sammanhang som kopplas till *hur* man ska uppnå känslan av att må bra, eller som en Elev E uttrycker det: [hälsa är] ”hur man gör för att må bra”. Hur man ska uppnå känslan är inte fokus i denna kategori, utan fokus är enbart på den känsla som förenas med hälsa. Eleverna har svårt att definiera vad må bra innebär, men ger konkreta exempel på aktiviteter som får dem att må bra och därmed uppleva hälsa.

Jag känner mig liksom nöjd när jag gjort... man mår gott av en träning liksom (Elev C)

... man mår bra av att ha roligt och va med kompisar och sånt (Elev B)

... ifall man sover och äter ordentligt och så där, så mår man ju liksom bra sen...(Elev B)

I dessa citat framkommer det inte vad upplevelsen att må bra innebär, men det går att dra slutsatsen att det är en upplevelse av något positivt. Detta framkommer genom att må bra sammankopplas med ”roligt” och ”nöjd” i de två första citaten. I det sista citatet framkommer endast mer konkret hur man gör för att må bra, men det är enbart den positiva upplevelsen av att må bra som inkluderas i denna kategori.

5.1.3. Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel

Uppfattningen är att man erhåller hälsa när man umgås med människor man tycker om i sociala sammanhang. Hälsa skapas i ett tillfredsställande möte mellan individ och kollektiv. Betydelsen av det sociala samspelet för hälsan tas upp i uppfattningen. Uppfattningen om att det sociala samspelet med kompisar är viktigt framkommer när elev D uttrycker vad som är viktigt för dennes hälsa:

Om jag får träffa kompisar...

Att få umgås med andra människor som man tycker om leder till positiva följder eftersom man då har någon att prata och ha roligt tillsammans med:

Att få ta en paus kanske från familjen och vara med andra som man inte bor med hela tiden, kunna prata och så. /---/ Ibland är det bara skönt att få skratta också, med mina kompisar (Elev D)

Vikten av att ha kompisar för att ha hälsa framhävs av en elev när denne berättar om vad som händer om man inte har några och därmed inte ingår i ett tillfredsställande socialt samspel:

... annars kan man ju bli lite sådär ensam och tycka det är jobbigt och så där (Elev B)

5.1.4. Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur²⁰

Uppfattningen är att hälsa är ett samspel mellan människa och natur. I denna uppfattning finns en tanke om att allt hänger samman via ett kretslopp. Hälsan ses ur ett större perspektiv. Det betonas i denna uppfattning att samspelet kan påverkas av alla. Individen är beroende av naturen för att den bidrar till vår hälsa genom att förse oss med saker som vi behöver för att erhålla hälsa, exempelvis sol, äpplen och vatten.

[Solen] den gör typ så att äpplen och sånt växer och äpplen är nyttigt (Elev G)

Hälsan är beroende av ett positivt samspel med naturen, att ha tillgång till de saker som man behöver för ens överlevnad, såsom rent vatten och mat. Detta märks i ett citat där en elev nämner vad som sker då vi inte har det positiva samspelet med naturen.

Fattiga barn har inte så. Dom får ju inte rent vatten, eller asså i Afrika och sen en del av dom eller ganska många dör ju. Och sjukdomar sprids ju i smutsigt vatten (Elev G)

5.2. Sammanfattning av resultatet

Sammanfattningsvis belyser eleverna i vår undersökning att det finns olika sätt att uppfatta och beskriva vad hälsa är. Att en individ kan ha en sådan uppfattning som placerar honom eller henne i flera kategorier svarar på att hälsa är ett komplext och mångfacetterat begrepp att beskriva. Ett genomgående drag i alla kategorier var att hälsa uppfattades vara något som var positivt för människan. Det utmärkande i kategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp* är att man aktivt ska ta hand om sin kropp på olika sätt. Genom att göra det kan man undvika att bli sjuk, men inte helt. *Hälsa är en positiv upplevelse* belyser att hälsan kan ses som en känsla av att må bra, vara nöjd och ha roligt. I *Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel* är uppfattningen att hälsa erhålls i det sociala samspelet med exempelvis kompisar. Att uppfatta att: *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur* är ett sätt att sätta hälsan i ett större perspektiv där naturen inkluderas. I denna kategori sammankopplas naturen med människans hälsa, då människan ses vara beroende av naturen för att ha hälsa.

²⁰ Med natur menas allt i världen, förutom människan, exempelvis djur, växter, himmel och hav.

6. Diskussion

Här i diskussionen kommer resultatet att sättas in i en kontext genom att det relateras till teorier om hälsa, tidigare forskning om uppfattningar av hälsa liksom till den svenska folkhälsopolitiken och skolans roll däri. Vilka pedagogiska och didaktiska konsekvenser resultatet kan få i skolans undervisning diskuteras under en egen rubrik. Avslutningsvis ges förslag på vidare forskning.

6.1. Resultatet i relation till en kontext

En jämförelse mellan undersökningar kan vara svår, speciellt kvalitativa mot kvalitativa eftersom de båda är resultat av tolkningar. Detta är vi medvetna om, men kommer ändå att försöka ge en bild av vilka likheter och skillnader som vi funnit i jämförelse med den tidigare forskning som vi tog upp i vår bakgrund.

6.1.1. Biomedicinska synsätt på hälsa

Ett biomedicinskt synsätt som Medin och Alexandersson (2000) tar upp framgick tydligt i beskrivningskategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp*. Överensstämmande är att kroppen är i fokus och att hälsa är frånvaro av sjukdom. Det eftersom eleverna uttryckte att ett skäl till att påverka kroppen var genom olika hälsoförebyggande aktiviteter, såsom motion. Genom att ägna sig åt dessa aktiviteter kunde man förebygga sjukdom. Ytterligare koppling till det biomedicinska synsättet kan ses i synen på kroppen som en maskin såsom att dess enskilda delar exempelvis hjärtat och levern ska fungera på bästa sätt. I det biomedicinska synsättet ser man kroppen och dess funktioner som determinerade. Eleverna uppgav i vår undersökning att man själv kan påverka sin kropp på många sätt genom att exempelvis motionera, sova och äta, vilket gör att detta inte helt överensstämmer. Samtidigt finns det hos eleverna en uppfattning om att man inte kan påverka sin kropp fullständigt eftersom man ändå kan bli sjuk, vilket gör att kroppen och dess funktioner därmed kan tolkas vara delvis determinerade.

6.1.2. Helhetssyn på hälsa

Med den humanistiska helhetssynen och därmed även med WHO:s syn på hälsa finns det också överensstämmelser (Medin & Alexandersson 2000). Om man ser de olika uppfattningar eleverna i vår undersökning gav uttryck för, som en helhet, finns det likheter med det humanistiska synsättet på hälsa och därmed även WHO:s helhetssyn, eftersom både fysiska, psykiska och sociala dimensioner finns med i elevernas uppfattningar. Om man avskiljer uppfattningarna från varandra och ser till de enskilda beskrivningskategorierna är det dock inte någon enskild kategori som ensam överensstämmer med en humanistisk helhetssyn. I *Hälsa är att ta hand om sin kropp* återfinns den fysiska dimensionen, i *Hälsa är att ingå i ett tillfredsställande socialt samspel* den sociala och i *Hälsa är en positiv upplevelse* främst den psykiska. Enskilda elever gav dock sällan uttryck åt enbart en uppfattning, utan hälsa är flera saker, såsom det sociala (kompisar), kroppsliga (kost, motion och sömn) och psykiska (upplevelsen av att må bra). Det indikerar att eleverna kan ha haft en helhetssyn. Denna helhetssyn finns även bland Lindholms (1990) gymnasieungdomar. Detta i hennes beskrivningskategori: *Hälsa är ett tillstånd av kombinationerna friskhet, sundhet, välbefinnande och frånvaro av sjukdom*. Här finns det nämligen både fysiska, sociala

och psykiska dimensioner. Skillnaden gentemot vår undersökning är att vi placerat dimensionerna i skilda kategorier för att tydliggöra dem, eftersom de inte på ett tydligt sätt kopplades samman av eleverna själva.

En ansats inom det humanistiska synsättet som det finns likheter med i vår undersökning är den ekologiska hos Medin & Alexandersson (2000). Detta med vår kategori *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur* eftersom det i båda betonas ett nära beroendeförhållande mellan människan och miljön runt omkring. I *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur* framkom detta genom att människan är beroende av rent vatten för att inte bli sjuk och av solen för att äpplen ska växa. Även hos Jansson Wennergren (Nilsson 1998b) gav främst de grekiska barnen uttryck för en liknande uppfattning. Hur barnen relaterar hälsan till naturen framkommer dock inte helt av Nilssons artikel, mer än att människan och naturen befinner sig i ett beroendeförhållande till varandra.

Vissa uppfattningar av hälsa inom den humanistiska helhetssynen, som tas upp av Medin och Alexandersson (2000), kunde vi inte återfinna i vår undersökning. Dessa var exempelvis att se hälsa som att ha handlingsförmåga i livet, något Nordenfelt var förespråkare för. Inte heller den salutogena ansatsen som handlar om att klara av olika påfrestningar som man utsätts för i livet såsom stress, framkom i vår undersökning.

6.1.3. Fysiska, psykiska och sociala dimensioner av hälsa

Det finns knappt någon likhet mellan vår undersökning och två av Lindholms (1990) kategorier: *Hälsa är harmoni eller balans*, där hälsa ses som något existerande mellan kropp och själ, och *Hälsa är liv och frihet*, där hälsa ses som att kunna förverkliga sina drömmar, kunna göra vad man vill och njuta av livet. Till den förstnämnda kategorin kan det dock tolkas att det finns en viss koppling när elever exempelvis nämner att flera dimensioner av hälsa hänger ihop såsom att man mår bra när man sover, äter och är med kompisar, men det är inte något utmärkande drag. Med den sistnämnda kategorin finns det ingen överensstämmelse. Snarare uppfattas hälsa i vår undersökning som "ett måste". Med "ett måste" syftar vi på elevernas uppfattningar av att hälsa är något man måste ta hand om, genom att exempelvis äta rätt och motionera samt att ta hand om sig själv för att inte bli sjuk.

När Nilsson (1998a) samtalade med gymnasieungdomar kring framtida möjligheter till hälsa framkom det att ungdomarna främst nämnde psykiska och sociala aspekter, exempelvis självförtroende, själen, att bli uppskattad och relationer. I våra intervjuer framträdde även kroppens fysiska funktioner i samband med hälsa som exempelvis påverkades av motion, kost, sömn, alkohol och rökning. Den fysiska dimensionen av hälsa var väldigt tydlig i våra intervjuer eftersom eleverna här belyste denna dimension ingående via konkreta exempel. Flest exempel gav eleverna gällande kost och motion. Detta är något som även gymnasieungdomar hos Lindholm (1990) nämner då de besvarar hur de främjar sin hälsa. Likaså Nilsson (1998a) nämner att det är vanligt att man sätter hälsa i samband med kost och motion. Det är alltså inte enbart i vår undersökning som det var ett utmärkande drag, vilket tyder på att dessa delar av hälsan upptar en stor del av uppfattningarna av hälsa hos barn och ungdomar. Om några delar av hälsan får en mer framträdande plats och betonas eller inte tycks bero på i vilket sammanhang man pratar med elever. När exempelvis Lindholm (1990) intervjuar gymnasieungdomarna om deras framtida möjligheter till hälsa betonas de gemenskap och relationer, även om de också ser vikten av kost och motion.

6.1.4. Hälsa har ett samband med livsstil

Att hälsa är något som man påverkar via sin livsstil var ett tydligt drag i vår undersökning, i kategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp*, och i både folkhälsopolitik och tidigare undersökningar om ungas uppfattningar av hälsa, exempelvis Lindholm (1990) och Jansson Wennergren (Nilsson 1998b). I folkhälsopolitiken har livsstilens betydelse betonats än tydligare sedan 1980-talet, något exempelvis Olsson (1997) nämner. Eleverna i våra intervjuer är också helt samstämmiga kring livsstilens betydelse för hälsan. På detta sätt kan man se att folkhälsopolitiken också speglar sig i praktiken bland elevernas uppfattningar av hälsa. Om det beror på skolan eller om uppfattningarna genomsyrar samhället kan vi dock inte veta.

Skolförhållanden är en av de bestämningfaktorer som uppges vara viktiga för barns hälsa (Regeringen 2002). Skolan har en viktig roll i folkhälsopolitiken då skolan har ett ansvar att bidra till att det övergripande folkhälsomålet nås (Skolverket (2004)). I läroplanen är ett av målen som eleven ska ha uppnått efter genomgången grundskola "... grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsa och miljön" (Lpo 94:15). Livsstilens betydelse framhävs här tydligt och att elever har dessa uppfattningar kanske därför inte är så konstigt eftersom det ingår i skolans uppdrag att ta upp detta. Exakt hur livsstilen påverkar framhävs inte av Lpo 94, men det hade unga både i vår undersökning och i de ovan nämnda undersökningarna uppfattningar om.

Jansson Wennergren (Nilsson 1998b) kunde i sin empiriska studie finna olika synsätt på hälsa. De svenska barnen såg främst hälsa som något som hade samband med livsstil, där grunden ligger i att göra rätt saker, genom att agera på ett visst sätt. Likheten med kategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp* i vår undersökning är stor. Genom ett "rätt" agerande så förebygger man sjukdom och har en god hälsa. Eleverna nämner i vår undersökning att det är viktigt att äta nyttig kost, ägna sig åt motion och sova ordentligt. I vår undersökning belyser eleverna också vikten av de "rätta" sakerna genom att sätta dem i relation till de "dåliga". Hur det "rätta" belyses av eleverna hos Jansson Wennergren framkommer inte av Nilssons artikel. Både i vår undersökning och i Jansson Wennergrens framstår det som om livsstilen är ett individuellt projekt; det är individens agerande gentemot den egna kroppen som åsyftas, inte att livsstil är ett gemensamt projekt som sker i ett samspel mellan individer.

I vår kategori *Hälsa är ett positivt samspel mellan människa och natur* kan vi se en koppling till läroplanens mål, som vi refererat till ovan, där det finns en tydlig koppling mellan miljö och livsstil. Detta då uppfattningen i kategorin belyser det nära beroendeförhållandet mellan människa och natur för hälsan. Det finns även en överensstämmelse till Jansson Wennergrens (Nilsson 1998b) undersökning och kategorin *Hälsan och naturen i symbios* där de grekiska barnen uppfattar att hälsa och naturen står nära varandra för en upplevelse av hälsa. I dessa kategorier framkommer livsstil som ett kollektivt projekt eftersom man inkluderar sin omgivning och ser att människan är beroende av den, vilket skiljer sig från att uppfatta livsstil enbart som ett individuellt projekt.

Olsson (2001) fann att folkhälsopolitiken kan ses som normerande eftersom samhället via denna anger vilka val som är de riktiga. Att det finns val som är mer riktiga än andra, för att man ska kunna uppnå hälsa, märktes också i vår undersökning där eleverna såg det som mer "rätt" att äta nyttigt och motionera än att inte göra det och att avstå från alkohol och tobak. Mellan dessa svar och några av de målområden som skolan har ansvar för finns tydliga överensstämmelser. Vissa av de målområden som Skolverket (2004) har ansvar för märktes inte i elevernas svar. De målområden som inte speglas i elevernas svar var framförallt

målområde 2, 3 och 8²¹. Detta kan ha berott på att eleverna inte inkluderade samma saker i hälsa som görs i folkhälsopolitiken. Det kan också ha berott på att våra intervjuer inte täckte in alla dimensioner av hälsa. Det kan även ligga något i att eleverna svarar med det första de kommer att tänka på då de hör ordet hälsa och då inte inkluderar de målområden som förespråkas i folkhälsopolitiken.

6.1.5. Hälsa som resurs och process

WHO ser hälsa som en resurs i livet för att uppnå andra mål (Medin & Alexandersson 2000). Även gymnasieungdomarna hos Lindholm (1990) såg hälsa som en resurs i livet. Eleverna i vår undersökning benämnde inte hälsa själva som en resurs. Men att eleverna ändå såg hälsa som en resurs går att utläsa eftersom de nämnde att ett hälsosamt agerande skapade en känsla av att må bra, sömn var en förutsättning för att orka med hela dagen, att nyttig kost gjorde att kroppen fungerade på bästa sätt, att det ”rätta” hälsosamma agerandet gjorde att man undvek sjukdom i den mån man kunde, att rent vatten gjorde att man inte blev sjuk och att goda sociala relationer var viktiga för hälsan. Hälsa som en resurs genomsyrar därmed också alla våra beskrivningskategorier.

Det finns ytterligare en koppling till WHO. Detta i att se hälsa som en process (Medin & Alexandersson 2000). Denna uppfattning framkommer i kategorin *Hälsa är att ta hand om sin kropp* där det kontinuerliga omhändertagandet av kroppen, genom att göra ”rätt” saker för att hålla den frisk, står i fokus. Det är nämligen tydligt att det krävs en kontinuerlig återupprepning av de saker man behöver göra för att ta hand om sin kropp. Man äter exempelvis flera gånger per dag. Hälsa kan på detta sätt ses som en process och något man kontinuerligt behöver tänka på.

6.1.6. Sammanfattande kommentar

Både fysiska, psykiska och sociala dimensioner berördes i vår undersökning, men vad som betonades skiljde sig ibland åt. Det fanns både likheter med ett biomedicinskt och humanistiskt synsätt på hälsa. Vidare visade det sig finnas många likheter mellan våra resultat och tidigare undersökningar om uppfattningar av hälsa liksom med WHO:s synsätt och den svenska folkhälsopolitiken. Uppfattningarna bland våra elever var därmed inte unika. Att hälsa hade ett samband med livsstil var ett utmärkande drag liksom även att det finns vissa val i samband med hälsa som var de ”rätta” såsom att äta nyttigt och motionera. De ”rätta” valen kan också kopplas samman med den normering som den svenska folkhälsopolitiken kan tolkas stå för. Det fanns också tydliga tendenser i vår undersökning som visade att hälsa kan uppfattas både som en resurs och en process.

6.2. Pedagogiska och didaktiska konsekvenser

Genom att intervjua elever har vi försökt bidra till att sätta oss in i elevers situation och lyssna till deras uppfattningar och resonemang kring hälsa, något som betonas av Lpo 94 i en lärande verksamhet. Att lyssna på eleverna är en förutsättning för att kunna utgå från dem i undervisningen. Det är något som vår undersökning gett oss goda lärdomar i. Eleverna har

²¹ Målområde 2 innebär *Ekonomisk och social trygghet*, målområde 3 berör *Trygga och goda uppväxtvillkor* och målområde 8 innebär *Trygga och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*.

mycket att säga och klara uppfattningar kring olika frågor som de delger, om de får chansen. Samtidigt kan man aldrig undkomma att det i ett samtal mellan intervjuare och respondenter liksom mellan lärare och elever finns ett maktförhållande där intervjuaren och läraren innehar en maktposition som gör att respondenter och elever inte möts på lika villkor. Därför kan det bland annat ha lett till att eleverna gav mer "skolaktiga" svar än vad de hade gjort om de pratat med exempelvis sina vänner eller föräldrar. Det är därmed svårt att helt komma åt elevers uppfattningar.

Det har visat sig att det finns flertalet uppfattningar bland elever i 7:e klass. Vissa elever ger uttryck för flertalet uppfattningar medan andra endast ger uttryck för en. Syftet var dock inte att undersöka hur många olika uppfattningar enskilda elever gav uttryck för. Men att alla elever inte uppfattar hälsa på samma sätt får konsekvenser i den pedagogiska verksamheten. Det eftersom det kan innebära att elever får olika associationer kring hälsa och prioriterar andra frågor än lärare, och att lärare och elever därför talar förbi varandra. Om eleverna exempelvis uppfattar att hälsa handlar om saker som får en att må bra, vilket ingick i en av uppfattningarna i vår undersökning, kanske någon elev mår bra av att röka, titta på tv och äta pommes frites. Hälsa blir då genast mer komplext och en mer individuell upplevelse.

Det finns också många faktorer i elevers omgivning som påverkar vilka associationer de får såsom deras bakgrund och familjeförhållanden, genusrelaterade normer, vänner, religiös tillhörighet, sociokulturella faktorer och media. Även om vi exempelvis inte märkte någon skillnad mellan eleverna i vår undersökning med avseende på kön, innebär det inte att dessa skillnader inte finns. Att det kan finnas genusrelaterade skillnader mellan elever är något som man som lärare ska vara medveten om eftersom det är viktigt då "skolan har ett ansvar för att motverka traditionella könsmonster" (Lpo 94:10). Som lärare är det därför viktigt att lyfta fram skilda uppfattningar till ytan så att elever och lärare "sociokulturellt" kan lära sig av varandra, men även inta andra människors perspektiv och få respekt för varandras tankar och åsikter.

Om elever uppfattar hälsa på olika sätt är det också troligt att även lärare gör det. Därför är det viktigt att även lärare funderar på vilken uppfattning av hälsa som man ger uttryck åt och vilken uppfattning man har privat och sätta detta i relation till skolans styrdokument. Att vara insatt i den hälsopolitiska diskussion som finns i Sverige liksom ha kunskaper om biomedicinska och humanistiska synsätt på hälsa kan vara ett hjälpmedel för att komma åt sin egen och andras syn på hälsa, eftersom man därigenom kan få en ökad förståelse för vilka synsätt på hälsa som finns och har funnits. Då kan man också möta sina elever med en förmåga att se frågor ur olika människors perspektiv, något som även har stöd i Lpo 94.

En ytterligare intressant aspekt är att eleverna nämner hälsan i beröring till framförallt två skolämnen: idrott och hälsa och hem- och konsumentkunskap. Är det enbart dessa ämnen som bör och ska beröra hälsa? Berörs inte hälsa i andra ämnen? I vår undersökning visade det sig att eleverna relaterade hälsa till en upplevelse av att må bra, delta i sociala sammanhang, ta hand om sin kropp och som ett samspel mellan människa och natur. Dessa uppfattningar av hälsa överensstämmer med flera målområden i folkhälsopolitiken. Även i Lpo 94 betonas de områden eleverna tar upp, även om det inte görs när *hälsa* nämns. Exempelvis framhävs i Lpo 94 den sociala gemenskapen i skolan, att skolan skall erbjuda daglig fysisk aktivitet, att frågor om exempelvis alkohol ska belysas och att all undervisning ska genomsyras av ett miljöperspektiv. Frågan är då om inte hälsa berör fler ämnen än hem- och konsumentkunskap och idrott och hälsa och faktiskt är något som genomsyrar hela skolans verksamhet.

Ungdomarna som Nilsson (1998a) samtalade med efterfrågar en öppnare dialog kring hälsa

där eleverna blir involverade i undervisningens utformande. Stöd för att involvera elever mer i utformandet av undervisningen finns i Lpo 94. En fråga man kan ställa i samband med detta är om inte det första målområdet *Delaktighet och inflytande i samhället* (Regeringen 2002) borde ha mer uppmärksamhet även i de målområden som Skolverket har ansvar för, eftersom det är något som betonas i Lpo 94. Eleverna i vår undersökning kopplar inte delaktighet till något som har att göra med hälsa, vilket gör att det som lärare kan vara viktigt att både belysa och praktisera detta i skolans verksamhet ur ett hälsoperspektiv.

6.3. Vidare forskning

Vi har i vår uppsats berört ett område som är oerhört brett. Således finns det flera inriktningar man i framtiden kan välja för att undersöka hälsa relaterat till skolans verksamhet närmare. Denna undersökning har enbart handlat om elevers uppfattningar av hälsa. Vad vi finner intressant att vidare undersöka vore vilka likheter respektive skillnader det finns i elevers och lärares syn på hälsa och vilka konsekvenser dessa skillnader och likheter får eller skulle kunna få i praktiken.

Vilka uppfattningar som lärare ger uttryck för i sin undervisning och hur de tolkar styrdokumentet med avseende på hälsa är en annan riktning att ta. Läroplanen (Lpo 94) öppnar, som vi tidigare diskuterat, upp för en tolkning och det vore därför intressant att se hur lärares tolkningar av läroplanen ser ut.

När vi analyserade intervjuerna märkte vi att eleverna ofta gav uttryck åt flera uppfattningar. Vårt syfte var dock inte att undersöka hur många uppfattningar eleverna hade. Att knyta an uppfattningar till de enskilda eleverna för att se vilka uppfattningar som dominerar kan vara något för vidare forskning. Detta eftersom det kan ge en fördjupad förståelse för skillnader och likheter mellan individer, samt för att se om det finns någon dominerande syn och vad denna i sådana fall beror på.

6.4. Avslutning

Fenomenografen var ett bra hjälpmedel för att skilja ut olika uppfattningar från varandra och för att skapa beskrivningskategorier och därmed tydliggöra de åtskilda uppfattningar vi fann. Samtidigt var det en komplicerad metod att använda eftersom många uppfattningar hade nära relationer till varandra och därmed inte alltid var så lätta att skilja åt. Vikten av att låta elever prata till punkt och att inte ”lägga” ord i deras munnar är något som vi kommer att bära med oss från detta arbete. Att göra det var ibland svårt och vi lyckades inte alltid, men att intervjua elever var en god övning inför våra lärarroller.

I intervjuerna med elever i år 7 visade det sig att elever hade tydliga uppfattningar av hälsa. Hälsa visade sig också vara ett svårdefinierat begrepp eftersom olika individer innefattar olika delar då de ska beskriva vad hälsa är. Sammantaget ger eleverna uttryck för att det finns flera uppfattningar av hälsa som existerar parallellt, varmed hälsa blir ett mångfacetterat begrepp, något som även överensstämmer med tidigare studier om uppfattningar av hälsa.

De beskrivningskategorier, som vi konstruerade utifrån elevernas svar, har i flera fall likheter med tidigare undersökningar om uppfattningar av hälsa hos unga oavsett i vilken ålder eleverna som undersökts har befunnit sig i. Detta även om dessa undersökningar är upp till tjugo år gamla och exempelvis Lindholms (1990) undersökning är gjord i Finland. Detta kan

innebära att det finns och har funnits vissa uppfattningar kring hälsa som är vanligt förekommande i samhället.

Det gäller för oss blivande lärare att i enlighet med läroplanen (Lpo 94) möta eleverna där de är och låta dem vara delaktiga i hur undervisningen ska utformas. Det menar vi att vi gör på bästa sätt genom att ha kunskaper om hur eleverna uppfattar olika saker. Detta examensarbete har gett oss inblick i hur elever uppfattar hälsa, men det även givit oss tankar om att skillnader i uppfattningar kan få konsekvenser i undervisningen, speciellt eftersom det finns så många olika uppfattningar av hälsa. Så vad är egentligen hälsa för dig?

7. Referenser

- Ardbo, C. (Red). (2005). *Folkhälsorapport 2005*. (2005-111-2). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Dysthe, O. (Red.). (2003). *Dialog, samspel och lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- HSE Etikregler*. (u.å./2007). Hämtat 7 december 2007, från <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>
- Lindholm, L. (1990). *Den unga människans hälsobil: en studie över gymnasieungdomars uppfattning om hälsa*. (Avhandling i vårdvetenskap för kandidatexamen i hälsovård). Vasa: åbo akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo 94). I *Lärarens handbok*. (2005). (5:e uppl.). (s 7-22). Stockholm: Lärarförbundet.
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, A. (1998a). Ungdomar röster om hälsa och hälsoundervisning – några reflektioner. I Nilsson, A. (Red), *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller en hälsorisk?* (2:a uppl.). (s. 103-118). Stockholm: Skolverket.
- Nilsson, A. (1998b). Barns teckningar om hälsa – vad uttrycker de? I Nilsson, A. (Red), *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller en hälsorisk?* (2:a uppl.).(s. 59-70). Stockholm: Skolverket.
- Nilsson, A. (1998c). Från risktänkande till stödjande miljöer. I Nilsson, A. (Red), *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller en hälsorisk?* (2:a uppl.).(s. 119-128). Stockholm: Skolverket.
- Nilsson, A. & Norgren, O. (2001). "Det måste va' sånt som får en att fundera mera"... Om hälsoarbete i skolan – Från direktiv till perspektiv. Stockholm: Liber. Hämtad 13 december 2007 från www.skolverket.se
- Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som pedagogiskt projekt. Bilden av hälsoupplysning i statens offentliga utredningar*. (Avhandling i pedagogik för filosofie doktorsexamen vid Uppsala universitet). Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Olsson, U. (2001). Om folkhälso pedagogikens historia. I Svederberg, E. Svensson, L. & Kindeberg, T. *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. (s. 35-72). Lund: Studentlitteratur.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Regeringen. Hämtad 22 november 2007-22 från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>
- Rydqvist, L-G. & Winroth, J. (2003). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker.

- Skolverket (2004). *Skolverkets insatser för bidra till att nå det övergripande folkhälsomålet*. (Dnr. 02- 2004:2013). Stockholm: Skolverket. Hämtad 27 november 2007 från www.skolverket.se
- Stukát, S. (2005). *Att skriva examensarbete inom utbildningsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (1997) *Kvalitativa intervjuer*. (2:a rev. uppl.)Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2005) *Kvalitativa intervjuer*. (3:e rev. uppl.)Lund: Studentlitteratur.
- Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (1998). *Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Hämtad 13 december 2007 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/övrigtmtl/h21.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Hämtad 13 december 2007 från http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organisation. (2007). *About WHO*. Hämtad 13 december 2007 från <http://www.who.int/about/en/>
- Ågren, G (2003). *Den nya folkhälsopolitiken*. (2:a rev. uppl.). Hämtad 7 december 2007 från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/dennyafhpolitiken0401.pdf>

Intervjuguide

Om man ser till dig, vad känner du är viktigt beträffande hälsa?

Vilka av dessa är viktiga hälsofrågor för dig?

Något tillfälle du stött på ordet hälsa? Ge exempel.
När? Var? Vad var hälsa då?

Hur skulle du beskriva hälsa för någon annan
ex mig / någon annan som inte vet?

**Uppfattningar av
begreppet hälsa**

Finns det något mer
du tänker på när du
hör ordet hälsa?

Vad tycker du att man borde ta upp kring hälsa i skolan?
Varför är det viktigt? Tar man upp det i skolan idag?
Är det något du saknar?

Vad är det viktigaste för dig?

**Uppfattningar om vad
som är viktiga hälsofrågor**

Följdfrågor

- Berätta mer/vidare
- Kan du utveckla det
- Hur tänker du/menar du
- Vad betyder det – för dig
- Ex person. Instämmer du/håller du med?

- Vad menar du med
- Vad betyder det
- Vad innebär det

Avslut

- Är det något mer du har
att tillägga?

Till målsman för elever i år 7

2007-11-29

Hej

Vi läser till lärare vid Göteborgs universitet och håller för tillfället på med vårt examensarbete, som handlar om hur eleverna ser på hälsa.

Vi har tänkt göra en undersökning där vi vill ta reda på hur elever i år 7 uppfattar begreppet hälsa samt vad som är viktiga frågor för eleverna rörande hälsa. Detta för att vi i vår undervisning ska kunna utgå från elevernas erfarenheter och då behöver vi få insikt i hur elever tänker och resonerar kring hälsa.

För att få reda på dessa frågor kommer vi göra korta intervjuer med ett fåtal elever som är intresserade av att delta i undersökningen. Deltagandet är helt frivilligt. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan analyseras. Materialet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och elevernas namn kommer således inte att nämnas i undersökningen. Intervjuerna kommer endast att användas i detta examensarbete.

För att kunna göra intervjuer behöver vi er tillåtelse. Därför ber vi er att svara så fort som möjligt på vår förfrågan om ert barn har tillåtelse att delta i denna undersökning.

Vid eventuella frågor går det bra att kontakta oss på gusstade@student.gu.se. Vi kan även nås på telefon XXXX-XXXXXX (Annelie) eller XXXX-XXXXXX (Desirée).

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Desirée Stanne & Annelie Petersson

Godkänner

att mitt barn deltar i undersökningen.

Godkänner inte

Barnets namn

.....
Målsmans underskrift

Återlämnas senast 2007-12-03 till klassföreståndaren.