



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

---

# Hälsosamtalet i skolan; en hälsointervention att räkna med.

Gymnasieelevers självskattade hälsa vid skolor som haft och inte haft  
motiverande samtal. En enkätundersökning med elever från  
Gästrikland och Västernorrland

Stina Haglund

2017

Uppsats, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp  
Folkhälsovetenskap  
Hälsopedagogiska programmet  
Folkhälsovetenskap c:  
Teori, metod och examensarbete

Handledare: Niclas Olofsson  
Examinator: Ola Westin

---

## Abstract

Haglund, S (2017). *Hälsosamtalet i skolan; en hälsointervention att räkna med*. Bachelor thesis in Public Health Science. Department of Occupational and Public Health Science. Faculty of Health and Occupational Studies. University of Gävle, Sweden.

Theory and method of application and degree, 30 credits

The aim with this study was to compare and evaluate potential differences in self-assessed health between students where the school had worked systematically with MI and students where the school had not. To evaluate this a quantitative method through poll forms was used. 40 poll forms was sent to a school that did not use MI and compared the answers with existing poll forms from a school that used MI systematically. The results showed that boys from the school using MI had 10 times bigger chance of answering that they felt good than the boys that not have MI. The results for the girls did not indicate the same importance of the intervention. Instead the results showed that other factors, such as feeling sad, sleep quality and alcohol usage influenced their self-rated health. The conclusion from this is that the MI does have an effect on the self-assessed health for particularly boys.

keywords: Wellbeing, intervention, schoolchildren, motivating interventio (MI), student health, Public Health

## Sammanfattning

Svenska skolungdomar anser idag att skolan är en bidragande orsak till att de mår dåligt då den bl. a. skapar både ångest och stress. Följderna av att stressen har ökat i skolorna har blivit att den psykosomatiska stressen också har ökat under åren. Skolan är en viktig miljö för det hälsofrämjande arbetet och där spelar både lärarna och elevhälsan en viktig roll för elevernas hälsa och välbefinnande.

Syftet med denna studie är att, jämföra och utvärdera eventuella skillnader i självskattad hälsa hos eleverna i gymnasieskolor där elevhälsan arbetat systematiskt med MI och hälsosamtal med elever på en gymnasieskola där elevhälsan inte arbetat med MI under hälsosamtalet. För att undersöka detta användes en kvantitativ metod i form utav enkäter. Författaren till denna studie skickade ut 40 enkäter till den skola som inte använt sig utav MI under hälsosamtalet och jämförde sedan med befintliga enkäter från den skola som jobbat systematiskt med MI under hälsosamtalet. Utifrån resultatet kunde vi se att de killar som fått den systematiska MI interventionen har 10 gånger så höga odds att svara att de mår bra jämfört med de killar som inte fått samma typ av intervention. Däremot var det inte riktigt lika resultat för tjejerna. Där visade resultatet istället att det som hade en större påverkan på deras självskattade hälsa var orsaker som psykisk ohälsa (att de svarade att de var ledsen eller nedstämd), sov dåligt och/eller konsumerat alkohol.

Slutsatsen som dras från denna studie är att hälsointerventionen verkar ha större betydelse för killarnas självskattade hälsa än för tjejernas, men att samtliga som har fått interventionen har en bättre självskattade hälsa än de som inte fått det. Det är dock svårt att av göra om det enbart är interventionen som ligger till grund för detta eller om det är andra faktorer som också påverkar.

Nyckelord; Självskattad hälsa, intervention, skolungdomar, Motiverande samtal (MI), elevhälsa, folkhälsa

## Innehåll

Bakgrund .....	1
Definition på hälsa.....	1
Psykisk ohälsa .....	1
Hälsointerventioner .....	3
Motiverande samtal (MI).....	3
Hälsointerventionen i Västernorrland.....	4
Skolan i Gästrikland .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte.....	6
Frågeställningar .....	6
Metod.....	6
Design .....	6
Urvalsmetod/Undersökningsgrupp.....	7
Datainsamling & frågeinstrument .....	7
Genomförande .....	8
Dataanalys .....	8
Etiska överväganden.....	8
Resultat .....	9
Diskussion .....	12
Resultatdiskussion .....	12
Metoddiskussion.....	14
Framtida forskning .....	16
Slutsats.....	16
Referenser.....	17
Bilaga 1. Enkäterna	
Bilaga 2. Missivbrev	

## Bakgrund

### Definition på hälsa

Hälsa kan definieras på olika sätt beroende på vem man frågar, Världshälsoorganisationen, WHO har sedan 1948 definierat så här; *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* (WHO, 2017)

Med det menar dem att hälsa är så mycket mera än att bara ha en fysiskt fungerande kropp, hälsa innefattar både det psykiska, sociala och fysiska välbefinnandet. För att en individ ska må bra är det många olika och viktiga beståndsdelar som ska finnas, tillfredsställas och fungera, dessa kallas hälsans bestämningsfaktorer (Folkhälsomyndigheten, 2016a). Hälsans bestämningsfaktorer är olika faktorer som samspelar och påverkar varandra. De brukar presenteras som i en solfjäder där den innersta halvcirkeln är sådana faktorer som vi inte kan påverka som exempelvis ålder, kön och arv. Nästa halvcirkel är däremot faktorer som varje individ själv kan påverka genom val som kan avgöra om det ska leda till ohälsa eller hälsa. Dessa val innefattar individens levnadsvanor, livsvillkor, sociala nätverk och omgivningsfaktorer. Den halvcirkel som är längst ut är sådana faktorer som är svåra att påverka för individen som exempelvis miljö, politiska beslut och samhällsekonomiska strategier men som ändå har en inverkan på individens hälsa (ibid).

### Psykisk ohälsa

Benämningen psykisk ohälsa kan innefatta både allvarliga psykiska symtom som exempelvis självska debeteende och ångest eller mindre allvarliga problem som nedstämdhet och oro (Folkhälsomyndigheten, 2016b). De mindre allvarliga besvären som innefattar oro och nedstämdhet kan uppkomma då individen blir utsatt för normala påfrestningar i vardagen och är ofta övergående (Bremberg & Dalman, 2015). När det handlar om allvarliga symtom, även kallade psykiatriska tillstånd, så bör de tas på fullaste allvar då dessa kan leda till exempelvis självska debeteenden, beteendestörningar och ätstörningar (ibid).

Dagdalen (2014) visar i en studie att i dagens samhälle är det många skolungdomar som mår dåligt, både psykiskt och fysiskt. Studieresultaten bygger på djupintervjuer och enkäter och visade att svenska skolungdomar anser att skolan är en bidragande orsak till att de mår dåligt då den bl. a. skapar både ångest och stress. Studien visade även att de ungdomar som mår dåligt i skolan väljer att i första hand vända sig till vänner för stöd (ibid). Folkhälsomyndigheten (2016b) har också publicerat studier som visade att stressen i skolan har ökat hos eleverna och följderna av detta är att psykosomatiska besvär har ökat under åren. Då skolan är en viktig miljö för det hälsofrämjande arbetet har lärarna en viktig roll i arbetet för elevernas hälsa och välbefinnande (Bowers, Manion, Papadopoulos & Gauvreau, 2013). I en liknande studie från England av Shepherd et. al (2013) gjordes en undersökning för att se hur hälsa och välbefinnande upplevs och hur väl hälsa och välbefinnande finns schemalagt i de olika kurserna i

skolan. Enkäter skickades ut online till 220 stycken olika kursledare, men det gjordes också intervjuer med 19 stycken kurschefer. Sammanfattningsvis visade resultaten att undervisning i hälsa och välbefinnande finns på schemat på de flesta skolor och i de flesta klasser, och att det påverkar elevernas hälsa och välbefinnande positivt.

Den fysiska hälsan är ett problem för många, Livsmedelsverket (2016) rapporterade att övervikt och fetma är ett av våra allvarligaste folkhälsoproblem, och att vart femte barn idag är överviktiga eller lider utav fetma. Lanza, Huang & David (2015), genomförde en prospektiv studie i USA (National Longitudinal Study of Youth (NLSY79)), där de följde 5066 barns vikt från 1986 till 2010 (åldrarna 6-18 år). Förutom barnens och ungdomarnas viktkurvor, fick forskarna även information av skolorna angående avhopp från skolan. Sedan har de kunnat jämföra viktkurvorna med avhopp från skolan. Barnen och ungdomarna som led av fetma eller övervikt i de tidiga tonåren hade högre sannolikhet att hoppa av gymnasiet än de som inte led av fetma eller övervikt.

Tidigare studier pekar på ungdomars ohälsa, men det behövs mer forskning om ungdomars självskattade hälsa, både i och utanför skolan. Många ungdomar idag har svårt att beskriva vad psykisk hälsa är (Singletarya et al. 2014). 218st 13-åringar i Storbritannien deltog i en workshop om sunda kostvanor, fysisk aktivitet och mental hälsa i syfte att ungdomarna skulle få en förståelse och uppfattning om psykisk hälsa och dess betydelse för ett bra välbefinnande (ibid). Ungdomarnas förståelse och uppfattningar bedömdes genom anonyma enkäter i början och slutet av workshopen. Gemensamma teman likställdes och skillnader före och efter workshopen mellan tjejer och killar analyserades. Den här typen av studier som Singletarya et al. (2014) genomfört visar hur ungdomar ser på hälsa i allmänhet samt psykisk och fysisk hälsa, detta kan vara användbart för framtida insatser. Resultaten visade att ungdomarna ser på god eller bra som en god eller bra fysisk hälsa och bara en liten del av ungdomarna ansåg att den mentala eller psykisk hälsan ingick i deras upplevda eller självskattade hälsa. Enligt Singletarya et al. (2014) så kan elevernas förståelse för psykisk hälsa och den självskattade hälsan förbättras genom korta kombinerade hälsoinsatser.

Då ungdomarna är samhällets framtid är det viktigt med förebyggande insatser mot psykisk ohälsa (Ravenna & Cleaver, 2016). Skolan är en plats som är viktig för ungdomarna och det är därför betydelsefullt att stödja och sätta in insatser tidigt i skolan för att stärka elevernas hälsa (ibid). Då det är skolsköterskan och elevhälsan som arbetar med elevernas hälsa har de en viktig roll i skolan att stötta ungdomarna så att de klarar av att undvika/stå emot till exempelvis psykisk ohälsa. I en review artikel av Ravenna & Cleaver (2016) visade forskarna bl.a. att det finns begränsad forskning om skolsköterskor och deras arbete med elever som lider av psykisk ohälsa. Detta framkom genom att forskarna studerade och analyserade 15 olika studier om skolsköterskors arbete och deras stöttning av ungdomar med psykisk ohälsa. Skolan har en betydelsefull roll i barn och ungdomars uppväxt och det är därför viktigt med insatser för att främja hälsan och förebygga ohälsa i skolorna. Studier som undersöker hur skolorna på bästa sätt kan arbeta för att främja hälsan hos barn och ungdomar är därför nödvändigt.

## Hälsointerventioner

Insatser i skolorna för att främja hälsan hos eleverna är viktigt då de enligt Power et al. (2011) spenderar mer tid i skolan än någon annanstans under skolåret. Insatser i många länder runt om i världen har gjorts där de satsat på olika hälsointerventioner i skolorna för att främja hälsan hos eleverna. En av hälsointerventionerna gjordes i USA där ett stadsskolområde, ett lokalt universitet och en enhet som arbetade som ett offentligt hälsovårdsorgan i samhället tillsammans gick ihop i ett multisystempartnerskap för att jobba med att främja barnens hälsa (Powers et al., 2013). Deras mål var att utbilda speciella individer på grundskolorna för att de lättare skulle kunna se tecken på vilka elever som var i behov av extra hjälp på grund av psykiska problem eller hälsoproblem. När pilotprojektet varit igång i nio månader togs beslutet att utöka och införa hälsointerventionen i sju nya grundskolor till efterföljande läsår. Under första året märktes positiva beteendeförändringar, både psykiskt och akademiskt, hos de elever som identifierats ha behov och stöd (ibid).

I Australien har en annan hälsointervention gjorts för att minska skolungdomarnas användning av cannabis och alkohol (Newton, Conrod, Rodriguez & Teesson, 2014). Då denna hälsointervention var lyckad gjordes även en pilotstudie i Storbritannien för att se ifall intervention skulle kunna vara användbar där också. Både lärare och ungdomar på två gymnasieskolor i Sydöstra London deltog i pilotstudien. Interventionen innehöll 12 lektioner, där lärarna fått en handbok om vad lektionerna skulle innehålla, fördelat över skolåret. Resultatet av pilotstudien visade på att hälsointerventionen fick positivt bemötande av både lärare och elever. Hela 85 % av studenterna som ingick i studien kommenterade att informationen om cannabis, alkohol och hur man slutar var lättförstådd och 80 % rapporterade att det var ett lättförståeligt program.

## Motiverande samtal (MI)

MI är ett redskap som har visat sig varit gynnsamt i tidigare interventioner, som exempelvis i Tucker, D'Amico, Ewing, Miles & Pedersen (2017) studie där hälsointerventioner med MI gav positiva resultat på unga vuxnas hälsa. Studien gick ut på att ge en grupp hemlösa unga vuxna drop-in tjänster med motiverande samtal för att få dem att minska sin alkohol förbrukning, drogmissbruk och förändra deras sexuella riskbeteende. Studien hade en interventionsgrupp som fick MI samtal och en grupp som inte fick det. Den grupp som hade fått MI hade minskat sitt intag av både alkohol och droger samt ökat användningen av kondom jämfört med de ungdomar som inte fått MI.

Motiverande samtal (MI) bygger på att motivera människor till olika livsstilsförändringar inom områden som exempelvis droger, fetma, sömn och skolarbeten (Rising Holmström, 2013). Den person som för samtalet, samtalsledaren, har i uppgift att ge den andra individen en tro på sin egen kraft och förmåga att förändras. Samtalsledaren som håller i MI samtalet ska lyssna, ställa öppna frågor och guida individen för att få hen att själv fundera, och se saker och ting ur olika perspektiv.

På detta sätt ska individen få hjälp av sin egen berättelse att få upp ögonen för att se olika alternativ som i slutändan kan leda till att individen blir beredd att göra en förändring (Folkhälsomyndigheten, u.å). Tanken med MI är inte att samtalsledaren ska berätta vad individen ska eller inte ska göra, samtalsledaren ska inte heller döma personen utifrån sin livssituation utan istället genom öppna frågor, bekräftelse och uppmuntran få individen att hitta sina egna lösningar och/eller öka motivationen till att göra en förändring (Rising Holmström, 2013).

Då barn har svårare att hålla koncentrationen på topp under långa perioder är MI ett bra redskap att använda, eftersom tekniken bygger på korta möten, ungefär 20 minuter åt gången (Rising Holmström, 2013). Samtalsledaren har också som uppgift att visa individen att hen är hörd och sedd och på så vis skapa en trygghet som gör att individen vågar prata och reflektera över sina egna val och handlingar (ibid).

### Hälsointerventionen i Västernorrland

Den hälsointervention som gjordes i Västernorrland erbjöd skolsköterskorna i elevhälsan hälsosamtal till barnen när de gick i förskolan, och sedan igen när de gick i årskurs 4, 7 och det sista samtalet när det gick i årskurs 1 på gymnasiet (Landstinget Västernorrland, 2017). En enkät med frågor har tagits fram för att användas som underlag under hälsosamtalen. Eleven får svara på hälsoenkäten med frågor som rör bl.a. psykiskt och fysiskt välmående, sömn, mat, mobbing mm innan besöket, enkäten gås sedan igenom under hälsosamtalsbesöket. Frågeformulärets frågor har varje tillfälle de ges samma innehåll, men de formuleras olika och antalet frågor varierar beroende på individens ålder. Detta för att göra arbetet enklare att följa hälsoutvecklingen hos varje individ över tid och göra det möjligt för kommuner och landsting att använda resultatet som underlag för förebyggande insatser (ibid).

Hälsoenkäten och dess framarbetade frågor används vid hälsosamtalet och är ett hjälpmedel för skolsköterskan vid samtalet med eleven. Hälsosamtalet grundar sig på MI tekniken och är ett bra hjälpmedel för skolsköterskorna att använda sig av (Folkhälsomyndigheten, 2017). MI tekniken under hälsosamtalet hjälper ungdomarna att få upp ögonen för hälsosamma livsstilar och göra de medvetna och positiva i att göra val som gynnar hälsan. Men det är även en bra teknik då den som tidigare nämnts bygger på korta motivationsinriktade möten som är väl anpassade att använda med barn och ungdomar då barn kan ha svårt att koncentrera sig långa stunder (Rising Holmström, 2013). Sedan 2007 har alla skolsköterskor i Västernorrland erbjudits att under 3 dagar vara med i en MI-utbildning. På detta sätt ska skolsköterskorna få kunskap och utbildning i MI. Men de får även en möjlighet att utbyta erfarenheter och träffa andra skolsköterskor från andra skolor (ibid).

Hälsosamtalet mellan elev och skolsköterska brukar ske i samband med skolstarten. Besöket är ett utmärkt tillfälle för eleven att få ett ansikte och en personlig kontakt med skolsköterskan som kan underlätta om framtida behov av hjälp och/eller stöd uppkommer. Det är även bra för att skolsköterskan tidigt kan uppmärksamma de elever



som behöver extra insatser och stöd. När alla hälsosamtalen är klara sammanställer och analyserar skolsköterskan underlaget för att sedan återkoppla hälsoläget i skolan och enskilda klasser till berörda aktörer som exempelvis elevhälsan, lärare, pedagoger och rektorer.

### Skolan i Gästrikland

Även gymnasieskolorna i Gästrikland erbjuder eleverna ett hälsobesök när de börjar årskurs 1. Skolsköterskorna besöker de olika klasserna för att presentera sig och låter eleverna fylla i en hälsoenkät på internet. Enkäten som eleverna får fylla i är ett köpt koncept som skolsköterskorna använder sig utav vid namn JOLIV (JOLIV, u.å.). Detta webbaserade enkätverktyg innehåller frågor som berör sex – preventivmedel, mobbing, stress, sömn, alkohol och psykiskt och fysiskt mående. Den besvarade enkäten läses igenom av skolsköterskan innan eleven kommer på besöket.

Skolsköterskorna på dessa skolor har själva gjort en del hälsoinsatser för att främja hälsan på skolan. De har exempelvis varje termin teamträffar tillsammans med kuratorerna där de går igenom närvaro, stress och klimatet i klasserna som de sedan återkopplar till klasserna och mentorerna.

Den största skillnaden mellan skolorna i Gästrikland och Västernorrland är att den hälsointervention som gjorts/görs i Västernorrland arbetar och erbjuder hälsobesök till eleverna från när de går i förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 och sedan årskurs 1 på gymnasiet. På detta vis kan skolsköterskorna följa eleverna under hela skoltiden och får en personlig kontakt med de elever som behöver extra hjälp och stöd. Skolsköterskorna i Västernorrland har även utbildning och kunskap i metoden MI som de använder under sina hälsosamtal med eleverna.

Tabell 1. En övergripande sammanfattning av skillnaderna mellan skolorna i Gästrikland och Västernorrland.

	Gästrikland	Västernorrland
Hur många gånger genomförs hälsosamtalsintervention	Gymnasiet årskurs 3	Förskoleklass, årskurs 4, årskurs 7 samt gymnasiet årskurs 1
Innehåll i hälsosamtalsinterventionen	Enkät, Hälsosamtal <u>utan</u> motiverande samtal	Enkät, Hälsosamtal <u>med</u> motiverande samtal
Utbildning i motiverande samtalsmetodik	Inte aktuellt	Årlig regelbundenhet
Vem sköter systemet för inmatning	Entreprenad	Kommun/Landsting

## Problemformulering

Skolan har en betydelsefull roll i barn och ungdomars uppväxt och det är därför viktigt med insatser för att främja hälsan och förebygga ohälsa i skolorna. Men studier har visat att de ungdomar som mår dåligt i skolan väljer att i första hand vända sig till vänner för stöd. Vad är det då skolorna behöver göra och fokusera på för att främja och stödja hälsan hos eleverna? Studier har visat att förståelsen för hälsa kan förbättras genom korta kombinerade hälsoinsatser och därför behövs mer studier där man undersöker hur skolorna på bästa sätt kan arbeta för att främja hälsan hos våra ungdomar.

Denna studie kommer att jämföra elevers självskattade hälsa på en gymnasieskola i Gästrikland som inte arbetat systematiskt med MI och hälsosamtal med skolor i Västernorrland som under en längre tid har jobbat systematiskt med MI för att se om hälsosamtal med MI eventuellt ger skillnader i elevernas självskattade hälsa.

## Syfte

Syftet med denna studie är att, jämföra och utvärdera eventuella skillnader i självskattad hälsa hos eleverna i gymnasieskolor där skolsköterskor inom elevhälsan arbetat systematiskt med MI och hälsosamtal med elever på en gymnasieskola där skolsköterskorna inom elevhälsan inte arbetat med MI under hälsosamtalet.

## Frågeställningar

Hur är elevernas självskattade hälsa?

Är det skillnad på tjejer och killars självskattade hälsa?

Är det skillnad för elevernas självskattade hälsa om skolan systematiskt arbetar med motiverande samtal (MI) & hälsosamtal?

## Metod

### Design

Den här studien är en enkätbaserad interventionsstudie med tvärsnittdesign.

Interventionen är ett MI baserat hälsosamtal. Studien kommer att undersöka om interventionen i Västernorrland har gjort att eleverna skattar sin hälsa bättre än eleverna i Gästrikland. Enkäterna samlas in vid ett tillfälle och det är ett bra alternativ att använda sig av enkäter för att få uppriktiga och ärliga svar eftersom de som svarar kan vara anonyma (Olsson & Sörensen, 2011). Enligt Olsson & Sörensen (2011) är det dock väldigt tidskrävande att arbeta fram ett bra frågeformulär, men då denna studie använde sig av samma hälsoenkät som skolan i Västernorrland för att kunna jämföra skillnaderna i självskattad hälsa hos eleverna sparades denna tid in. Den data som samlades in var numerisk och analyserades med hjälp av SPSS.

## Urvalsmetod/Undersökningsgrupp

I Västernorrland utför skolsköterskorna varje läsår ett hälsosamtal med ungefär 8000 elever där bl.a elever från årskurs 1 på gymnasiet ingår (Gidlund & Wiklund, 2016). Dessa gymnasieelever kommer att matchas 1:15 med gymnasieelever från Gästrikland som svarat på samma enkät. Sammanlagt kommer 610 svar, tjejer 261 och killar 349 från Västernorrland att matchas med 40 svar, tjejer 17 och killar 23 från Gästrikland. Konkret användes en enkät från skolan i Gästrikland som grund. Sen drogs slumpmässigt 15 matchade (samma kön o teoretiskt program) enkäter från elevunderlaget i Västernorrland (alla elever i gymnasiet under skolåret 2014/2015) till alla 40 enkäterna från Gästrikland var täckta.

Eftersom materialet som skulle samlas in i Gästrikland skulle jämföras med gymnasieelever i Västernorrland behövdes först en gymnasieskola i Gästrikland. Ett bekvämlighetsurval användes. Flera mejl skickades ut till olika gymnasieskolor i Gästrikland och där första skola som visade intresse för studien blev vald. Studien kommer att ställa svaren från elever i årskurs 1 på den skola som jobbat med MI & hälsosamtal mot elever i årskurs 3 i den skola som inte jobbar systematiskt med MI. Valet att matcha eleverna i årskurs 1 mot eleverna i årskurs 3 var ett val som gjordes då forskaren hade begränsat med tid till studien. Att då välja individer som är över 18 år gör att forskaren inte behövde ta hänsyn till föräldrars godkännande. Material från liknande program, i detta fall teoretiska program, från både skolan i Gästrikland och Västernorrland valdes för att få så jämförbart material som möjligt. Därför lämnades enkäter i Gästrikland ut till två klasser från årskurs 3 på skolans teoretiska program. De 40 elever, som var i skolan den dagen svarade på enkäten och de elever som inte var närvarande den dagen räknas som bortfall.

## Datainsamling & frågeinstrument

I studien användes enkäter för att få reda på hur gymnasieeleverna mår (För att se alla frågor i enkäten hänvisas läsaren till bifogad bilaga.). Material från båda skolornas elevhälsa samlades in för att ta reda på hur de arbetar för att förebygga och främja god hälsa hos eleverna. Enkäterna som eleverna svarade på innehåller frågeområden som sömn, deras självuppskattade hälsa, alkohol mängd, upplevd stress och om de känt sig ledsna och nedstämda inom de senaste tre månaderna.

För att få ett mer lättolkat resultat gjordes de fem svarsalternativen (mycket dåligt, dåligt, varken bra eller dåligt, bra och mycket bra) om till endast två, bra och dåligt. Svarsalternativen mycket dåligt, dåligt och varken bra eller dåligt hamnade under kategorin dåligt och svarsalternativen bra och mycket bra hamnade under kategorin bra. Motiveringen till att svarsalternativet varken bra eller dåligt hamnade under dåligt kategorin är att kan en individ inte svara direkt att hen mår bra är det förmodligen inte helt bra. Samma sak gjordes med de andra frågorna som innehöll många svarsalternativ som exempelvis aldrig, sällan, ibland, ofta och alltid. Dessa gjordes om till kategorierna aldrig och alltid där aldrig, sällan och ibland gick under kategorin aldrig. Ofta och alltid gick under kategorin alltid. Frågan om eleven kände sig stressad gjordes även där

svarsalternativen om där aldrig, sällan och ibland gick under kategorin, ej stressad och svarsalternativen ofta och alltid gick under kategorin stressad. Den sista frågan där svarsalternativen gjordes om var frågan om eleverna känt sig ledsen eller nedstämd under de senaste 3 månaderna. Där gick svarsalternativen aldrig, sällan och ibland under kategorin ledsen och svarsalternativen ofta och alltid gick under kategorin ej ledsen.

## Genomförande

Författaren skickade ut mejl till alla gymnasieskolor i Gästrikland om en förfrågan om att vara med i studien. Första skola som svarade ja till att vara med i studien valdes. Efter svar från rektorn på den valda skolan bestämdes en utsatt tid för forskaren att besöka skolan. Forskaren fick 15 minuter till förfogande i två olika klasser i början av lektionen där enkäterna lämnades ut och samlades in på plats när enkäterna var ifyllda.

## Dataanalys

Materialet lades sedan in i SPSS för att bearbetas och analyseras. Deskriptiv statistik användes först för att sammanställa materialet från gymnasieskolan i Gästrikland och från gymnasieskolorna i Västernorrland. Materialen analyserades med hjälp av en frekvenstabell där antalet elever och andelen (%) elevers svar på en särskilda frågor redovisades (Bryman, 2008). Därefter gjordes en logistik regression (Eijlertsson, 2003) för att materialet från Gästrikland skulle jämföras med materialet från Västernorrland för att på så vis kunna se om den skola som jobbat systematiskt med MI och hälsosamtal hade elever som svarade i högre omfattning att det hade en bra självskattad hälsa. Som beroende variabel har den logistiska regressionen en dikotom variabel, d.v.s. en variabel med två möjliga utfall. I denna studie är utfallet respondentens självskattade hälsa mår dåligt/mår bra. Även de förklarande variablerna är ofta dikotoma t.ex. stressad/inte stressad, men behöver inte vara det. Resultatet av en logistisk regression blir ett antal oddskvoter, av vilka framgår varje enskild oberoende variabels förklaringsvärde uttryckt som en oddskvot. I denna studie ska oddskvoten tolkas som oddset för ett positivt självskattat hälsoutfall bland de svarande i hälsosamtalsgruppen med MI i förhållande till oddset för ett positivt självskattat hälsoutfall bland de svarande i bara hälsosamtalsgruppen. Kvoten mellan dessa odds är oddskvoten och benämns OR (Eijlertsson, 2003).

## Etiska överväganden

I denna studie kommer framförallt Helsingforsdeklarationen och de fyra huvudkraven, informationskravet, nyttjandekravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet att beaktas (vetenskapsrådet, 2011). Informationskravet innebär att informera deltagarna som är med i undersökningen om att det är frivilligt att medverka och att de kan avbryta precis när dem vill. Detta informerades deltagarna om i form av ett missivbrev som delas ut i samband med enkäterna. Konfidentialitetskravet kommer att uppfyllas då information i missivet ges om att känslig information kommer att koda om och att alla medverkande elever kommer att vara anonyma. Den information som samlas in kommer endast att hanteras utav forskaren och dess handledare, oberoende personer kommer inte att ha tillgång till insamlat material. Nyttjandekravet, som innebär att

information ges om studiens syfte och att insamlad information endast kommer att nyttjas i detta forskningsändamål, kommer att nämnas i missivet. Samtyckeskravet räknas som uppfyllt av deltagarna då forskaren får ifyllda enkäter tillbaka (ibid).

I Västernorrland är det ett aktivt skriftligt samtycke av vårdnadshavare för att delta i hälsosamtal och lagra data från hälsosamtalen. Det innebär att elev och vårdnadshavare får läsa igenom och godkänna förutsättningarna för deltagande och vidare användning av materialet. Nyttjandekrav, samtyckeskravet och informationskravet är därmed uppfyllt. De lagrade uppgifterna får bara redovisas på gruppnivå. Elevhälsan och skolsköterskorna redovisar på individnivå. Alla information som kan hänföras till individ lämnar inte elevhälsan och skolsköterskans rum. När data lagras för vidare användning och redovisning är underlaget avidentifierat och inte möjligt att bakåtidentifiera till individ. För att underlaget från hälsosamtalen i Västernorrland ska kunna användas till verksamhetsuppföljning och forskning finns den informationen att ta ställning till när elev och vårdnadshavare får informationen att ta ställning till och skriva under.

## Resultat

Under detta stycke kommer sammanställningen och analys av eventuella skillnader i självskattad hälsa hos eleverna redovisas. Underlaget från skolor som arbetat systematiskt med MI och hälsosamtal jämförs med den skola som har genomfört hälsosamtal utan MI. Resultaten kommer att sammanställas och presenteras utifrån de utskickade enkäterna. Resultatet kommer att presenteras i tabellform. Alla 40 enkäter som skickades ut har besvarats. Endast en fråga ("Trivs du i skolan?") har en individ inte svarat på.

Resultatet som redovisas i tabell 2 visar att andelen flickor som svarade att de mår bra var 76 % från skolan som fått hälsointerventionen och 47 % på den skola som inte fått hälsointerventionen medan det var 90 % av pojkarna från skolan som fått hälsointerventionen som svarade att de mår bra, jämfört med 56 % av killarna från skolan som inte fått hälsointerventionen som svarade att de mår bra. Tabell 2 visar också att 12 % av tjejerna från den skola som inte fått hälsointerventionen kände sig stressade medan det var 53 % av killarna från samma skola som kände sig stressade. I skolorna som fått en hälsointervention var det 36 % av tjejerna och 15 % av killarna som kände sig stressade.

Resultatet visar även att 82 % av tjejerna från skolan som inte fått hälsointerventionen svarade att de under de senaste 3 månaderna känt sig ledsna och nedstämda. Jämförelsevis var det endast 49 % av tjejerna från skolan som fått hälsointerventionen som svarat att de känt sig ledsna och nedstämda.

Tabell 2. En beskrivning av den självskattade hälsan och upplevelsen av skolmiljön hos elever som fått hälsointerventionen och elever som inte fått hälsointerventionen. N=deltagande individer och n=svarande individer (antal och andel, n (%)).

	Västernorrland tjej N=261	Västernorrland Kille N=349	Gästrikland tjej N=17	Gästrikland kille N=23
<b>'Jag mår...'</b>	n=257	n=349	n=17	n=23
Bra	197 (75,5%)	315 (90,3%)	8 (47,1 %)	13 (56,5 %)
Dåligt	60 (23 %)	34 (9,7 %)	19 (52,9 %)	10 (43,5 %)
Internt bortfall	4 (1,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>'Jag trivs...'</b>	n=259	n=349	n=17	n=23
Bra	234 (89,7%)	328 (94 %)	9 (52,9 %)	19 (82,6 %)
Dåligt	25 (9,6 %)	21 (6 %)	7 (41,2 %)	4 (17,4 %)
Internt bortfall	2 (0,7 %)	0 (0 %)	1 (5,9 %)	0 (0 %)
<b>'Jag känner mig stressad...'</b>	n=258	n=349	n=17	n=23
Ej stressad	95 (36,4%)	53 (15,2 %)	15 (88,2 %)	11 (47,8 %)
Stressad	163 (62,5%)	296 (84,8 %)	2 (11,8 %)	12 (52,2 %)
Internt bortfall	3 (1,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>'Jag sover...'</b>	n=259	n=349	n=17	n=23
Bra	168 (64,4%)	282 (80,8 %)	10 (58,0 %)	16 (69,6 %)
Dåligt	91 (34,9%)	67 (19,2 %)	7 (41,2 %)	7 (30,4 %)
Internt bortfall	2 (0,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>'ledsen sista 3 mån...'</b>	n=258	n=349	n=17	n=23
Ledsen	129 (49,4%)	52 (14,9 %)	14 (82,4 %)	11 (47,8 %)
Ej ledsen	129 (49,4%)	297 (85,1 %)	3 (17,6 %)	12 (52,2 %)
Internt bortfall	3 (1,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Av tjejerna från skolan utan systematiska hälsosamtal med MI var det 58 % som svarade att de dricker alkohol någon gång i månaden, medan det var 43 % av killarna som svarade att de dricker alkohol någon gång i månaden. I skolorna som fått ett systematiskt hälsosamtal med MI var det 43 % av tjejerna och 44 % av killarna som svarade att de aldrig dricker alkohol. (Se tabell 3).

Tabell 3. En beskrivning av hur ofta eleverna dricker alkohol i den skola som fått hälsointerventionen och den skola som inte fått det. N=deltagande individer och n=svarande individer (antal och andel n (%)).

	Västernorrland tjej N=261	Västernorrland kille N=349	Gästrikland tjej N=17	Gästrikland kille N=23
--	------------------------------	-------------------------------	--------------------------	---------------------------

'Jag dricker..'	n=259		n= 348		n=17		n=23	
Någon gång/veckan	0	0 %	0	0 %	2	11.8%	6	26.1%
Någon gång/månaden	26	10 %	20	5.7%	10	58.8%	10	43.5%
Någon gång/år	41	15.7%	50	14.3%	2	11.8%	1	4.3%
Har provat	78	29.9%	124	35.5%	1	5.9%	3	13 %
Aldrig	114	43.7%	154	44.1%	2	11.8%	3	13 %
Internt bortfall	0	0 %	1	0.4%	0	0 %	0	0 %

Killarna som har fått en systematisk hälsosamtalsintervention med MI har nästan 10 gånger så hög oddskvot att svara att de mår bra jämfört med killarna som inte har fått en systematisk hälsosamtalsintervention med MI (9,9; 2,4–40). Detta innebär att sannolikheten är ungefär 10 gånger högre att killarna i Västernorrland svarar att de skattar sin hälsa som bra jämfört med killarna i Gästrikland. Oddskvoterna (OR) för killarnas skattade skoltrivsel, ledsen och nedstämdhet samt deras självskattade sömnkvalitet var också signifikanta (konfidensintervallet för OR överlappar inte 1). Det innebär att det inte bara är interventionen som avgör hur killarna svarar på sin självskattade hälsa. Utan det är interventionen (hälsosamtalen med MI) och hur de svarar på trivsel i skolan, deras skattade ledsen och nedstämdhet samt deras svar på sömnen som också måste tas hänsyn till. Vad det gäller tjejerna så visade analysen inte samma sak. För tjejerna har psykisk ohälsa (svarar att de är ledsen och nedstämd) (8,7;3,4–22), dålig sömn (3,3; 1,6–6,7) och alkoholkonsumtion (1,5;1,1–2,1) större påverkan på deras självskattade hälsa. Det vill säga att för tjejernas del så är det i första hand deras självskattade ledsen och nedstämdhet, deras svar på hur de sover och deras alkoholkonsumtion som är avgörande för hur de svarar på sin självskattade hälsa (Se tabell 4 nedan).

Tabell 4. Analys av en hälsosamtalsintervention med MI samt skolmiljön och dess påverkan på självskattad hälsa hos gymnasister som fått hälsointerventionen och de gymnasister som inte fått det (OR; 95 % KI).

Variabler härrörande från enkätsvar	Tjejer N=278	Killar N=372
Intervention (Gävleborg ref) <sup>1</sup>	1,4 (0,4-5,4)	<b>9,9 (2,4–40)</b>
Skolstress (stress ref) <sup>1</sup>	0,6 (0,3-1,3)	1,2 (0,5-3,3)
Skoltrivsel (otrivsel ref) <sup>1</sup>	1,6 (0,6-4,1)	<b>15 (5,1–42)</b>
Ledsen och/eller nedstämd (Ledsen ref) <sup>1</sup>	<b>8,7 (3,4–22)</b>	<b>4,9 (2,2–11)</b>
Sömn (dålig sömn ref) <sup>1</sup>	<b>3,3 (1,6–6,7)</b>	<b>5,4 (2,4–1,2)</b>
Alkohol (dricker mycket ref)	<b>1,5(1,1–2,1)</b>	0,7(0,5-1,1)

1. Här är referenskategori i variabeln given för att underlätta tolkningen av oddskvoten (OR). I detta fall är variablerna dikotomiserade och frånvaron/närvaron av den givna referenskategori i förhållande till utfallet självskattad hälsa som kan tolkas.

## Diskussion

Vad det gäller killarnas självskattade hälsa ser det ut som att interventionen har stor betydelse. Utifrån resultatet gick det att se att de killar som fått den systematiska MI interventionen har 10 gånger så höga odds att svara att de mår bra jämfört med de killar som inte fått samma typ av intervention. Däremot var det inte riktigt lika resultat för tjejerna. Där visade resultatet istället att det som hade en större påverkan på deras självskattade hälsa än om det hade genomfört ett hälsosamtal med eller utan MI, var orsaker som psykisk ohälsa (att de svarade att de var ledsen eller nedstämd), hur de svarade om sin sömn och/eller hur de konsumerat alkohol. Om de svarar att de inte är ledsen eller nedstämd, svarar att de sover bra och svarar att de dricker lite eller ingen alkohol så skattar de sin hälsa som bra.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att jämföra och utvärdera eventuella skillnader i självskattad hälsa hos eleverna i en gymnasieskola i Gästrikland som inte arbetat systematiskt med MI och hälsosamtal med skolor i Västernorrland som gjort det sedan 2003. Syftet har besvarats då resultatet tyder på att hälsointerventionen har hjälpt åtminstone killarna. Eleverna som fått hälsointerventionen mår överlag bättre än de som inte har fått den systematiska hälsointerventionen. Men vad är det då resultatet egentligen visar? Är det hälsointerventionen som är orsaken till att de mår bättre eller kan det finnas andra faktorer som också påverkar på eleverna?

Resultatet från denna studie visar att av de elever som fått hälsointerventionen anger 90 % av killarna och 76 % av tjejerna att de mår bra. I den skola som inte fått hälsointerventionen angav istället 56 % av killarna och 47 % av tjejerna att de mår bra. Här kan vi se att det är höga siffror bland både tjejer och killarna som har genomgått



hälsointerventionen som svarade att de mår bra. Om det är just hälsointerventionen som har gjort att det skiljer sig mellan grupperna är svårt att säga men siffrorna visar att det är en större andel av de som varit med om interventionen som angav att de mår bra än vice versa. Den hälsointervention som gjordes i Västernorrland började redan i förskoleklass med hälsobesök och följer sedan individen hela vägen upp till årskurs 1 på gymnasiet. I Powers et al. (2013, 2014) studie gick de ihop i ett multisystempartnerskap för att utbilda speciella personer redan i grundskolorna för att redan där lättare kunna se tecken på vilka elever som var i behov av extra hjälp och stöd. I både Powers et al (2013) och denna studie kan man se att resultatet av att ge eleverna uppmärksamhet och stöd tidigt gynnar deras hälsa i längden.

Studien visar även att de killar som fått hälsosamtal under interventionen har nästan 10 gånger så höga odds att svara att de mår bra jämfört med de killar som inte fått det. Vad detta beror på är svårt att säga, en möjlig förklaring kan vara att det är hälsointerventionen som har hjälpt dessa killar att må bättre, att de killar som fått MI har blivit positivt påverkade. Det kan även vara så att det har med åldern att göra, att de två år som skiljer mellan individerna kan påverka, men varför skulle i så fall de killar som är äldre uppskatta sin hälsa som sämre? Detta är fascinerande aspekter som skulle vara intressant att forska vidare på; mår äldre killar sämre och skulle de må bättre av ett systematiskt hälsosamtal med MI?

Tjejernas mognads process ligger generellt lite före killarnas och killarna är generellt inte lika bra att prata om sina känslor som tjejerna är (Ingvar, 2010). Skillnad i mognad mellan killarna och tjejerna kan ses även i denna studie där de på frågan ”så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli ” två killar svarade ”*Jag ska bli en haj*” och ”*IDGAF*” (I don't give a fuck) medan tjejerna istället hade svar som ”*jag ska blir fritidsledare och hjälpa barn att hitta en trygg plats där man känner sig välkommen*” och ”*fridfullt, socialt liv och kärlek. Jag tror att det kommer bli underbart. Innan dess behöver jag nog arbeta på att må bra i nuet*”. Utifrån resultaten från studien kan vi se att interventionen har haft mer betydelse på killarnas självskattade hälsa än vad den haft för tjejerna. Att skolsköterskorna då jobbat med MI tekniken, som bygger på att öka motivationen hos individen, kan ha en påverkan mellan könen i denna studie då koncentrationsförmågan och motivationen har med mognadsprocessen att göra (Ingvar, 2010). Genom att killarna som då ligger lite efter i mognadsprocessen, jämfört med tjejerna, fått MI kan ha hjälpt dem att öka sin motivation och fått hjälp i att öppnar upp ögonen och ser saker utifrån olika perspektiv som gett resultat i deras självskattade hälsa.

I skolan som inte fått hälsointerventionen angav 82 % av tjejerna att de under de senaste 3 månaderna känt sig ledsna och nedstämda. Som tidigare nämnts i studien är nedstämdhet och oro en operationalisering eller proxifråga (alternativfråga) som mäter psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2016b) och är det så pass mycket som 82 % av tjejerna i den skola som inte fått hälsointervention som rapporterar att de under de senaste 3 månaderna känt sig ledsna eller nedstämda kan det vara tecken på psykisk

ohälsa. Dock är detta mindre allvarliga problem av psykisk ohälsa men det bör ändå tas på allvar då dels tidigare studie visar på att detta är ett beteende som ökar bland tjejer (Ingvar, 2010) och då eleverna precis som Power et al. (2011) menar spenderar mer tid i skolan än någon annanstans under skolarbetet. Då tidigare studie (Dagdelen, 2014) visar på att de ungdomar som mår dåligt i skolan väljer att i första hand vända sig till vänner för stöd känns detta oroväckande då dessa vänner antagligen inte har den kunskap som behövs då de inte är utbildade inom området. Dessa individer som visar tecken på psykisk ohälsa behöver istället prata med vuxna personer som har utbildning och kunskap i ämnet för att inte dessa mindre problem av psykisk ohälsa ska utvecklas ytterligare.

Tidigare studier av Dagdelen (2014) visar också på att svenska skolungdomar anser att skolan är en bidragande orsak till att de mår dåligt, både psykiskt och fysiskt då skolan bl. a. skapar både ångest och stress. Resultatet i denna studie skiljer sig därför mot tidigare forskning då 82 % av tjejerna i skolan som inte fått interventionen angav att de under de senaste 3 månaderna känt sig ledsna och nedstämda, samtidigt som 88 % i samma grupp svarar att de inte känner sig stressade. Tvärtom var det jämfört med resten av urvalet som svarade att de inte känt sig särskilt nedstämda eller ledsna under de senaste 3 månaderna men de känner sig däremot stressade.

En fråga där svaren utmärkte sig, var frågan om hur ofta eleverna dricker. Av de tjejer och killar som gick i skolan som fått hälsointerventionen svarade 43 % av tjejerna och 44 % av killarna att de aldrig dricker, 29.9% av tjejerna och 35.5% av killarna uppgav att de endast testat alkohol. Medan 58 % av tjejerna och 43 % av killarna i den andra skolan svarade att de dricker någon gång i månaden. Det är relativt stor skillnad mellan grupperna då det är många som svarar att de dricker någon gång i månaden, medan i den andra gruppen svarar att de aldrig dricker eller att de endast testat. Något som kan ha en inverkan kan vara att skolsköterskan pratar med de elever som får hälsointerventionen om alkoholens påverkan på individens psykiska och fysiska välmående. Dock kan en annan bidragande orsak också vara ålderskillnaden mellan grupperna. Möjligheten är större att en individ dricker oftare när den går i årskurs 3 jämfört med en individ som går i årskurs 1 då det inte är lagligt för eleverna som går i årskurs 1 att dricka. Å andra sidan kan man då också vända på det och ställa sig frågan svara eleverna i årskurs 1 sanningsenligt eller svarar dem vad de förväntas svara? Skulle de svara ja på frågan att de dricker alkohol fast de enligt lag inte får?

## Metoddiskussion

Reliabilitet innebär att den undersökning som görs är tillförlitlig i mätningen och validitet menas att frågorna/enkäten mäter det som studien vill eller avses mätas (Bryman, 2008). En fördel för denna studie var att det sedan tidigare fanns ett färdigt frågeformulär som använts regelbundet sedan 2003. Att redan ha ett färdigt frågeformulär tillgängligt sparade både mycket tid och arbete, då det som tidigare nämnt i texten är väldigt tidskrävande att göra ett frågeformulär (Olsson & Sörensen, 2011). Det redan färdiga frågeformuläret (se bilaga) har 32 frågor som innefattar allt från hur

eleven äter, dricker, sover, motionera osv. Frågorna för gymnasisterna är testade för validitet och reliabilitet (Olofsson, et al., 2016). Valet att inte redovisa alla frågor gjordes dels för att spara in mycket tidskrävande analysarbete men också för att alla frågor inte ansågs som relevanta till de befintliga frågeställningarna i denna studie. De frågor som ansågs besvara studiens frågeställningar plockades ut och redovisas i resultatet.

Valet som gjordes att lämna ut enkäter till de elever som går i årskurs 3 och matcha mot svaren från de elever som går i årskurs 1 kan ses som den största svagheten i denna studie. Att ställa individer emot varandra där åldern kan skilja mellan att eleverna är 17-19 år, kan påverka resultatet. På två år kan det hända mycket i mognadsprocessen hos individen och det är något som måste tas med i beräkningen när forskaren analyserar resultatet. Studien hade begränsat med tid till förfogande och att då lämna ut och samla in missiv till föräldrar till över 40 elever sågs som väldigt tidskrävande. Att då istället använda sig utav individer över 18 år kändes därför som den bästa lösningen.

Att använda enkäter är ett bra metodval dels därför att de som svarar får vara anonyma och på så vis kan och förhoppningsvis vågar svara som de tycker. Det är också bra då forskaren kan nå ut till ett stort antal individer. Dock är det en sak som forskare bör ta med i beräkningarna och det är hur tillförlitliga är svaren på enkäterna. Svarar respondenterna sanningsenligt eller svarar de vad dom tror forskaren vill ha (Kvale, 1997), läser de frågan ordentligt eller läser och svarar de snabbt för att blir klara? Men samtidigt så måste forskaren tro att respondenternas svar stämmer. Detta är en övervägning forskaren måste göra.

Minimum (riktlinjerna för studentarbete) på antal utlämnade enkäter var 40 stycken och det var de antal enkäter som besvarades i denna undersökning. Så här i efterhand hade ett större antal enkäter varit önskvärt för att få ett bredare perspektiv och eventuellt mer generaliserbara och säkra svar på hur eleverna i den skola som inte jobbat med hälsointerventionen verkligen mår. Men då det var många skolor som tackade nej till att vara med i undersökningen på grund av att eleverna ansågs trötta på att besvara enkäter sågs antalet insamlade enkäter ändå som tillräckligt.

Samtidigt som resultatet tyder på att hälsointerventionen ha hjälpt eleverna som fått hälsointerventionen eftersom de överlag mår bättre behövs mer forskning inom området. Hade det funnits mer tid till förfogande för denna studie hade forskaren önskat att få använd sig av mer elever på fler skolor i Gävleborg. För att på så vis kunna fånga hur fler elever på gymnasieskolorna mår och på så vis också säkrare kunna uttala sig om det är interventionen som gör att eleverna mår bättre där de fått ett systematiskt hälsosamtal med MI jämfört med de elever som inte fått ett systematiskt hälsosamtal med MI.

## Framtida forskning

En möjlig framtida forskningsinriktning. En möjlig hälsointervention som skulle kunna användas i Gästrikland för att minska alkoholkonsumtionen är den tidigare nämnda hälsointervention som gjordes i Australien och pilottestades i Skottland (Newton et al., 2014). Målet med denna studie var att minska skolungdomars användning av bl.a alkohol och studien fick positivt bemötande av både lärare och elever. Möjligheterna att det är åldern som gör att alkoholkonsumtionen mellan de två skolorna i författarens genomförda studie skiljer sig åt är ganska stor, men fakta kvarstår, att det är en hög andel ungdomar som ofta dricker i Gästrikland. Därför skulle en hälsointervention liknande den från Australien vara ett tänkbart alternativ att genomföra även här.

## Slutsats

Det råder inget tvivel om att dagens svenska skolor skapar stress och ångest för eleverna. Klimatet bland dagens skolungdomar är påfrestande och detta kan få effekter som t.ex. psykisk ohälsa. För att förbättra hälsan bland dagens svenska skolungdomar krävs det åtgärder. Både denna studie samt tidigare studier visar att en sådan åtgärd kan vara att redan i tidig ålder börja med MI och ge eleverna uppmärksamhet och stöd.

Resultatet från denna studie visade även att hälsointerventionen verkar ha större betydelse för killarnas självskattade hälsa än för tjejernas, men att samtliga som har fått interventionen har en bättre självskattade hälsa än de som inte fått det. Det är dock svårt att av göra om det enbart är interventionen som ligger till grund för detta eller om det är andra faktorer som också påverkar. Framtida forskning med ett bredare urval skulle kunna ge ett mer representativt resultat och då dagens barn och ungdomar är vår framtid är detta av stor vikt

## Referenser

- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D. & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), ss. 165–170. DOI:10.1111/j.14753588.2012.00673.x
- Bremberg, S. & Dalma, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Dagdelen, A. (2014). *Släck lampan och slappna av i hjärtat - En fenomenologisk analys av elevers mentala hälsa*. Stockholm: Gymnastik- och Idrottshögskolan.  
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:699876/FULLTEXT01.pdf>
- Eijlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Folkhälsan i Sverige 2016 - Årlig rapportering*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Skolprestationer, skolstress och psykisk ohälsa bland tonåringar*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23029/skolprestationer-skolstress-psykisk-ohalsa-tonaringar-16003-webb.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.) *Introduktion till MI*.  
[https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/\[2017-03-29\]](https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/[2017-03-29])
- Gidlund, A. & Wiklund, J. (2016). *Självskattad hälsa och BMI hos elever 2006-2016 Hälsosamtal i skolan, Västernorrlandsmodellen*. Härnösand: Länsstyrelsen Västernorrlandslän  
<https://www.lvn.se/contentassets/d352b82efc2547fc9e45355b64765e79/halsosamtal-i-skolan-2006-2016-.pdf>
- Ingvar, M. (2010). *Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat*. (SOU 2010:52). Stockholm: Delegationen för jämställdhet i skolan.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Joliv (u.å.). *Verksamhetsområde: Elevhälsa*  
<http://joliv.se/careplus-skola/> [2017-01-20]

Landstinget Västernorrland. (2017) *Manual hälsosamtal i skolan – västernorrlandsmodellen*.  
<https://www.lvn.se/contentassets/d352b82efc2547fc9e45355b64765e79/170207-samtalsmanual-halsosamtal-i-skolan-vasternorrland.pdf> [2017-03-20]

Lanza, H., Huang, I. & David, Y.C. (2015). Is Obesity Associated With School Dropout? Key Developmental and Ethnic Differences. *Journal of School Health*, 85(10), ss. 663-670. DOI:10.1111/josh.12295

Livsmedelsverket (2016). *Övervikt och fetma*.  
<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma/> [2017-04-20]

Newton, N.C., Conrod P.J., Rodriguez D. M. & Teesson, M.(2014). A pilot study of an online universal school-based intervention to prevent alcohol and cannabis use in the UK. *BMJ Open*. 19;4(5):e004750. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004750.

Olofsson, N., Rising Holmström, M. & Kristiansen, L. (2016) Assessing the construct validity and reliability by of school health records of the ‘Health Dialogue Questionnaire,’ in the eleventh grade. Manuscript ID: Public2015086, 2016

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Powers, J. D., Bower, H. A., Webber, K. C. & Martinson, N. (2011). Promoting school-based mental health: Perspectives from school practitioners. *Social Work in Mental Health*, 9, ss.22–36. DOI:10.1080/15332985.2010.522929.

Powers, J. D., Edwards, J. D., Blackman, K. F., Wegmann, K. M. (2013). Key Elements of a Successful Multi-System Collaboration for School-Based Mental Health: In-Depth Interviews with District and Agency Administrators. *Urban Review*, 45(5), ss. 651-670. DOI:10.1007/s11256-013-0239-4

Ravenna, J. & Cleaver, K. (2016). School Nurses’ Experiences of Managing Young People With Mental Health Problems: A Scoping Review. *The Journal of School Nursing*, 32(1), ss. 58-70. DOI: 10.1177/105984051562028

Rising Holmström, M. (2013). *Hälsosamtalet: Skolbarns självrapporterade hälsa i ett svenskt context*. Sundsvall, Sweden. Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, Avdelningen för omvårdnad.: <http://miun.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A659998&dswid=-2509>

Shepherd, J., Dewhirst, S., Pickett, K., Byrne, J., Speller, V., Grace, M., Almond, P., Hartwell, D. & Roderick, P. (2013). Factors facilitating and constraining the delivery of effective teacher training to promote health and well-being in schools: a survey of current practice and systematic review. *The National Institute for Health Research*, 1(2). DOI:10.3310/phr01020

Singletarya, J, H., Bartlea, C, L., Svirydzenkab, N., Suter-Giorginia, N, M., Cashmorea, A, M. & Dograb, N. (2014). Young people's perceptions of mental and physical health in the context of general wellbeing. *Health Education Journal*, 74(3), ss. 257-269. DOI: 10.1177/0017896914533219

Tucker, J., D'Amico, E., Ewing, B., Miles, J. & Pedersen, E. R. (2017). A group-based motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, ss. 20-27. DOI:10.1016/j.jsat.2017.02.008

Vetenskapsrådet (2011) . *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet  
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> [2017-03-15]

World Health Organization (2017). *Frequently asked questions*.  
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/> [2017-03-09]

## Bilaga 1. Enkäterna

# Hälsofrågor gymnasiet



Kön och Ålder:

## ARBETSMILJÖ

### 1. Jag tycker att...

Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig!

	mycket bra	bra	varken bra eller dålig/a	dålig/a	mycket dålig/a
a) klassrummen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) toaletterna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) skolgården är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) idrottshallen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) duscharna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) matsalen är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) rastlokalerna är	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Jag har arbetsro på lektionerna

alltid     ofta     ibland     sällan     aldrig

### 3. Jag kan koncentrera mig på lektionerna

alltid     ofta     ibland     sällan     aldrig

### 4. Jag känner mig stressad över skolarbetet (betyder pressad, jäktad, hinner inte med)

aldrig     sällan     ibland     ofta     alltid

### 5a. Jag har nått målen i alla ämnen

ja     nej

### 5b. Om nej, i vilket/vilka ämnen har du inte nått målen?

Svenska     Matte     Engelska     Annat

### 6. Jag har kompisar på skolan

alltid     ofta     ibland     sällan     aldrig



13. På min fritid rör jag på mig så att jag blir andfådd och varm

- 5-7 dagar i veckan  3-4 dagar i veckan  1-2 dagar i veckan  
 mindre än 1 dag i veckan  aldrig

14. På min fritid sitter jag still framför tv/dator

- 2 timmar eller mindre/dag  3-4 timmar/dag  5-6 timmar/dag  mer än 6 timmar/dag

15. Hur kommer du oftast till skolan (möjligt att välja flera svarsalternativ)?

- går  cyklar/sparkcykel/skateboard  buss/skolskjuts  
 skjutsad av förälder eller annan  kör själv

16. Här kommer en fråga om fysisk aktivitet och inaktivitet. Toppen på stegen (10) motsvarar en person som rör sig mycket och botten (0) motsvarar en person som ofta sitter stilla och inte rör sig så mycket.

Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

## FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

17. Jag mår...

- mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt

18. Jag har de senaste 3 månaderna haft besvärande

	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
a) huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) värk i armar/ben/knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jag använder värktabletter

- aldrig  några gånger/år  några gånger/månad  några gånger/vecka  dagligen

13. På min fritid rör jag på mig så att jag blir andfådd och varm

- 5-7 dagar i veckan  3-4 dagar i veckan  1-2 dagar i veckan  
 mindre än 1 dag i veckan  aldrig

14. På min fritid sitter jag still framför tv/dator

- 2 timmar eller mindre/dag  3-4 timmar/dag  5-6 timmar/dag  mer än 6 timmar/dag

15. Hur kommer du oftast till skolan (möjligt att välja flera svarsalternativ)?

- går  cyklar/sparkcykel/skateboard  buss/skolskjuts  
 skjutsad av förälder eller annan  kör själv

16. Här kommer en fråga om fysisk aktivitet och inaktivitet. Toppen på ste-  
gen (10) motsvarar en person som rör sig mycket och botten (0) motsvarar  
en person som ofta sitter stilla och inte rör sig så mycket.

Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.

## FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

17. Jag mår...

- mycket bra  bra  varken bra eller dåligt  dåligt  mycket dåligt

18. Jag har de senaste 3 månaderna haft besvärande

	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
a) huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) värk i rygg/nacke/axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) värk i armar/ben/knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jag använder värktabletter

- aldrig  några gånger/år  några gånger/månad  några gånger/vecka  dagligen

20. Jag har de senaste tre månaderna känt mig

	aldrig	sällan	ibland	ofta	alltid
a) ledsen eller nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) orolig eller rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Jag har någon vuxen att prata med om det som är viktigt för mig

ja             nej

22. Finns det någon i din närhet som du oroar dig för?

nej             ja

23. Jag sover...

mycket bra     bra             varken bra eller dåligt     dåligt     mycket dåligt

24a. Jag somnar klockan \_\_\_\_\_

24b. Jag vaknar klockan \_\_\_\_\_

## ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK

25. Jag...

	aldrig	har provat	någon gång i månaden	någon gång i veckan	dagligen
a) röker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) snusar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Jag dricker alkohol (t ex folköl, starköl, starkcider, vin, alkoholisk eller sprit)

aldrig     har provat     någon gång/år     någon gång/månad     någon gång/vecka

27. Om jag blir erbjuden narkotika säger jag

bestämt nej     troligen nej     kanske ja     ja

28. Jag har provat narkotika (t ex cannabis, spice, hasch, GHB, kokain, kath)

nej             ja

## FRÅGOR OM KROPPEN

29. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?

nej  ja

30. Har du några frågor eller något du vill prata om som handlar om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om känslor, sex och/eller relationer?

ja  nej

Om "ja", skriv gärna här

---



---



---

## DITT LIV NU OCH I FRAMTIDEN

31. Så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli. Skriv gärna här:

---



---



---



---

32. Om du tänker på hur du har det... Det här är bilden av en stega.

Toppen på stegen (10) motsvarar det bästa liv du kan tänka dig och botten (0) det sämsta liv du kan tänka dig.

Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu?

Kryssa i rutan på stegen vid det nummer som bäst passar in på dig.



## Bilaga 2. Missivbrev



HEJ!

Jag är en tjej som läser min sista termin på Hälsovetenskapliga programmet på högskolan i Gävle. Jag ska göra en studie inom området folkhälsa, där jag vill undersöka skolungdomars psykiska hälsa. Syftet i denna studie är att, jämföra och utvärdera eventuella skillnader i välmående hos eleverna i en gymnasieskola i Gävleborg vs en i Västernorrland där man arbetat systematiskt med MI & hälsosamtal under en längre tid. Jag skulle därför vara väldigt tacksamma om ni ville medverka i denna studie och svara på en enkät och därmed hjälpa mig i min kommande studie. Elevhälsoenkäterna är utformade i Västernorrland och frågorna handlar om både psykisk och fysiskt välmående.

Jag som forskare har en skyldighet att följa vissa etiska riktlinjer och informera er om dessa. Medverkandet är frivilligt, känslig information som kommer fram kommer att koda om och ni kommer att vara anonyma. Svaren kommer att behandlas med sådan sekretess att ingen oberoende kommer att kunna peka ut vem eller vart svaren kommer ifrån. Ni kan när som helst avbryta erät medverkande. Enkäten och den information som kommer fram kommer endast att användas i studiens forskningsändamål och kommer endast att hanteras utav forskaren och dess handledare, oberoende personer kommer ej att kunna få tag i insamlat material. Dock kommer den färdiga uppsatsen att kunna läsas av andra forskare för eventuell fortsatt forskning.

Vid eventuella frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta mig;

Stina Haglund

stiinahaglund@gmail.com