



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

”Det var kul att se klassen samarbeta”

En kvalitativ fokusgruppstudie om
högstadiееlevers upplevelser av ett hälsoprojekt

Hannah Bengtson

2015

Kandidatuppsats, 15 hp
Folkhälsovetenskap
Hälsopedagogiska programmet
Folkhälsovetenskap, teori, metod och examensarbete, 30 hp

Handledare: Mikaela Willmer
Examinator: Ola Westin & Maria Lennernäs

Abstract

Bengtson, H. (2015). "It was fun to see the class cooperate" – A qualitative focus group study on high school students' experiences of a health project. Bachelor thesis in Public Health science. Department of work- and public health science. The academy of health and working life. University of Gävle, Sweden.

The aim of this study was to investigate high school students' experiences of a health project. A high school class in Uppsala participated in a health project during the spring of 2015. 19 of 22 students agreed to participate in this study and the qualitative method used for data collection was focus group interviews. Students were asked to discuss their experiences, thoughts and feelings about the health project and whether they have experienced their own influence on the content of the project. Using content analysis nine themes were found that formed four categories. *Knowledge, cooperation and cohesion, conception of identity, influence and participation.*

The results showed that the majority of students do not feel they have markedly increased health knowledge. In contrast, the main results of the project seemed to consist of improved cooperation and shared stance in the class. The students expressed their need for further work of cooperation, in the form of collaborative exercises. One important thing that came up during the interviews was whether the class understood their identity and status of the school. Students' perception as to why their class was selected for the project was based on the class's bad reputation in the school and among teachers.

Keywords: cooperation, experiences, health project, influence, self-efficacy, youth.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka högstadieelevers upplevelser av ett hälsoprojekt. En högstadieklass i Uppsala län har under våren deltagit i ett pilotprojekt i syfte att utveckla metoder för fortsatta hälsofrämjande projekt samt på sikt förbättra ungdomarnas hälsa gällande ökad fysisk aktivitet, bättre kost- och sömnvanor samt en bättre sammanhållning i klassen.

I slutskedet av projektet tackade 19 av 22 elever ja till att delta i denna studie. Den kvalitativa metoden som använts för datainsamling är fokusgruppintervjuer, tre fokusgrupper med cirka sex elever i varje grupp. Eleverna fick tillsammans diskutera sina upplevelser, tankar och känslor kring hälsoprojektet och insatserna samt huruvida de har upplevt sin egen påverkan av projektets innehåll. Intervjuerna pågick i 30-40 minuter per grupp. Materialet från intervjuerna analyserades sedan i form av innehållsanalys där nio teman plockades ut som senare bildade fyra kategorier. De fyra kategorierna var *kunskapsöverföring*, *samarbete och sammanhållning*, *klassens upplevelse av identitet, påverkan och delaktighet* och utgjorde studiens resultat.

Resultatet visade att majoriteten av eleverna inte upplevde att de fått märkbart ökad kunskap om hälsa, då många menade att informationens innehåll var sådant de visste sedan tidigare. Däremot menar de flesta att de upplevt en förändring inom klassen gällande samarbete och sammanhållning samt att samlingsövningar är något de vill använda sig mer utav. En viktig sak som kom fram under intervjuerna var huruvida klassen uppfattade sin identitet och ställning på skolan. Elevernas uppfattning till varför just deras klass blivit utvald till projektet grundade sig i klassens upplevda rykte på skolan och bland lärarna, vilket inte stämde överrens med verkligheten.

En slutsats som går att dra utifrån studiens resultat är att lyckad kunskapsöverföring och beteendeförändring är ytterst beroende av mottagarens tro på sin egen förmåga (self-efficacy) att utföra en förändring samt kopplat till individens intresse av förändring. En annan slutsats är att hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar behöver vidareutveckla metoder för att nå goda hälsoresultat för målgruppen. Hälsorelaterade förändringar i tonåren antas vara starkt kopplat till intressen, gruppträck och attityder.

Nyckelord: hälsoprojekt, samarbete, self-efficacy, ungdomar, upplevelser.

Förord

Jag vill först och främst rikta ett stort tack till eleverna som deltagit i min studie, utan dem hade den här studien inte blivit av. Jag vill också tacka företaget som står bakom pilotprojektet för att ni har låtit mig vara med och observerat Hälsoprojektets hela utveckling, från planering till utförande. En fantastisk erfarenhet för mig som snart examinerad hälsopedagog. Jag är evigt tacksam för att ni tog emot mig med öppna armar, all inspiration ni har bidragit med och för allt stöd jag har fått.

Jag vill också rikta ett enormt tack till min fantastiskt duktiga och ambitiösa handledare Mikaela Willmer för all hjälp och konstruktiv feedback. Inte minst för allt engagemang och all peppning när det har varit tungt. Din tro på mig när jag själv saknade den har gjort det möjligt för mig att slutföra arbetet. Till sist vill jag tacka min vän och klasskamrat Sofie Strömberg som varit min stöttepelare och bollplank under hela processen.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1. Livsstilsfaktorer och hälsobeteenden - nationellt och internationellt	1
2.2. Hälsöfrämjande arbete riktat till barn och ungdomar	2
2.3. Tidigare hälsoprojekt	4
2.4. För- och nackdelar med hälsoprojekt.....	4
2.5. Hälsoprojektet – hälsofrämjande insatser på en grundskola i Uppsala län.....	5
2.6. Teoretisk referensram	6
2.7. Problemformulering.....	7
3. Syfte och frågeställning	7
4. Metod	7
4.1. Val av design	7
4.2. Urval	8
4.3. Datainsamling	8
4.4. Dataanalys.....	9
4.5. Forskningsetiska överväganden	10
5. Resultat	10
5.1. Sammanfattande analys	10
5.2. Kunskapsöverföring.....	11
5.3. Samarbete och sammanhållning	12
5.4. Klassens uppfattning om identitet.....	12
5.5. Påverkan och delaktighet	13
6. Diskussion	14
6.1. Resultatdiskussion	14
6.2. Metoddiskussion	17
6.3. Förslag till fortsatt forskning inom området	18
6.4. Slutsats	18
7. Referenser	

Bilaga 1 – Missivbrev till elever

Bilaga 2 – Information och samtycke till vårdnadshavare

Bilaga 3 – Intervjuguide

1. Inledning

Forskning visar på ökad ohälsa hos barn och ungdomar (Svensson 2007). Som resultat av detta tillämpas allt mer hälsoundervisning inom skolan med intentionen att främja barn och ungdomars hälsa. Detsamma gäller hälsofrämjande projekt som allt oftare förekommer inom skolan. Studier som görs på hälsoprojekt i allmänhet, visar vad interventionen medfört samt om eventuellt behov av utveckling finns. Dock är majoriteten av forskning inom skolan av kvantitativ karaktär, som fokuserar på mätbara resultat, och endast ett fåtal studier finns kring elevernas egna upplevelser av interventioner. Genom kvalitativa studier får elever en möjlighet att ge en djupare förståelse av hur hälsoprojekt och hälsometoder uppfattats utifrån deras perspektiv (ibid.).

Framgångsrika skolor är, enligt Nilsson (2012), de som uppfyller både kunskapsmål och sociala mål. I Uppsala län finns det skolor som är i behov av förebyggande arbete i syfte att minska ohälsa bland barn (ibid.). Ett hälsofrämjande pilotprojekt har under våren 2015 utförts på en högstadielklass i Uppsala kommun, vilket är det som denna studie bygger på där elevernas egna upplevelser av projektet är det som studerats. Frågan är hur mycket eleverna själva har chans att påverka skolans hälsoprojekt och hälsoundervisning? Denna studie bidrar med ökad kunskap kring elevers egna upplevelser av deltagande i hälsoprojekt samt kan ge underlag för eventuell utveckling av fortsatta hälsoprojekt inom skolan.

2. Bakgrund

WHO beskriver: ”Hälsofrämjande är den process som möjliggör för människor att öka kontrollen över samt förbättra sin hälsa.” (WHO 1986). För att uppnå ökad kontroll och bättre hälsa behöver människor tillgång till de verktyg som används i hälsofrämjande syfte för barn och ungdomar. Enligt Konu et al. (2002) betonas idag innebörden av hälsa mer som lycka, livskvalitet samt emotionellt och socialt välbefinnande, än enbart som överlevnad och frånvaro av sjukdom, vilket även återspeglas i WHO:s definition av hälsa (Scriven 2013). Strategier för att främja hälsa har förändrats från att förebygga sjukdom till ett mer främjande perspektiv som till största del handlar om att bygga stödjande miljöer (Nilsson 2012). Stödjande miljöer tillsammans med elevers aktiva deltagande är de centrala delar som idag inkluderas i skolans läroplan (ibid.).

2.1. Livsstilsfaktorer och hälsobeteenden - nationellt och internationellt

Internationellt sett menar WHO att den totala nivån av fysisk aktivitet sjunker, då två tredjedelar av Europas befolkning är otillräckligt aktiva eller mycket inaktiva (Folkhälsomyndigheten 2013). De menar att fysisk inaktivitet i höginkomstländer är den fjärde största orsaken till för tidig död. Med fysisk inaktivitet, eller stillasittande fritid, menas mindre än två timmars fysisk aktivitet per vecka. Skillnader i hälsa finns även mellan olika befolkningsgrupper, där utbildningsnivå, ekonomi och socioekonomiska förhållanden ses ha ett samband till graden av fysisk aktivitet (ibid.).

Nationellt går det att urskilja en trend där vuxna är allt mer fysiskt aktiva på fritiden, ändå visas en minskning av befolkningens totala mängd av regelbunden fysisk aktivitet (Folkhälsomyndigheten 2013). Detta beror dels på de olika bestämningsfaktorerna för hälsa,

såsom biologiska faktorer, samhällsfaktorer, relationer och levnadsvanor men också på befolkningens livsstil som allt mer präglas av stillasittande arbete. Stillasittande vardag kompenseras dock inte med några få aktiva timmar på fritiden. Den inaktiva livsstilen bidrar till ohälsa och välfärdssjukdomar vilket till största del kan förebyggas genom att få in mer fysisk aktivitet i vardagen (ibid.).

Förutom att andelen av fysiskt aktiva barn och ungdomar minskar i stigande ålder, ökar även graden av stillasittande, TV- och datoranvändning med åldern, skriver Danielsson (2006) i Folkhälsoinstitutets rapport om *Svenska skolbarns hälsovanor*. Upplevelse av stress ökar samt trivseln i skolan minskar också ju äldre barnen blir, störst skillnad kan ses bland höstadiet flickor som upplever mer stress än pojkar i samma ålder (ibid.). Enligt en studie av Abdulla (2013) förekommer det en allt mer stillasittande livsstil bland barn och ungdomar. Även Abdulla menar att detta är kopplat till teknikens utveckling och det faktum att det finns en ökad användning av dator, tv-spel, mobiltelefoner och surfplattor. Detta understryks av Anderson et al. (2008) som har undersökt amerikanska barns stillasittande kopplat till skärmtid. Det visade sig att många amerikanska barn ersätter aktiv lek med stillasittande framför TV och dator, vilket har bidragit med ökad övervikt hos barnen (ibid.). Folkhälsomål nio – ökad fysisk aktivitet, är därför ett viktigt mål att sträva efter, som för barn och unga riktar insatser på ökad fysisk rörelse inom skola och fritid (Folkhälsomyndigheten 2015 a).

I kombination med fysisk aktivitet är goda matvanor är en förutsättning för en positiv hälsoutveckling (Folkhälsomyndigheten 2015 a). Matvanor hänger samman med de flesta folksjukdomar i vår tid men kan tillsammans med fysisk aktivitet förebygga såväl fysiska som psykiska hälsoproblem. Folkhälsomål 10 – Matvanor och livsmedel, är därför en viktig påverkansfaktor för folkhälsan (ibid.).

Barns konstvanor har förändrats under de senaste 20 åren (Livsmedelsverket 2003). Barn äter i genomsnitt mindre fett nu är på 80-talet medan intaget av kolhydrater har ökat drastiskt. Enligt en undersökning av Livsmedelsverket som gjordes på 2500 barn runt om i Sverige, visades att många barn 4-11 år överkonsumerade sockerrika livsmedel i form av läsk, godis, kakor och smaksatta mejeriprodukter. Undersökningen visade att söta livsmedel konsumerades 2-3 gånger per dag. Det framgick även att barnen konsumerade dubbelt så mycket natrium/koksalt än rekommendationen för deras ålder samt att de fick i sig hälften av den dagliga rekommendationen för frukt och grönt (ibid.).

2.2. Hälsöfrämjande arbete riktat till barn och ungdomar

För det främjande folkhälsoarbetet är barn och ungdomar en särskilt betydelsefull målgrupp, vilket beskrivs i Folkhälsomål tre – barn och ungas uppväxtvillkor (Folkhälsomyndigheten 2015 a). Enligt en proposition av regeringen (Socialdepartementet 2008) är det extra viktigt att tidigt bygga upp goda levnadsvanor eftersom det oftast är de som följer med senare i livet. Barn och ungdomar är dessutom extra känsliga för yttre påverkan då de inte alltid kan välja miljön de lever i. Förebyggande insatser för skapande av goda levnadsvillkor ger därför långsiktiga effekter för barn och ungdomar, som även påverkar vuxenlivet (ibid.). Bandura (2004) beskriver också att många av de livslånga vanor som riskerar ohälsa skapas under barndomen och tonåren och att det är lättare att förebygga skadliga vanor än att förändra redan invanda beteenden. En av de största orsakerna till ohälsa i befolkningen är, enligt Folkhälsomyndigheten (2015 b), psykiska besvär, vilket också kan förebyggas genom tidiga insatser i uppväxten.

Psykisk hälsa i unga år är betydande för hur människors psykiska hälsa blir i vuxen ålder. Det är inte ett lätt hälsoarbete då det är brist på evidensbaserade metoder för förebyggande av psykisk ohälsa hos barn (Alsne 2012). Hälsoundervisning finns i tre olika steg, primär, sekundär och tertiär. Den primära hälsoundervisningen, såsom den sedvanliga hälsoundervisningen för barn och ungdomar, riktas till friska människor och strävar efter att förhindra utvecklingen av ohälsa. I grundskolan behandlas ämnen som näringslära, personliga relationer, sexuell hälsa och sociala förmågor. Detta för att hjälpa barn och ungdomar att själva skapa en hälsosam livsstil samt en positiv känsla av egenvärde (självkänsla) och positivt välbefinnande (Scriven 2013).

2.2.1. Skolan som arena för hälsofrämjande arbete

Utifrån WHO:s projekt ”Health Promotion Schools” har Skolverket utvecklat begreppet *hälsofrämjande skolutveckling*, som är en långsiktig skolutvecklingsprocess (Nilsson 2012). Begreppet grundar sig i en bred hälsosyn som omfattar skolans stödjande miljöer och att allt inom skolan påverkar barnens hälsa. Detta innefattar allt ifrån motivation och goda relationer inom skolan till undervisning om alkohol, narkotika, droger och tobak (ANDT), sex och samlevnad samt jämställdhet, kamratskap och genusmedvetenhet. Hälsoundervisningen i skolan ska även innefatta en balans mellan risk- och främjande perspektiv. Riskperspektiv innebär att lyfta fram de riskfaktorer som kan bidra till ohälsa medan främjande perspektiv innefattar ett förhållningssätt med flera potentiella hälsovinster. Genom att fokusera på främjande av hälsa, utgår arbetet ifrån de friskfaktorer som finns. Ett exempel är arbete för gott skolklimat mellan elever och vuxna samt elever emellan. Elever som upplever motivation och delaktighet förbättrar inte bara sina skolresultat utan upplever också förbättrad stresshantering samt trivsel på skolan, vilket i sin tur kan minska kränkningar inom skolan (ibid.).

För att främja barn och ungdomars långsiktiga hälsa behöver insatser sättas in där barnen lever och lär (Folkhälsomyndigheten 2015 b). Till faktorerna för barn och ungdomars hälsa hör bland annat relationer till vänner, skolan och dess miljö samt förhållanden som berör utvecklingsmöjligheter och levnadsvanor (Socialdepartementet 2008). Skolan och dess miljö spelar därför en stor roll som arena och aktör gällande insatser för goda levnadsvanor, såsom motions- och kostvanor. I skolan utvecklar dessutom barnen olika kompetenser som exempelvis problemlösnings- och samarbetsförmåga. Dessa förmågor verkar i sin tur som skyddsfaktorer mot ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2015 b). Insatser som berör dessa faktorer kan inte bara främja barn och ungdomars hälsa utan också jämna ut skillnader i barn och ungdomars uppväxtvillkor (Socialdepartementet 2008).

Enligt Bandura (2004) bör det förebyggande arbetet prioriteras och där spelar skolan en stor roll. Han menar att skolan är en plats där alla barn är lättare att nå, även om hälsovanor mestadels är rotade i familjära traditioner. Skolan är en naturlig miljö att främja barn och ungas motionsvanor, hälsosamma kostvanor samt motverka användning av ANDT (ibid.). Drogundervisning har funnits inom skolan under en längre tid och handlar främst om förändring av ungdomars användning av och attityder till ANDT (Börjesson & Palmblad 2013). Andra viktiga insatser som gjorts inom skolan är arbetet för en stärkt värdegrund och jämställdhet samt arbetet mot kränkande behandling (ibid.).

En australiensisk studie av Patton et. al. (2000) beskriver interventionen ”The Gatehouse Project” som behandlar främjandet av mental hälsa i skolan. Interventionen syftar till implementering av hälsoprojekt i skolans läroplan. Författarna menar att de vill skapa ett

samarbete mellan skolan och samhället. Dock påpekar författarna att denna form av interventioner kräver långsiktighet för att bestå inom skolväsendet, vilket inte är helt okomplicerat (ibid.).

2.3. Tidigare hälsoprojekt

Ett uppmärksammat hälsoprojekt som gjorts på en grundskola är Bunkefloprojektet (Ericsson 2003). Där följdes en grupp elever från lågstadiet upp till årskurs nio i syfte att undersöka om daglig fysisk aktivitet ökade deras betyg samt motoriska förmåga och koordinationsförmåga. Resultatet visade att daglig fysisk aktivitet förbättrade elevernas skolprestationer och motorik, jämfört med kontrollgruppen som utövade fysisk aktivitet endast två gånger i veckan. Projektet var under 2000-talet ett av Sveriges mest efterfrågade hälsoprojekt som också fick stor spridning (ibid.).

”En hälsosammare livsstil” är ett Bunkeflo-inspirerat projekt som gjordes på en förskola och grundskola i Partilles kommun mellan åren 2002-2004 (Axelsson-Landberg et al. 2005). Syftet var att öka barnens fysiska aktivitet samt kunskap om kost och hälsa. Detta studerades och utvärderades sedan i form av enkäter med barnen där syftet var att ta reda på deras inställning till projektet före och efter, förändring av aktivitetsnivå samt jämförelser mellan kön och ålder. För att ta reda på upplevelser av projektet genomfördes även en fokusgruppintervju med några nyckelpersoner ur skolans personal. Intervjun innefattade diskussioner om projektets genomförande och resultat samt upplevelser av projektets effekter på barnen. Resultatet visade att fler barn ville röra på sig mer och att fler ville vara ute mer. Flickor och pojkar rörde sig lika mycket efter projektet men yngre elever rörde sig mer än äldre. Efter projektets avslut har skolan fortsatt med hälsofrågor och de lärare som arbetade med detta under projektet har nu blivit en permanent hälsogrupp som tillsammans utvecklar fortsatt hälsofrämjande arbete på skolan (ibid.).

”Du bestämmer” är en hälsoundervisningsmetod som innebär hälsoundervisning utanför de traditionella ramarna, som annars består av fakta som någon annan anser är hälsa och som förmedlas via lektionsundervisning (Bremberg 2004). Poängen med ”Du bestämmer” är att resonera kring elevernas eget förhållande till begreppet hälsa där de själva får dra slutsatser. Genom diskussion får eleverna tillsammans med en hälsovägledare själva komma fram till vad de anser är hälsa för dem, alltså vad som får just dem att må bra, samt hur de individuellt ska uppnå sin syn på hälsa. På så vis befinner sig eleven i nuet och kan koppla hälsa till sina egna intressen (ibid.).

2.4. För- och nackdelar med hälsoprojekt

Enligt Harris & Cale (2006), som har granskat olika hälsoprojekt för barn i Storbritannien, kan barn uppfatta insatser som innefattar fysisk aktivitet, speciellt om de innehåller någon form av aktivitetstester, som obehagliga och kan även skapa rivalitet mellan deltagarna. Därmed uppstår en risk att projektet kan ge en motsatt effekt då barnen kan koppla situationen kring fysisk aktivitet som obekvämt eller besvärande. Upplevelsen kring fysisk aktivitet är därför extra viktig att ha i åtanke vid hälsoinsatser för barn, att se till att den upplevs som meningsfull och positiv, utan fokus på att jämföra den ena med den andre (ibid.).

Axelsson-Landberg et al. (2005) menar att uppmuntran och motivation till hälsosamma vanor inom skolan kan påverka hälsosamma vanor på elevernas fritid och i hemmet. De skriver att om föräldrarna uppfattar att barnen trivs och mår bra i skolan samt får information om vad

som sker så kan det uppmuntra och inspirera föräldrarna att skapa hälsosamma vanor även hemma. Ju tidigare barnen får lära sig fördelarna med att gå eller cykla till skolan, desto lättare skapas en vana (ibid.).

2.5. Hälsoprojektet – hälsofrämjande insatser på en grundskola i Uppsala län

2.5.1. Företaget bakom Hälsoprojektet

Hälsoäventyret, som är en hälso pedagogisk landstingsverksamhet i Uppsala län, riktar sin hälsofrämjande undervisning till barn och ungdomar i grundskolan (halsoaventyret.lul.se). De är ett komplement till skolans hälsoundervisning och arbetar även med utveckling av nya metoder som genom hälsofrämjande insatser kan påverka barn och ungdomars attityder och handlingsmönster. De har särskilt utvecklade och pedagogiska undervisningsprogram inom ämnen som kroppen, sömn och stress, tobak, alkohol samt kärlek och relationer. Hälsoäventyrets verksamhet syftar till att stärka barn och ungdomars kunskapsutveckling av hälsofrämjande levnadsvanor samt skapa förståelse för sambandet mellan hälsa, livsstil, kropp och miljö. De beskriver själva sin verksamhetsidé som att *inspirera, uppleva och aktivera olika sinnen* och menar att aktivt deltagande kan stärka elevernas självkänsla och öka förmågan att själv fatta egna beslut gällande sin livsstil. Deras program behandlar dessutom reflektioner kring den egna identiteten samt värderingar och attityder kopplat till sammanhang som kan uppstå i elevernas egen vardag (ibid.).

2.5.2. Bakgrund till projektet

Enligt skolsköterskan på en grundskola i Uppsala län, upplevs ett behov av hälsofrämjande insatser i en högstadielklass. Klassen består av 22 elever. Det finns sedan tre år tillbaka dokumenterat att eleverna är i stort behov av hälsofrämjande insatser, vilket har kommit fram genom hälsosamtal med skolsköterskan. Många av eleverna har börjat utveckla övervikt, och inom klassen finns en hög grad av stillasittande, dålig sömn och ökad användning av dator och mobiltelefon. Dessutom behöver klassen arbeta med sammanhållning och kamratskap. Behovet av hälsofrämjande insatser har utöver hälsosamtalen bekräftats i en brainstorming mellan Hälsoäventyret och eleverna.

2.5.3. Projektets mål och innehåll

Det övergripande målet med projektet är att förbättra ungdomars livsstil för en bättre hälsa. Hälsoäventyret startade därför, på uppdrag av skolan, ett hälsofrämjande pilotprojekt under våren 2015 med olika insatser för att ge eleverna mer kunskap om och motivation till fysisk aktivitet, frukost-, lunch- och mellanmålsvanor, sovvanor, stress kopplat till både skola och användande av dator och mobiltelefon samt bättre sammanhållning och kamratskap i klassen. Ambitioner finns att pilotprojektet ska utvecklas och leda till ett bestående hälsoprojekt som i framtiden kan utföras på flera skolor i Uppsala län. Hälsoprojektet gjordes genom fyra insatser där Hälsoäventyret dels använde sig av program de redan har inom dessa områden, i form av undervisning och praktiska övningar, och kompletterade med bland annat utomhuspedagogik.

- Den första insatsen bestod av en brainstorming på Hälsoäventyret där eleverna först fick en föreläsning om hälsa samt tillsammans fick diskutera fritt kring begreppet hälsa. Därefter fick de i mindre grupper diskutera ämnena var för sig: fysisk aktivitet, kost, sömn och stress samt vänskap. Detta kompletterade delvis de kommande insatsernas innehåll och fokus.
- Den andra insatsen behandlade fysisk aktivitet och samarbetsövningar då klassen fick en halvdag utomhus tillsammans med personal från Hälsoäventyret. I mindre grupper

fick de leta reda på olika uppdrag i naturområdet som de sedan skulle ta sig igenom och lösa där samarbete stod i fokus. Efter aktiviteternas slut hade eleverna rört sig ungefär fem kilometer i området.

- Den tredje insatsen hölls i skolans lokaler där klassen delades i två. Den ena delen fick tillsammans med skolsköterskan prova på att laga olika frukost- och mellanmålsalternativ i hemkunskapsalen samt se en kortfilm om energidryck. Den andra delen vistades i ett klassrum tillsammans med personal från Hälsoäventyret där de i form av värderingsövningar diskuterade attityder till kost, vänskap och relationer inom skolan. Efter halva tiden skiftade grupperna aktivitet.
- Den fjärde och sista insatsen bestod av Hälsoäventyrets sömn och stress-program och utfördes i Hälsoävenyrets lokal. Där fick eleverna i halvklass utföra olika övningar och diskutera kring sömn och stress.

2.6. Teoretisk referensram

Den sociala kognitiva teorin handlar om ett samband mellan individ, omgivning och beteende (Folkhälsomyndigheten u.å.). Sambandet mellan dessa påverkar beteendeförändring och består av tre faktorer. Den första och främsta faktorn är Self-efficacy, vilket är tro på den egna förmågan. Den andra faktorn är egen målsättning, alltså målsättning för förändring, och den tredje är reflektion över förändringen. Self-efficacy påverkas av föreställningar och tankar, men också av erfarenhet. Tron på sin egen förmåga är hos en individ starkt kopplat till individens tidigare erfarenheter av exempelvis beteendeförändring. Tron på den egna förmågan att göra en förändring är också starkt bundet till situationen. Ett exempel kan vara tro på sin förmåga att vara fysiskt aktiv som kan vara högre vid exempelvis fint väder än vid dåligt väder. Därav vikten av realistiska mål som stegvis höjs i takt med att individen säkert klarar dem (ibid.).

Enligt Bandura (2004) handlar social kognitiv teori om hur övertygelser fungerar tillsammans med målsättningar, resultatförväntningar, upplevda miljöhinder samt relationen mellan motivation, beteende och välbefinnande. Tron på kontroll är en viktig del för personlig förändring inom hälsobeteenden. Stark Self-efficacy innebär att ha kontroll över sina hälsovanor. Hälsomål innebär individens konkreta planer och strategier till förverkligande medan resultatförväntningar innefattar kostnader och fördelar med förändring av olika hälsovanor. Upplevda miljöhinder är de hinder som individen upplever som sociala eller strukturella svårigheter att uppnå hälsomålen. Kunskap om hälsa, i synnerhet kunskap om hälsorisker, är en förutsättning för beteendeförändring. Finns inte kunskap om utfall av skadliga hälsovanor, finns heller inget motiv eller någon motivation till förändring. Dock räcker det inte med kunskap då ytterligare influenser är nödvändiga i förändringsarbetet och framför allt för att individen ska behålla de nya livsstilsvanorna. Den centrala influensen är *övertygelse om personlig effektivitet*, vilket menas att tro är utgångspunkten för människans motivation och handling. Att individen upplever tro på sin egen makt och förmåga till beteendeförändring (ibid.).

Vidare menar Bandura (2004) att hälsobeteenden även påverkas av de resultat som människor förväntar sig att hälsoinsatser ska bidra med. Dessa förväntningar finns i flera former, där *socialt godkännande och icke accepterat beteende* är en av dem. En annan berör de positiva respektive negativa självvärderande reaktionerna på sitt hälsotillstånd och beteende, vilket tar hänsyn till människors förmåga att reglera sitt beteende utifrån sin värdering av sig själva. En individ väljer främst beteenden som ökar dennes självkänsla och belåtenhet vilket bidrar med att avståndstagande från beteenden som skapar missnöje. Ett sätt att stärka individens

motivation är att få individen att upptäcka förändringar som faller samman med individens egna intressen samt att forma mål som denne värderar högt (ibid.).

Ju högre individens övertygelse om förändringens goda effekter är, desto mer räknar individen med att denne ska förverkliga målet med förändringen (Bandura 2004). Alltså har denne en stark tro och känner kontroll. Har individen däremot en låg grad av övertygelse innebär det att individen förväntar sig dåliga resultat av förändringen. Denne har då low-efficacy, vilket troligtvis resulterar i att individen endast ser svårigheter med förändring, upplever meningslöshet och tillslut ger upp (ibid.).

2.7. Problemformulering

Den informativa delen i ett förebyggande program för ökad hälsa innebär information om hälsorisker och de fördelar som kommer med en hälsosam livsstil (Bandura 2004). Detta ger dock endast saklig information vilket inte är tillräckligt för att en förändring ska kunna ske, inte heller direkt förebyggande för barn och ungdomar att inte anta skadliga hälsovanor. Information behöver kombineras med metoder avseende att utrusta barn och ungdomars kompetens, självständighet och tankar kring vanornas effekter. Detta möjliggör deras förmåga att hantera och stå emot socialt och känslomässigt gruppträck mot skadliga hälsovanor (ibid.).

Denna studie bidrar med elevers egna tankar kring deltagande av ett hälsoprojekt, vilket är viktigt att ha som bakgrund för utveckling av kommande hälsometoder och hälsoundervisning riktat till denna målgrupp. På så sätt kan denna studie bidra med en insikt i ungdomars tankemönster och förmåga att ta åt sig hälsobudskap som i sin tur kan utveckla beteendeförändring. Eftersom det, som ovan beskrivs, behövs mer utvecklade metoder för barn och ungdomar och inte endast information om hälsorisker, anses denna studie tillsammans med liknande studier vara viktig för främjandet av vår framtida folkhälsa.

3. Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie var att studera elevers upplevelser av deltagandet i ett hälsoprojekt.

- Hur upplevs det pågående Hälsoprojektet av eleverna?

4. Metod

4.1. Val av design

Metoden för denna studie har valts utifrån en kvalitativ ansats. Till skillnad från kvantitativ forskning som söker efter orsakssamband, handlar kvalitativ forskning om att beskriva och förstå (Vilhelmsson 2011). En kvalitativ metod anses därför bäst lämpad utifrån denna studies syfte och frågeställning. Metoden är fokusgruppintervjuer, vilken är insamlingsmetod som ofta används i undersökningar som syftar till att utveckla exempelvis hälsoinsatser (Olsson & Sörensen 2011). Därför anses fokusgrupper vara en relevant metod kopplat till denna studies syfte. I fokusgrupperna hjälps deltagarna åt att diskutera fram och beskriva sina upplevelser utifrån allas perspektiv. En fördel med fokusgrupp är att på kort tid samla in mycket

information och att deltagarna, till skillnad från vid enskilda intervjuer, kan uppleva inspiration och stöd från övriga deltagare (ibid.).

4.2. Urval

Urvalet gjordes bland eleverna i den högstadielklass som deltagit i det hälsofrämjande pilotprojektet. Denna urvalsprincip kallas bekvämlighetsurval, vilket menas att undersökningsgruppen blev den som fanns nära till hands (Bryman 2011). Alla elever bjöds in att delta i en fokusgruppintervju där 19 av 22 elever tackade ja till inbjudan. Deltagarna delades sedan in i tre strukturerade grupper med cirka sex elever i varje grupp, så jämna grupper som möjligt avseende kön och etnicitet. Valet av strukturerade grupper grundar sig i hur det tidigare fungerat med strukturerade och slumpade grupper under Hälsoprojektets gång. Strukturerade grupper ansågs vara bättre enligt mig själv som observerat insatserna under våren samt enligt Hälsoäventyrets personal och framför allt skolsköterskans erfarenhet av klassen. Dock skedde vissa ändringar i grupperna precis innan intervjuerna på grund av att några elever hade prov på morgonen och fick byta grupp.

Trots att fokusgrupper, enligt Olsson och Sörensen (2011), helst ska separeras som killgrupp och tjejgrupp har denna studie inte tagit hänsyn till detta. Olsson och Sörensen menar att blandade grupper kan begränsa diskussioner kring känsliga frågor då det kan finnas en spänning mellan tjejer och killar. I detta fall hade det inte varit praktiskt genomförbart då de var färre flickor än pojkar samt att tidpunkten för intervjuerna skedde på skoltid då, som ovan nämnts, några elever fick anpassa deltagandet efter skolans schema.

4.3. Datainsamling

Både intervju och observation kombineras i denna metod (Olsson och Sörensen 2011). Därför utförs fokusgrupperna lämpligast av två personer, en diskussionsledare och en bisittare. Diskussionsledaren, det vill säga jag, ledde diskussionen medan bisittaren, i detta fall en annan student, observerade deltagarna samt förde anteckningar. Efter intervjuerna kan diskussionsledaren och bisittaren reflektera kring hur de båda uppfattat fokusgruppens diskussion, där den ena kan ha uppfattat något som den andra kan ha missat och vice versa (ibid.).

Intervjuerna utfördes i ett klassrum på skolan där gruppen, tillsammans med mig, satt på stolar i en ring. Bisittaren satt utanför ringen. Intervjuerna tog cirka 30-40 minuter per fokusgrupp och dokumenterades genom ljudupptagning, som efter transkriberingen raderats. Bisittaren förde även anteckningar kring sina observationer av grupperna, såsom gruppdynamik och engagemang. Bisittaren observerade även mig som diskussionsledare och gav tips efter varje intervju vad jag skulle tänka på inför nästa grupp, om det exempelvis var något jag missat. Som tack för sin medverkan fick varje elev en biobiljett som Hälsoäventyret sponsrat med. Intervjufrågorna innehöll frågor som syftade till att få fram deltagarnas tankar, upplevelser och känslor kring de insatser som de hade deltagit i, inom ramen för Hälsoprojektet. Insatserna behandlade ämnen som fysisk aktivitet, kost, sömn, stress och vänskap. Frågeguiden skrevs utifrån Hälsoprojektets innehåll och har inte tagits fram utifrån någon tidigare mall. Frågeguiden finns att läsa i sin helhet, som Bilaga 3. Någon pilotintervju genomfördes aldrig, vilket förklaras vidare under metoddiskussion.

4.4. Dataanalys

Kvalitativ metod medför att analysarbetet påbörjas redan under datainsamlingen (Olsson & Sörensen 2011). Data från denna studie har analyserats utifrån innehållsanalys. Detta för att tolka innehållet i det som sägs, det vill säga huruvida projektet upplevs. Genom innehållsanalys delas data in i olika kategorier efter de teman och mönster som går att urskilja ur materialet. Detta för att slutsatser ska kunna dras (Vilhelmsson 2011). Kategorierna uppstod under själva analysarbetet då det inte fanns förbestämda kategorier att söka efter. Detta benämns som ett induktivt perspektiv, vilket beskriver att relationen mellan teori och forskning påvisar en teori utifrån det som sägs i resultatet (Bryman 2011).

Analysen består av vad som kallas meningsbärande enheter, vilket är de mest relevanta meningarna ur det transkriberade materialet (Bryman 2011). Dessa meningar har sedan kondenserats i en tabell, som sedan bildat olika teman och utifrån dem skapat kategorier. Analysen gjordes utifrån en manifest ansats, vilket menas att en tolkning görs av det synliga och uppenbara som beskrivs i materialet (ibid.).

Analysprocessen har gått till på följande vis. Det transkriberade materialet från gruppintervjuerna har lästs om och om igen för att ge en helhetsbild. Relevanta meningar ur materialet lyftes fram som meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kortades ner till *kondenserade meningsenheter*. Dessa meningsenheter bildade sedan nio teman baserat på innehållet. Temana bildade i sin tur fyra kategorier som i resultatet har strukturerats till fyra underrubriker med samma namn. Alla meningsbärande enheter har samlats i en tabell, se Tabell 1 för den kortfattade version av analysprocessen.

Tabell 1

Konenserad meningsenhet	Tema	Kategori
<i>Alltså vi pratade ju om hälsa. Typ sömn, träning, att man ska äta bra. Och så saker om stress & hur man är en bra kompis.</i>	Lyckad kunskapsöverföring	Kunskapsöverföring
<i>Nåt nytt? Typ nä. Det var mycket som man redan viste om. Hälsa liksom.</i>	Misslyckad kunskapsöverföring	
<i>Alltså det var en rolig idé att göra olika saker, samarbetsövningar och stationer. Jag tycker att alla i klassen samarbetade. Det var kul att se klassen samarbeta.</i>	Viktigt med samarbete	Samarbete/ sammanhållning
<i>Det har varit kul at få göra saker i grupp, alltså för sammanhållningen. Jag tycker att klassen har kommit mycket närmare varandra. Alltså vi har liksom lärt känna varandra.</i>	Bättre sammanhållning	
<i>Dom säger att vi är extra stökigast. Vi är speciella. Lärarna säger att vi är typ sämsta klassen.</i>	Dåligt rykte	Klassens uppfattningar om identitet
<i>Alltså det kanske inte är jättekul att dem säger att vi är en stökig klass men vi är ju det. It's not gonna change.</i>	Självpuppfyllande profetia	
<i>Alltså det har blivit lugnare i klassen. Det är mindre pratigt nu än innan. Vissa har blivit vänligare.</i>	Positiv påverkan	Påverkan/delaktighet
<i>Vi har missat idrotten tre gånger. Och när vi har så lite idrott.</i>	Negativ påverkan	

<i>Mer samarbetsövningar på mentorstiden. Vi tittar bara nyheter. Alltså på mentorstiden ska man väl prata? Till exempel fråga om hur helgen har varit. Bara det skulle göra att det blir mindre pratigt.</i>	Möjlighet att påverka
---	-----------------------

4.5. Forskningsetiska överväganden

Studien utgår ifrån ett forskningsetiskt förhållningssätt och tar hänsyn till de fyra överväganden som finns som riktlinjer inom svensk forskning. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet 2002).

Studiens syfte har informerats till deltagarna och deras vårdnadshavare, likaså att deltagandet är frivilligt och anonymt. Eleverna bjöds in att delta i en fokusgruppintervju. I samband med informationen fick de skriva på en anmälan om de ville delta i intervjun. Elevernas vårdnadshavare godkände även deras medverkan innan studien påbörjades, detta genom implicit samtycke. Med detta menas att vårdnadshavarna fick information om fokusgruppintervjuerna via brev där de även uppmanades att själva höra av sig till mig eller Hälsoäventyret, innan tillfället för intervjuerna, om de inte samtyckte till sitt barns medverkan i studien. Implicit samtycke är sällan etiskt godtagbart vid studier som utförs på människor, eftersom en av grundprinciperna i Helsingforsdeklarationen (World medical association 2013) är att explicit och informerat samtycke ska inhämtas från samtliga deltagare. Då denna studies resultat även kan användas som en utvärdering av projektet, ansågs studien också vara en del av hälsoprojektet och ytterligare samtycke bedömdes därmed inte vara nödvändigt, eftersom barnens vårdnadshavare redan gett sitt samtycke till deras medverkan i projektet.

Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas och därefter raderades inspelningarna, vilket deltagarna blev informerade om. Även elevernas påskrifter till deltagande förstördes och kastades efter avslutad studie så att deras medverkan inte går att spåra. Insamlad data och uppgifter har endast använts till denna studies ändamål och med största konfidentialitet.

5. Resultat

Här presenteras resultatet utifrån de tre fokusgruppintervjuer som gjordes med 19 av de 22 högstadiel elever som deltog i Hälsoprojektet på en grundskola. De fyra kategorier som togs fram under analysprocessen, utifrån nio tydliga teman, redovisas härnedan under rubriker med samma namn. Kategorierna och temana styrks med ett antal meningsbärande citat för en större förståelse. Innan den djupare redovisningen av resultatet beskrivs inledningsvis en sammanfattande helhetsanalys av fokusgrupperna och dess diskussioner, därefter beskrivs varje kategori mer ingående.

5.1. Sammanfattande analys

De tre fokusgrupperna kom fram till ungefär samma saker under diskussionerna kring deras upplevelser av Hälsoprojektet. De flesta lyfte utomhusdagen, alltså insatsen för fysisk aktivitet och samarbetsövningar, som roligast. Flera tyckte även att göra frukost var en rolig aktivitet. Eleverna uppgav att de hade upplevt Hälsoprojektet som bra och roligt. Många instämde på att det var roligt att göra någonting utanför skolan och utanför skolbänken. Viss

ny kunskap kring projektets hälsoteman uppgavs men störst skillnad upplevdes angående klassens samarbete och sammanhållning.

5.2. Kunskapsöverföring

Huruvida kunskapsöverföringen har nått fram råder det delade meningar om. Majoriteten beskriver projektet som roligt och att det har behandlat alla delar av hälsa. Dock menar de flesta att de redan hade kunskapen om varför det är viktigt med sömn, regelbunden kost och fysisk aktivitet. På så sätt beskriver vissa det som att projektets innehåll inte har bidragit med märkbart ökad kunskap.

På frågan om de har lärt sig något nytt om hälsa kopplat till Hälsoprojektets aktiviteter svarade majoriteten av eleverna nej. *"Nåt nytt? Typ nä. Alltså det visste man ju. Det var typ att det var mycket som man redan viste om. Hälsa liksom"*. Men med samma fråga inriktat på de enskilda aktiviteterna uppgav en elev: *"Jag tyckte första gången på Hälsoäventyret (brainstormingen), att man lärde sig mest"*.

Däremot uppgav en elev att de i klassen har fått lära sig mer om varandra medan en annan uttrycker att de lärt känna varandra bättre. Detta menar vissa kan ha påverkat att klassen nu blivit lugnare än innan. En elev beskrev en av stressövningarna som: *"Alltså vi lärde oss väl inte så jättemycket på typ de där korgarna och så men man fick se vad alla andra tyckte"*.

Eleverna uppfattas ha fått viss ny kunskap kring vissa uppmärksammade fakta, vilket de faktiskt återberättar även om de inte själva beskriver att de fått ökad kunskap om hälsa i allmänhet. Bland annat att intaget av energidryck under lång tid ger motsatt effekt, att det gör en person trött i stället för pigg. Andra exempel på fakta som eleverna tog upp beskrivs nedan, detta kom upp under frågorna om vad de mindes av de olika aktiviteterna:

"Jag tycker att det har varit ganska intressant, alltså typ att ljuset inbillar hjärnan att det är morgon och så. Alltså skärmen lurar hjärnan att det är ljusare och då blir man inte lika trött."

"Typ att sötsaker de blir man liksom piggare av en kort tid men typ frukter och sånt blir man piggare av typ såhär en längre tid och så."

Sömn och stress-programmet på Hälsoäventyret återberättar eleverna att det handlade om saker som kunde vara stressande respektive lugnande och att de flesta sakerna kunde vara både och. Flera elever menade också att det som togs upp under föreläsningarna var sådant som de redan visste, som en elev uttryckte sig:

"Man vet ju att man ska sova och så och man vet ju att man ska äta och sånt, typ frukost, för det har vi ju vetat jättelänge. Så dem skulle kanske ha sagt lite mer saker som vi inte visste".

En annan elev beskrev avslappningsövningen som:

"Jag vet inte. Det var typ som vanligt. Det var typ som att ligga ner. Alltså jag blev inte avslappnad heller."

Till viss del har kunskapsöverföringen nått fram till eleverna eftersom de återberättar vad som tagits upp under insatserna, alltså under föreläsningarna och aktiviteterna. Dock uppger endast tre av 19 elever att den nya kunskapen har bidragit med någon beteendeförändring utöver klassens förbättrade sammanhållning.

5.3. Samarbete och sammanhållning

Det som de flesta elever tog upp som allra bäst med projektet var samarbetsövningarna, både att de tyckte om samarbetsövningar som aktivitet men också att just de samarbetsövningarna var roliga samt har stärkt sammanhållningen i klassen. De beskrev att de har kommit varandra närmare i klassen. Eleverna angav samarbetsövningar som sammanfattning av projektet och som det de mindes bäst av aktiviteterna. Eleverna underströk behovet av fortsatta samarbetsövningar inom klassen men också med andra klasser på skolan för att gynna kamratskap klasserna emellan.

”Att blanda sjuorna. Så att det blir att man får samarbeta, inte bara med sin egen klass. Att man får samarbeta med de andra. För annars har man ju bara ett samarbete med dem som går i sin egen klass.”

Eleverna uppgav inte någonting inom projektet som jobbigt eller obekvämt. Någon menade dock att den hade svårt att lita på andra än sina kompisar vid vissa samarbetsövningar. De flesta tyckte att gruppindelningen var bra, som lärorikt att samarbeta med dem de inte var vana med, medan vissa helst hade velat välja grupper själva. Dessa personer menade att aktiviteterna hade blivit roligare då.

5.4. Klassens uppfattning om identitet

Något som kom fram under gruppintervjuerna var att klassen fått en felaktig uppfattning till varför de blivit utvalda att delta i projektet. De var alla överens om att hela Hälsoprojektet var framtaget på grund av deras uppförande i klassrummet. Det visade sig att klassen sedan tidigare har ett dåligt rykte på skolan hos såväl lärare som elever. Detta kom fram då vi diskuterade kring huruvida de ansåg att hela skolan skulle få delta i projektet och de aktiviteter som de just fått testa. Frågan ställdes i syfte att ta reda på om aktiviteterna upplevts som bra eller dåliga och med en tanke om att göra projektet större, för flera skolor. Diskussionen kom dock att handla mer om hur stökig deras klass var.

”Dom säger att vi får göra det här för att vi är extra stökigast och att vi ska bli lugna. Vi är speciella. Alltså alla andra klasser har typ bra stämning. Lärarna säger att vi är typ sämsta klassen.”

På frågan hur det känns att höra att folk pratar så om deras klass svarar eleverna i en grupp:

”Alltså typ bra. Att vi är kända (skratt). Alltså det kanske inte är jättekul att dem säger att vi är en stökig klass men vi är ju det så, it's not gonna change.”

De uppgav att alla lärare, även vikarier, benämner deras klass som ”den stökigaste klassen på skolan”, vilket också nämns av övriga elever på skolan. På frågan om de tyckte att resten av skolan skulle få ta del av projektet, svarade två av grupperna att de andra klasserna inte behövde det. De menade att de förstod varför deras klass var med i projektet och inte de andra, att det var på grund av att de var dem som var stökiga. Klassens rykte kan ha påverkat dem i form av *självuppfyllande profetia*, alltså att de vill leva upp till sitt rykte. Detta har lyfts fram som ett tydligt tema under analysprocessen, vilket diskuteras vidare i resultatdiskussionen under kapitel 6.

5.5. Påverkan och delaktighet

Som svar på intervjuens första fråga om elevernas upplevelser av Hälsoprojektet uttryckte en elev: *"Känns som att vi får vara med och påverka liksom"*. Flera uppger att de ämnen och tankar som togs upp under brainstormingen är det som aktiviteterna sedan har behandlat.

"Jag tycker att allting har kommit med för typ den där samarbetsdagen och det och liksom hur man är en bra vän och liksom lita på varandra och ah, samarbetet. Ah, jag tycker i alla fall att det kom med."

Eleverna anser inte att något har missats men flera uppger att de redan hade de kunskaper som Hälsoäventyrets undervisning innehöll. Som tidigare nämnts tyckte vissa att de lärde sig mest under brainstormingen men att de fysiska aktiviteterna upplevts som roligast.

"Alltså att göra andra saker än typ vara på lektion och sådär och vara ute och så. Det har varit kul. Det är roligt liksom, att inte sitta stilla bara på lektionen."

"Jo det har varit roligt att göra något annorlunda. Det handlade väl mycket typ om kommunikation och ja, samarbete."

5.5.1. Positiv och negativ påverkan

Kring frågan om eleverna anser att någonting har ändrats i klassen sedan innan projektet uppger alla grupper att samarbetet har blivit något bättre även om graden av förbättring beror på den som svarar. Vissa anser att det fortfarande är stökigt och pratigt, en annan menar att *"Alltså det har blivit ganska lugnare i klassen"* och en tredje beskriver förändringar som *"Det är mindre pratigt nu än innan. Vissa har börjat äta lite. Vissa har blivit vänligare."* Dock menar flera att den nuvarande stämningen i klassen kan vara påverkat av olika saker. Som att de numera blir individuellt poängsatt efter sitt beteende på lektionerna, exempelvis om de är mer eller mindre pratiga. (Detta är något som under den senaste tiden har införts på skolans initiativ och är inte påverkat av Hälsoprojektet.) Som en elev uttryckte det gällande den förbättrade stämningen i klassen:

"Alltså jag tycker att det är ganska svårt att avgöra. Eftersom man vet ju inte om alltså vad det har att göra med. För att de kan ju vara att, jag vet inte, att lärarna har varit lite mer stränga eller att det har börjat bli vår och att vi blir glada. Jag vet inte. Alltså det kan vara hur många teorier som helst. Och därför tycker jag att det är lite svårt men om jag ska göra en utvärdering så tycker jag att det har blivit bättre men ah, jag tycker det är svårt att avgöra."

Några få elever uppgav att de efter insatserna har tänkt på vissa enskilda fakta kring hälsa men majoriteten uppger att de inte har reflekterat över detta hemma eller diskuterat vidare med klasskamraterna. Alla är eniga om att de inte har ändrat något kring sina mobil- och datorvanor efter undervisningen om sömn men fler elever har numera gett skolmaten en chans efter värderingsövningarna kring mat. Flera av deltagarna instämmer på påståendet att fler elever faktiskt äter skolmaten trots skolmatens dåliga rykte. Detta har medfört att två elever som tidigare inte åt skolmaten numera har gett den en chans, *"Jag brukar äta skolmaten nu, inte så mycket men jag har börjat äta lite"*.

5.5.2. *Möjlighet att påverka*

Alla elever som deltog i gruppintervjuerna höll med om att samarbetsövningar var något som de hade önskat. Som tidigare nämnts var det de övningarna som var mest uppskattade. Det som efterlystes i klassen, som de önskade få ut av projektet, var annat innehåll på mentorstiden i form av samarbetsövningar, prattid och fruktstund. De menade att om de bara i 10 minuter kunde få berätta för varandra vad de har gjort under helgen, så skulle det minska pratandet och öka fokuseringen under lektionerna.

”Alltså jag tycker att vi borde göra typ samarbetsövningar på mentorstiden. Vi gör typ ingenting på mentorstiden. Vi kollar bara på nyheterna, sen är det slut. Vi gör typ inget annat. Om vi ändå bara ska kolla på nyheter så kan vi lika gärna få sovmorgon. Men om vi skulle ha samarbetsövningar så skulle det vara mycket roligare. För det är ju typ en halvtimme.”

6. Diskussion

Härnedan diskuteras resultatet i förhållande till de vetenskapliga teorier och tidigare hälsoprojekt som beskrivits i bakgrunden. Inledningsvis sker en diskussion kring resultatet indelat i samma underrubriker (kategorier) som i resultatdelen, därefter diskuteras den valda metoden och sedan ges förslag till fortsatt forskning inom området. Avlutningsvis presenteras de slutsatser som framkommit under studien.

6.1. Resultatdiskussion

Det som framkom ur studien som mest intressant var elevernas uppfattning och syn på klassen och deras ställning på skolan. Deras dåliga rykte kan tillsammans med självuppfyllande profetia i detta fall vara en anledning till minimerad beteendeförändring gällande livsstil och levnadsvanor. Kopplingar kan dras till Banduras teori om self-efficacy och kommer att diskuteras vidare härnedan.

6.1.1. *Kunskapsöverföring*

Då kunskapsöverföringen inte nådde enda fram i förhållande till Hälsoprojektets mål, kan detta analyseras kring social kognitiv teori, i synnerhet Self-efficacy, som handlar om den egna tilltron på sin egen förmåga att utföra en beteendeförändring (Bandura 2004). Elevernas intresse uppfattades inte finnas för hälsorelaterade förändringar, såsom matvanor, sömn och fysisk aktivitet. Med undantaget att två elever hade börjat äta skolmaten som inte gjorde det innan. Denna förändring uppfattas dock ha framkomit av en förändrad syn och attityd till skolmaten, vilket sedan länge har präglats av dåligt rykte. Vid värderingsövningarna om mat uppgav flera elever att dem blev positivt överraskade av hur många som faktiskt åt skolmaten trots det dåliga ryktet. Att fler elever nu har gett skolmaten en chans uppfattas alltså vara påverkat av klassens *positiva gruppträck* som medfört denna attityd- och beteendeförändring.

Detta stödjer det som Bandura (2004) talar om, att information såsom kunskap om hälsorisker inte är den primära faktorn för beteendeförändring, och heller inte framgångsrik som enskild insats, men ack så viktig för skapandet av ett motiv till förändring. Därför behöver hälsofrämjande insatser kombinera information om hälsorisker med metoder som anpassats att fånga målgruppens intresse. Värderingsövningar som metod kan då sammanfattas som framgångsrik då det gäller arbete med attitydförändringar i en grupp, som i detta fall ändrade attityden till skolmaten.

Projektet ”Du bestämmer” anses också som en bra metod för detta. Projektidén går ut på att låta målgruppen vara med och bestämma vad de vill förändra och på vilket sätt (Bremberg 2004). Detta genom att först få uttrycka vad de själva anser är hälsa, vad som får dem att må bra respektive mindre bra samt vilka intressen de har och på så sätt ta fram ett mål. Förslag diskuteras därefter fram hur målgruppen kan uppnå målen och hur de kan knyta metoderna till egna intressen (ibid.).

Samma tanke har till viss del tagits hänsyn till under planerandet av Hälsoprojektets insatser, där brainstormingen med eleverna var till för att fånga elevernas intresse samt höra vad de själva tyckte var hälsa. Detta kan vara anledningen till varför projektets hela fokus har uppfattats av eleverna handla om vänskap, samarbete och sammanhållning. Naturligtvis i kombination med deras bild av klassen som stökig och i behov av samarbetsförbättring.

6.1.2. *Samarbete och sammanhållning*

Förändringar upplevdes inom klassen gällande samarbete och sammanhållning, vilket kanske inte är helt oväntat med tanke på vad en tonåring kan antas prioritera i sitt liv. Antaganden kan göras om att denna målgrupp har ett mer gediget intresse för vänner och relationer än för hälsorelaterade vanor. Detta är dock bara spekulationer kring varför förändringen var som störst gällande samarbete och sammanhållning.

Från och med första mötet med Hälsoäventyret uppfattades eleverna vara mer intresserade att diskutera vänskap och sammanhållning, då de under intervjuerna just var den delen de flesta mindes bäst från brainstormingen om hälsa. De diskuterade bland annat vad respekt är och hur en bra vän beter sig mot andra. Samma sak gäller vad eleverna uppfattat som fokus med insatserna, då de vid flera tillfällen tar upp samarbetsövningarna som något de beskriver att hela projektet har handlat om. Syftet var dock från början, enligt Hälsoäventyret, främst att hitta metoder för att öka elevernas hälsa, innefattande fysisk aktivitet, ökad kunskap kring kost, sömn och stress samt samarbetsövningar. Dock är det nästan enbart samarbete som återkommer i diskussionerna där eleverna förklarar att projektet, enligt dem, införts med målet att förbättra klassens sammanhållning och samarbetsförmåga. Som i hög grad också är en del i främjandet av hälsa men som tagit all fokus från de övriga hälsoområdena.

Den sociala kognitiva teorin handlar också om att individer förändrar beteende i syfte att uppnå en belöning (Bandura 2004), vilket då kan tolkas att ungdomar i denna ålder ser vänner/vänskap som en slags belöning. Att de får i sig alla vitaminer och mineraler deras kropp behöver eller att ljuset från datorskärmen påverkar deras sömnkvalitet är förmodligen inte lika relevant för dem. Om de tror att aktiviteterna i hälsoprojektet kan påverka deras relation till varandra inom klassen och på så sätt skapa ett lugn i klassrummet, blir detta förmodligen ett naturligt mål att försöka uppnå. Eventuellt hade eleverna också en högre self-efficacy inom detta, alltså en tro på sin egen förmåga att skapa en bättre sammanhållning och detta kan i så fall ha påverkat resultatet.

6.1.3. *Klassens uppfattningar om identitet*

Eleverna gav intryck av att uppfatta sitt deltagande i projektet som en *belöning/bestrafning* för sitt dåliga beteende. De menade att deras klass blivit utvalda att få göra dessa aktiviteter på grund av klassens dåliga sammanhållning. Här kan det analyseras kring teorin om självuppfyllande profetia då det kan betyda att det dåliga beteendet kommer att fortsätta, i

syfte att eleverna vill behandlas som speciella och på så sätt få fortsätta göra dessa aktiviteter. Dock beskriver flera av eleverna att stämningen och samarbetet blivit bättre i klassen, vilket anses som ett lyckat resultat av projektet.

Enligt social kognitiv teori härmar barn det beteende dem ser att de själva eller andra blir belönade för (Bandura 2004), som också beskrevs i föregående avsnitt. Det handlar till viss del om uppfostran. Dessa elever har under en längre tid fått höra att de är sämre än andra elever på skolan, vilket har uttryckts av både lärare och andra elever. Antaganden kan göras kring att eleverna i det här fallet till viss del blivit uppfostrade att vara den stökiga klassen.

Vad händer då när klassen får denna *belöning/bestraffning* att i stället för att sitta i skolbänken få göra olika hälsofrämjande aktiviteter? Eftersom det är den enda klassen på skolan som får ta del av detta, förstärks elevernas uppfattning om identiteten som stökig och kan bidra till att de vill fortsätta att leva upp till sitt rykte. För vem vet, då kanske de kan få fortsätta med samarbetsövningar utomhus eller laga frukost i hemkunskapssalen i stället för att räkna matte. Detta är såklart bara antaganden om att det skulle kunna bli så, att klassen fortsätter med sitt dåliga beteende. Dock har resultatet visat på en förbättring i klassen i form av lugnare klimat och bättre samarbete och sammanhållning. Det intressanta blir att se utvecklingen.

En annan aspekt som påverkar resultatet av hälsoinsatser är det som Bandura (2004) beskriver som motsatsen till *self-efficacy*, *low-efficacy*. Vilket är när en individ har låg grad av övertygelse och då förväntar sig dåliga resultat eller att denne inte har förmågan att ändra sig. Detta resulterar oftast i att individen ger upp på grund av känsla av meningslöshet. Då det gäller hälsofrämjande insatser kan detta anses som en avgörande grundsten. Utan tro på sin egen förmåga upplevs heller ingen mening med förändring. Detta kan vara en anledning till att eleverna inte har ändrat sina hälsovanor märkbart mycket.

6.1.4. Påverkan och delaktighet

Enligt Bandura (2004) finns större chans till förändring om upplevelsen av att vara med och påverka finns. Samma sak menar Bremberg (2004) som understryker målgruppens påverkan och intresse som betydande för ett mer framgångsrikt resultat. Detta bör innebära att delaktighet är en central del för framgångsrikt hälsofrämjande arbete.

Eleverna uppfattas ha påverkat varandra då det kommer till de få hälsorelaterade förändringar som uppstått efter insatserna. Några elever uppgav att några fler i klassen numera äter skolmaten till skillnad från innan. Detta kan bero på att klassens attityder till skolmaten har uppmärksamats och på så sätt kan de med positiv attityd och inställning till mat ha påverkat dem som hade en negativ attityd. Flera uppgav att skolmaten sedan lång tid tillbaka har ett dåligt rykte, vilket har påverkat att många inte ens ger maten en chans och tror att de gör som "alla andra" genom att inte äta den. Detta är bevis på att elever i en klass, eller i en skola, kan påverkas av både negativt och positivt gruppsyck.

Under intervjuerna beskrevs det mesta med hälsoprojektet som bra och eleverna uppgav aktiviteterna som roliga. Detta kan tolkas som ett bra resultat gällande utvärdering av aktiviteterna som sådana. Men det finns också en risk att svaren inte var fullt ärliga, då det kan vara så att deltagarna svarat "bra" för att vara snälla. Detta kopplas till teorin om social önskvärdhet som också innefattas i social kognitiv teori (Bandura 2004). Bryman (2011) förklarar social önskvärdhet som möjlig påverkan på resultatet då han menar att det kan finnas en strävan hos respondenterna att säga något som överensstämmer med något som anses socialt accepterat, eftersom människor har en naturlig tendens till detta. Alltså kan det vara så

att eleverna svarat så som de själva anser passande för situationen eller i gruppen, men det behöver inte heller vara så. Frågan är huruvida detta skulle skilja sig mellan fokusgruppintervjuer och enskilda intervjuer?

6.2. Metoddiskussion

Det visade sig att den valda målgruppen var svårare att intervjua än vad som förväntats då diskussionerna dels blev ytliga och det var svårt att få en utveckling av svaren. Från början fanns en förhoppning om att diskussionerna skulle få fram mer av elevernas känslor och tankar kring deltagandet men de svar som gavs var mer i stil med ”det var kul” eller ”jo det kändes väl bra”. Denna förhoppning var kanske för hög i förhållande till målgruppen, det hade kanske varit lättare att få djupare svar från en annan målgrupp.

Viktigt att ha med i bedömningen är också min egen erfarenhet av fokusgruppintervjuer, som innan detta var obefintlig. Sådär i efterhand har vikten av pilotintervju förstärkts, vilket det i detta fall inte fanns chans till att utföra på grund av tidsbrist och svårigheten att få ihop en likvärdig målgrupp. Detta kan i någon mån ha påverkat resultatet på så vis att omfattningen av diskussionerna skilde sig något mellan de olika grupperna. Den första gruppen upplevdes blygare och fick inte igång diskussionerna på samma sätt som grupp två och tre, vilket kan bero på att det var min allra första fokusgruppintervju. Den gruppen hade kunna fungerat som en pilotgrupp ifall urvalet hade varit större. Dock anses resultatet ändå vara tillräckligt även om förväntningarna på det har förändrats under studiens gång.

Enkäter kunde ha gett samma svar på en del av frågorna, såsom vad som var roligast, vad de mindes bäst av aktiviteterna eller vad de skulle vilja fortsätta med. Dock kvarstår valet av metod som mest relevant. Kvalitativ metod ansågs bäst utifrån studiens syfte då det genererade i viktiga tankar kring exempelvis klassens felaktiga bild av varför de fick delta i projektet och som diskuterats ovan angående självuppfyllande profetia. Vilket förmodligen inte hade kunnat förutspås och som inte hade kommit fram i exempelvis en enkät. Frågan är om det hade kommit fram i enskilda intervjuer?

I vissa avseenden kan enskilda intervjuer möjligtvis ha varit bättre. Ett av dem är att enskilda intervjuer hade fått alla att prata lite mer, i synnerhet de som inte så mycket hade behövt anstränga sig mer om allt fokus riktats mot enbart denne. Litteraturen säger dock att fokusgrupper kan få mer uttömmande svar då deltagarna får inspiration och stöd av varandra (Olsson & Sörensen 2011). Enskilda intervjuer hade förmodligen resulterat i färre intervjudeltagare men å andra sidan hade den metoden krävt färre deltagare för att få ihop ett resultat.

Det märktes tydligt på ett fåtal elever att de höll tillbaka något då de sneglade på sin kompis och höll tyst trots att det uppfattningsvis fanns mer att säga. Attityden och dynamiken i gruppen påverkade vilka som sa allt de ville och vilka som syntes ha mer att säga. Detta var extra tydligt i en grupp då en av eleverna pratade mycket i början av intervjun men sedan blev tyst. Anledningen uppfattas vara på grund av bristen på respekt av ett fåtal som inte kunde hålla tillbaka hänskratt, dömande kommentarer och störande kroppsspråk. Dessa enskilda personer hade passat bättre för enskilda intervjuer men eftersom de bara var ett fåtal anses det inte som märkvärdigt relevant kritik till mitt metodval.

Sammanfattningsvis upplevdes de flesta av eleverna som intresserade av att delta i fokusgruppen. Att de fick vara med att tycka till och påverka. Vissa uppfattades dock bara vara där för biobiljetten som utlovats. Det märktes tydligt vilka som ville vad, vilka som

hängde med i samtalet och vilka som endast svarade då frågan ställdes direkt till denne. Ibland var det svårt att tyda svaren om de var uppriktiga eller om de sa saker för att *vara snälla*, vilket kan kopplas till teorin om social önskvärdhet som redan diskuterats ovan. Deltagarna kunde möjligtvis ha varit lite mer kritiska till projektet och aktiviteterna men det var ingenting som framgick i gruppdiskussionerna.

6.3. Förslag till fortsatt forskning inom området

Mer kvalitativ forskning behövs kring barn och ungdomars upplevelser av hälsoinsatser, då den befintliga forskningen och utvärderingen av hälsoprojekt inom skolan mest är av kvantitativ karaktär. Det bör forskas mer kring metoder som faktiskt fungerar för målgruppen, vilket är något annat än den klassiska katederundervisningen. Fokusgrupper och enskilda intervjuer skulle kanske också kunna kombineras?

Komplettering till liknande studier av barn och ungdomars upplevelser av hälsoprojekt/hälsometoder/hälsoundervisning skulle kunna vara att även ta reda på deras upplevelser av kontroll. Som tidigare diskuterats, ju högre övertygelsen är angående goda vanors goda hälsoeffekter, desto mer strävar individen efter att förverkliga målet (Bandura 2004). På detta sätt känner individen kontroll, vilket kan kopplas till det WHO säger om hälsofrämjande som en process som gör det möjligt för individer att öka kontrollen över sin hälsa (WHO 1986). Kontroll är något som ofta återkommer i hälsorelaterad litteratur, exempelvis som förhållandet mellan krav och kontroll (Theorell 2012). Balansen mellan kontroll och krav tolkas vara lika viktig vid förändringsarbete som vid förebyggande av stress. Förloras kontrollen över en situation förloras oftast intresset av att fortsätta med en förändring (ibid.). Därför anses även upplevelsen av kontroll vara en viktig del att undersöka bland barn och ungdomar, kopplat till förändringsarbete och hälsofrämjande metoder. Frågan är dock hur detta skulle formuleras för att få fram tankar och upplevelser av kontroll för målgruppen barn och ungdomar? Förhoppningar finns om att denna diskussion ska väcka nya tankar för framtida forskning inom området.

6.4. Slutsats

En viktig slutsats från denna studie är att hälsoundervisningen i Hälsoprojektet inte har haft någon tydlig inverkan på hälsosam beteendeförändring för eleverna. Däremot en stor inverkan på klassens förbättrade sammanhållning, vilket kan tolkas som en positiv beteendeförändring. Någon märkbar kunskapsökning uppgavs inte, då eleverna uppgav att de hade den mesta kunskapen sedan innan, vilket leder in på nästa slutsats som går att dra utifrån studiens resultat. Kunskapsöverföring och beteendeförändring är ytterst beroende av mottagarens tro på sin egen förmåga att utföra en förändring samt kopplat till individens intresse av förändring.

Sammanfattningsvis behöver hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar fortsätta utveckla metoder för att nå goda hälsoresultat för målgruppen. Hälsorelaterade förändringar i tonåren kan antas vara starkt kopplat till intressen, gruppträck och attityder. De metoder som ansågs mest framgångsrika inom detta projekt var samarbetsövningar som resulterade i bättre sammanhållning samt värderingsövningar som resulterade i förändring av attityder. Vilket är de resultat som bör lyftas utifrån elevernas upplevelser av Hälsoprojektet.

7. Referenser

- Abdulla, H. (2013). *Fysisk inaktivitet och stillasittande bland barn och unga i grundskolan* (kandidatuppsats). Eskilstuna Västerås: Mälardalens högskola.
- Alsne, M. (2012). *Miljonsatsning på barns psykiska hälsa*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Anderson, S. E., Economos, C. D. & Must, A. (2008). *Active play and screen time in US children aged 4 to 11 years in relation to sociodemographic and weight status characteristics: a nationally representative cross-sectional analysis*. BMC public health 2008, 8:366. Doi: 10.1186/1471-2458-8-366.
- Axelsson-Landberg, T., Bernhardsson, S. & Beckung, E. (2005). *Hälsoprojekt ökar barns lust att röra på sig*. Svensk idrottsforskning, 2005(4), ss. 28-33.
- Bandura, A. (2004). *Health promotion by social cognitive means*. Health education and behavior, 2004(31), ss. 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bremberg, Sven. (2004). *Elevhälsa: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Börjesson, M., & Palmblad, E. (2013). *Styrning och ideologiska dilemman i Skolverkets skolutveckling – exemplet ANDT-undervisning*. Sociologisk forskning, 50(2), ss. 93-115.
- Danielsson, M. (2006). *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006 – grundrapport*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ericsson, I. (2003). *Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer – en intervjustudie i skolår 1-3*. Sammanfattning av doktorsavhandling. Malmö studies in educational sciences no. 6, 2003.
- Folkhälsomyndigheten. (2015 a). *Folkhälsans utveckling – elva målområden*. Hämtad 2015-06-04, från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
- Folkhälsomyndigheten. (2015 b). *Barn och ungas uppväxtvillkor*. Hämtad 2015-04-09, från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/barn-och-ungas-uppvaxtvillkor/>
- Folkhälsomyndigheten. (2013). *Samband mellan fysisk aktivitet och hälsa*. Hämtad 2015-04-09, från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet/>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.). *Teori och vetenskap*. Hämtad 2015-05-05, från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/teori-och-vetenskap/>
- Harris, J., & Cale, L. (2006). *A review of children's fitness testing*. European Physical Education Review, 12(2), ss. 225-201. doi: 10.1177/1356336X06065359
- Hälsoäventyret. (u.å.). Hämtad 2015-04-15, från: <http://www.halsoaventyret.lul.se/>

- Högskolan i Borås. (2014). *Guide till Harvardsystemet*. Version 9.2. Högskolan i Borås: Vetenskap för profession.
- Konu, A., Alanen, E., Lintonen, T., & Rimpelä, M. (2002) *Factor structure of the school well-being model*. Health education research, 17(6), ss. 732-742.
- Livsmedelsverket. (2003). *Riksmaten barn 2003 – Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Nilsson, A. (2012). *Elevhälsans uppdrag – främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen*. Skolverket.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Patton, C. G., Glover, S., Bond, L., Butler, H., Godfrey, C., Di Pietro, G., & Bowes, G. (2000). *The Gatehouse Project: a systematic approach to mental health promotion in secondary schools*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34(4), ss. 593-586.
- Socialdepartementet. (2008). *Regeringens proposition 2007/08:110 - En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad 2015-04-28, från: <http://www.regeringen.se/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>
- Scriven, A. (2013). *Ewless & Simnett – Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, C. (2007). *Gymnasieelevers upplevelser av hälsoprojekt – en kvalitativ intervjustudie* (kandidatuppsats). Örebro: Örebro universitet.
- Theorell, T. (2012). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vilhelmsson, A. (2011). *Från pest och kolera till nutida pandemihot – med en introduktion till folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- World medical association. (2013). *World medical association declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects*. The journal of the American medical association, 310(20), ss. 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.

Bilaga 1 – Missivbrev till elever

Inbjudan att delta i fokusgruppintervju för att diskutera hälsoprojektet på XX-skolan!

Hej! Jag är en student från Hälso pedagogiska programmet på Högskolan i Gävle som just nu skriver mitt examensarbete om upplevelser av hälsoprojekt. Du har nu en möjlighet att vara med och påverka fortsatta hälsoprojekt inom skolan. **Dina tankar betyder mycket!** Som deltagare får du **en biobiljett som tack** för din medverkan i en fokusgruppintervju. Intervjun kommer att pågå i ca 45 minuter och hållas i skolans lokaler under skoltid.

Vad är en fokusgrupp?

En fokusgruppsintervju innebär att en grupp personer diskuterar kring ett särskilt ämne (i detta fall deltagandet av Hälso projektet). Syftet är att dina tankar och upplevelser av projektet ska förbättra kommande hälsoprojekt inom skolan, så att vi kan arbeta med att förbättra ungdomars hälsa på bästa sätt.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och du kommer att vara anonym i studien, vilket betyder att det inte kommer gå att spåra just dina tankar och åsikter i det slutliga resultatet. Intervjun kommer att spelas in (i stället för att antecknas) men endast användas till denna studie och därefter raderas.

Hör av er om ni har några frågor!

Hannah Bengtson
Hälso pedagogiska programmet i Gävle
070 - xxxxxxxx
xxxxxxx@student.hig.se

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Hälsoäventyret
018 – xxxxxxxx
xxxxxxxxxxx@lul.se

Bilaga 2 – Information och samtycke till vårdnadshavare

Ditt barn har fått en inbjudan att delta i en fokusgruppintervju för att diskutera Hälsoprojektet på XX-skolan!

Hej! Jag studerar det Hälsopedagogiska programmet på Högskolan i Gävle och skriver just nu mitt examensarbete om upplevelser av hälsoprojekt. Ditt barn har fått en inbjudan till att delta i en fokusgruppintervju för att diskutera det pågående Hälsoprojektet på XX-skolan. Ditt barns tankar och åsikter betyder mycket!

Vad är en fokusgrupp?

En fokusgruppsintervju innebär att en grupp personer diskuterar kring ett särskilt ämne (i detta fall deltagandet av Hälsoprojektet). Syftet är att ditt barns tankar och upplevelser av projektet ska förbättra kommande hälsoprojekt inom skolan, så att vi kan arbeta med att främja ungdomars hälsa på bästa sätt.

Intervjun kommer att pågå i ca 45 minuter och hållas i skolans lokaler under skoltid. Som tack för sin medverkan får ditt barn en biobiljett. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och anonymt, vilket betyder att det inte kommer gå att urskilja enskilda personers åsikter och tankar i det slutliga resultatet. Intervjun kommer att spelas in (i stället för att antecknas) men endast användas till denna studie och därefter raderas.

Om du som vårdnadshavare **inte samtycker** till ditt barns medverkan, hör av er innan den 20 april!

Hannah Bengtson
Hälsopedagogiska programmet i Gävle
070 - xxxxxxxx
xxxxxxx@student.hig.se

xxxxxxxxxxxxxxxxxx
Hälsoäventyret
018 –xxxxxxx
xxxxxxxxxx@lul.se

Bilaga 3 – Intervjuguide

Ni har ju blivit utvalda att delta i det här pilotprojektet som har utförs av skolsköterskan och Hälsoäventyret...

- 1. Vad tycker ni om att vara med i Hälsoprojektet? (laget runt)**
Hur känns det att vara med?
- 2. Det började med en brainstorming på Hälsoäventyret, minns ni vad ni pratade om då, vad som togs upp?**
Tycker ni att projektet har tagit med de delar som ni tog upp under brainstormingen?
- 3. Hur upplevde ni utomhusdagen i Hågadalen?**
Vad minns ni av aktiviteterna? Har ni lärt er något nytt?
Hur upplevdes/kändes det att göra samarbetsövningarna?
- 4. Ni hade en halvdag då ni fick prata om mat & göra frukost, vad minns ni av det?**
Hur var det/vad tyckte ni om det?
Vad minns ni av kortfilmen som visades om energidryck? Lärde ni er något nytt?
Har ni pratat om frukost och energidryck efteråt, hemma/med vänner? Berätta.
Vad minns ni av värderingsövningarna?
Hur kändes det när ni fick frågor om skolmat, respekt och vänskap?
Har ni ändrat era matvanor något?
- 5. Ni var på Hälsoäventyret och pratade om sömn & stress, vad minns ni av det?**
Har ni pratat med varandra om detta efteråt? Ex. vad som stressar/inte stressar er?
Har ni funderat över era egna sovvanor? Hur har ni tänkt?
Har ni funderat över er egen användning av mobil/dator? Har ni ändrat något?
- 6. Har ni upplevt någon skillnad i klassen under projektets gång?**
På vilket sätt? Hur känns det i klassen just nu?
- 7. Vad skulle ni vilja ha med om projektet fortsätter?**
Vad skulle ni vilja göra? Är det något ni saknar?
Vad har varit roligt/mindre roligt med dessa dagar?
Vad tycker ni om att projektet skulle bli ett projekt för hela skolan?
- 8. Är det något mer ni vill tillägga?**