

Tro på å lykkes fremmer atferdsendring

Publisert i Sykepleien nr. 14/1998

Et sentralt spørsmål innen helsefremmende virksomhet er på hvilket grunnlag vi tar beslutningen om å leve et sunt liv. Erfaringen viser at saklig informasjon ikke er tilstrekkelig. Avgjørende for en atferdsendring er hvilke forventninger vi har til å lykkes og til å oppnå det vi ønsker med den nye atferden.

Av stud. dr. polit. Gerd Karin Natvig

I denne artikkelen vil jeg se på Banduras mestringsforventningsbegrep (1,2,3) og drøfte hvordan dette begrepet kan bidra til forståelse for hva som skjer når vi tar beslutningen om å leve et sunt liv. Artikkelen vil også rette søkelyset mot problemet med helseopplysning slik den tradisjonelt sett har vært drevet som ren formidlingsaktivitet. Tanken bak en slik virksomhet har vært at saklig informasjon er tilstrekkelig til å få folk motivert til å leve sunt. Nyere forskning viser at dette ikke alltid er tilfelle(4). Evaluering av helseopplysningskampanjer viser at disse ofte har en begrenset effekt. Det er særlig såkalte utsatte grupper som ikke lar seg overtale på denne måten.

Helsefremmende arbeid

Begrepet *helsefremmende virksomhet* ble første gang formulert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i Ottawa charteret (5): "Helsefremmende arbeid er den prosess som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse. For å nå fram til en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø."

Definisjonen avspeiler et holistisk helsebegrep slik det beskrives hos Nordenfelt (6). Helse blir sett på som et positivt begrep som rommer mer enn fravær av sykdom alene og som et relativt begrep som ikke kan studeres isolert ute av sin meningssammenheng. Definisjonen avspeiler også en oppfatning av helse som autonomi (7) hvor helsearbeideren ikke har en rolle som autoritet, men arbeider etter premisser lagt av den enkelte mottaker av helsetilbudet. Helsefremmende arbeid må derfor også omfatte langt flere forhold enn kun de som angår vår livsstil. Hvis god helse er å betrakte som en ressurs i det daglige liv, vil ikke *helsefremmende arbeid* bare angå helsesektoren, men måtte involvere såvel politikk som sosial- og skolevesen samt medier:

Helsefremmende arbeid på samfunnsnivå vil omfatte både helsepolitikk og prispolitikk.

På gruppenivå vil arbeidet kunne bestå i å finne grunnlag for menneskelig samhandling og mulighet for sosial støtte.

På individplan vil fokus være på personlige egenskaper og ressurser som gjør den enkelte i stand til å foreta egne valg innen helse og livsstil.

For helsearbeideren vil konsekvensen være en annen og mer omfattende rolle enn den som ligger inkludert i informasjonsarbeid.

Mestringsforventning i sosial kognitiv teori

Mestringsforventning blir av Bandura (3) beskrevet som den viktigste komponenten i sosial kognitiv teori. Begrepet har vært gjenstand for en omfattende empirisk forskning (4), og er blitt benyttet som forklaringsramme for menneskelig handling, utvikling og læring. Banduras egne forskningsarbeider har vært konsentrert rundt spørsmålstillinger om hvordan forventning om mestring hjelper folk til å få innflytelse over tankeprosesser og atferdsmønstre. Forskningsresultatene er anvendbare innen en rekke

ulike felt som forklaring på helsevaner, på idrettsprestasjoner og på skoleprestasjoner. Bandura er opptatt av hvilke mekanismer som gjør det mulig at kunnskap kan omdannes til handling. Han legger vekt på psykologiske faktorer som selvregulering og motivasjon for å forklare dette fenomenet.

Sosial kognitiv teori kan benyttes til å belyse hvilke forhold som kan motivere til atferdsmønstre som fremmer god helse (4). Det teoretiske grunnlaget for denne forskningen legger vekt på hva personen selv kan gjøre for å endre en helseskadelig atferd. Her blir helseatferd sett på som en beslutningsprosess basert på en systematisk bearbeiding av tilgjengelig informasjon.

Mestringsforventning (3) defineres som *fólks vurdering av de evner de har til å organisere og utføre de handlinger som kreves for å få gjennomført spesielle typer oppgaver.*

I denne sammenhengen betyr det at den enkelte person må vite at han\hun virkelig klarer å gjennomføre den endringen i livsstil som må til for å leve et sunt liv. Overbevisningen om at vi skal få det til er helt avgjørende for resultatet. Bandura gir en oversikt over forskningsresultater (3) som viser at forventningen om mestring er en bedre indikator på hvordan våre framtidige prestasjoner skal bli, enn våre prestasjoner var ved en tidligere anledning. Denne forventningen vil selvsagt også inneholde resultatet av tidligere innsats, men mestringsforventning bygger på flere faktorer enn kunnskaper og prestasjoner alene. Bandura argumenterer for at tankeprosesser på denne måten kan brukes til å utøve kontroll over egne handlinger.

Kilder til mestringsforventning

Spørsmålet blir hvilke faktorer som bygger opp denne forventningen om mestring. Den viktigste kilde til mestringsforventning er egne erfaringer (2). For Bandura betyr erfaring mer enn innøving av vaner rent mekanisk sett. I erfaringsbegrepet ligger utvikling av kognitive og handlingsrettede ferdigheter som kan benyttes i livssituasjoner under stadig endring. Det er mange ulike typer forhold som regulerer i hvilken grad erfaring skal påvirke og endre en persons forventning om mestring. Det gjelder forhold både ved den enkelte person og ved situasjonen eller i omgivelsene. Ifølge Bandura (3) er personlig mestring en del av vårt selvsystem. Dette selvsystemet har innvirkning på hva folk blir oppmerksom på ved omgivelsene, hvordan de tolker og organiserer informasjon og hva de henter fram igjen fra hukommelsen. Slik blir mestringsforventning både et produkt av og en oppbygging av erfaring. Hvilken betydning nye opplevelser har og hvordan man rekonstruerer dem i hukommelsen, avhenger til dels av styrken på den selvoppfatningen som den nye erfaringen skal integreres i. Erfaringer som er inkonsistente med ens selvoppfatning har en tendens til å bli nedtonet eller glemt. Mens erfaringer som samsvarer med tidligere oppfatninger, blir lett både oppfattet og husket. Av andre forhold som virker inn på erfaringens betydning for mestringsforventning, kan nevnes oppgavens vanskelighetsgrad, vurdering av innsatsen som er satt inn under utføringen, grad av ytre hjelp under gjennomføringen samt en vurdering av tidligere suksess eller fiasko. Når det gjelder suksess, har det vist seg at samme nivå av suksess kan ha ulik innvirkning på grad av mestringsforventning. Samme grad av suksess kan øke eller minske en persons forventning om mestring avhengig av den enkeltes tolking av både personlige og situasjonsbestemte variabler.

Konsekvenser for helsearbeid

Som vi ser av avsnittet over, er en hel rekke sosial kognitive faktorer med i bildet i vurderingsgrunnlaget for framtidige prestasjoner. Det gjelder ikke bare rent faktiske kunnskaper, men vår egen vurdering og avveining av disse kunnskapene. Spørsmålet er hvilke konsekvenser vi kan trekke av dette i forhold helsefremmende virksomhet.

Helseopplysning har alltid vært en viktig del av det forebyggende helsearbeidet. Informasjon har vært drevet etter prinsippet om at kunnskap (**K**nowledge) fører til endring av holdning (**A**ttitude) som så blir etterfulgt av atferdsendring (**P**ractice), den såkalte KAP-modellen. I de senere år har man imidlertid stilt spørsmål ved om denne modellen er for enkel. Vi vet at mange holder fast ved en usunn livsstil selv etter at kunnskapene om helseskadelige konsekvenser er formidlet til dem. Det dreier seg om en komplisert beslutningstakingsprosess som innebærer å få til en endring av en usunn livsstil, som

av utøveren selv oppfattes som en viktig side ved sitt eget liv.

Modeller for helsefremmende virksomhet innen kategorien sosial kognitiv teori har representert en nyskaping i riktig retning. Disse tar utgangspunkt i personens oppfatning av seg selv og sitt forhold til omgivelsene, og har oppmerksomheten rettet mot sosial kognitive faktorer, som for eksempel i hvilken grad vi oppfatter at en ny livsstil virkelig vil være helsefremmende for oss selv og vår egen helse. Betydningen av sosialt press og hvilke praktiske muligheter vi har for å gjennomføre en ny, sunn livsstil er blant disse sosial kognitive faktorene.

I motsetning til KAP-modellen og dens kampanjepregede virksomhet, framstår sosial kognitiv teori som mer individrettet. Forventningen om mestring er basert på forhold både ved personen og ved den situasjonen vedkommende er i. Teorien har derfor et bredere forklaringsgrunnlag enn KAP-modellen som baserer seg på kunnskaper alene.

Kunnskaper og fakta er også hos Bandura basale komponenter i helsefremmende arbeid. Han hevder imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig til å få til en atferdsendring. Først dersom det i tillegg til kunnskaper finnes ferdigheter til å bruke kunnskapene pluss en forventning om å mestre dette, vil disse faktorene tilsammen kunne sikre en sunn livsstil. Den rette type kunnskap kan karakteriseres ved at den endringen som kunnskapen omfatter, har et relativt kort tidsperspektiv. Kunnskapen vil også ha en bedre motiverende effekt dersom den er positivt formulert. Altså vil et håp om en kortsiktig positiv gevinst av atferdsendringen virke sterkere enn tanken på at man ved å endre atferd kan unngå en framtidig sykdom. I forhold til røykeavvenning vil, for eksempel, dette bety at oppmerksomheten bør rettes mot mulighetene for å få bedre økonomi, bli kvitt luktplager og oppnå bedre idrettsprestasjoner heller enn faren for en cancersykdom langt fram i tid. Dette er i tråd med det man anser som et sentralt trekk ved helsefremmende virksomhet og dens syn på helse som et positivt begrep. Det som videre skiller sosial kognitiv modell fra KAP-modellen, er valg av formidlingsmetode. KAP-varianten kommer til kort som en enkel formidlingsmodell basert på enveiskommunikasjon. Den gir ingen mulighet til justering av innholdet underveis slik at det blir individuelt tilpasset. Mottakeren av informasjonen blir dermed en passiv tilhører. Effektiv helseinformasjon er individrettet. Å inkludere sosial kognitive aspekter vil gjøre budskapet mer skreddersydd i forhold til den enkeltes behov for informasjon. Sosial kognitiv teori kan brukes som grunnlag for det veiledningsarbeidet som foregår i dialogform. Det er også utviklet en egen selvreguleringsmodell for helsefremming basert på sosial kognitiv teori (3). Den er multimediebasert og tar i bruk blant annet video og dataprogramvare. Innen programvare finnes for eksempel informasjon om hvordan atferdsendring kan gjennomføres trinnvis og med støtte i konkrete målsettingsformuleringer og bruk av belønningssystemer underveis. For hver risikofaktor får man detaljert veiledning om hvordan helsevaner kan endres og med mulighet til oppfølging med tilbakemelding om framgang. En slik modell er i bruk ved Stanford Center for Research in Disease Prevention, Health Promotion Resource Center som ledd i et skolebasert helsefremmingsprogram (8) og som grunnlag for pasientundervisning (9).

Vurdering av sosial kognitive faktorer som grunnlag for beslutninger om helsefremmende atferd, har ført opplysningsarbeidet et langt skritt framover ved å ta hensyn til det komplekse forhold som endring av livsstil i virkeligheten er. Fortsatt dreier det seg imidlertid om rasjonelle og målrettede beslutninger slik de beskrives i atferdstradisjonen i psykologi. Sosial kognitiv teori mangler noe av den dynamikken som er nødvendig for et relevant og omfattende forklaringsgrunnlag. Teorien forklarer ikke det kompliserte samspillet som finnes mellom faktorene i en beslutningsprosess av denne art. Den vekt som legges på sosial kognitive forhold, skyver fokus bort fra andre og like viktige sider, som betydningen av emosjoner og verdier. Hvis en person for eksempel ikke anser god helse som en viktig verdi, men heller ser på risiko som en viktig side ved livet, vil ikke kunnskaper om helseskadelig livsstil ha noen virkning og ikke føre til endret atferd. Endring av livsstil er en krevende omstillingsprosess som bygger på det Taylor (10) kaller for en *sterk vurdering*. Sterke vurderinger er begrunnet i verdier og i en dyptgående evaluering av hva jeg som person kan tenke meg å gjøre når jeg har valgmuligheter. *Svake* vurderinger derimot, trenger ikke en slik begrunnelse. De består i å gjøre et valg som inneholder noe jeg ønsker, uten at dette ønsket blir begrunnet i et verdivalg. Det kan derfor tenkes at beslutninger tas på et bredere grunnlag enn det sosial kognitive og at våre handlinger ikke

alltid er bare innsiktsfulle og rasjonelle.

Sosial kognitive faktorer gir altså heller ikke et bredt nok forklaringsgrunnlag siden emosjoner og verdier ikke har noen plass i modellen. Pedagogisk teori omfatter imidlertid alternative modeller som bygger på andre oppfatninger om kunnskap og læring (11). Innen både humanistisk og kritisk tradisjon er prinsippene om *elevmedvirkning* og *involvering* sentrale. Det blir ansett som viktig at elevene ikke er passive mottakere av stoff som formidles til dem men har et aktivt forhold til lærestoffet. For Bandura (3) er det også av betydning at innlæring foregår ved hjelp av egenaktivitet, men han har en begrunnelse for aktivitetsprinsippet som man tradisjonelt sett finner innen læringsteori. For Bandura betyr aktiviteten at personen i innlæringsfasen er sikret tilbakemelding på handlingen. Hvorvidt tendensen til å gjenta den aktuelle handlingen skal forsterkes eller svekkes, avhenger i vesentlig grad av om reaksjonen den får er positiv eller negativ. Hans forklaring på prinsippet om aktiv deltaking har altså sin forankring i atferdsteori. Innen humanistisk tenkning er det derimot et viktig prinsipp at kunnskap ikke skal formidles fra andre men oppdages og skapes av den enkelte selv. Det gir kunnskapen et individuelt og personlig preg. En av forutsetningene for en slik kunnskapsutvikling ligger i valg av undervisningsmetode. Pedagogikken bør være elevstyrt heller enn lærerstyrt. Kunnskap som utvikles på denne måten, får et personlig innhold. Det gir en oppfatning av at dette angår meg. Det er ikke en abstrakt eller ytre form for erkjennelse og er heller ikke kunnskap løsrevet fra kulturelle og verdimesse forhold.

En slik type kunnskap som er satt inn i en sammenheng og tilpasset den enkeltes behov, er et viktig grunnlag for helsefremmende virksomhet. Helsefremmingsbegrepet er lansert som et alternativ til forebygging og som en reaksjon på det man oppfatter som autoritært og ekspertstyrt ved denne type virksomhet. I forhold til helsefremming, som har som sitt uttalte mål å gjøre den enkelte i stand til å foreta egne valg omkring egen helse, framtrer informasjonsvirksomhet som ekspertstyrt. Den har også vært ledet av helsepersonell som gjerne har vært mindre villige til å arbeide på mottakerens premisser. Dette kan ha betydning for hvordan helsefremmende arbeid kan praktiseres i fremtiden. Helsefremmende arbeid som ideologi ligger nært opp til den virksomhet som sykepleierne alltid har sett på som viktig men som vi ikke alltid har hatt ressurser til å gjennomføre. Det burde derfor være nærliggende at vi tar opp og viderefører noe av den forskningen som ligger der allerede nå og som er utviklet innen et annet fagfelt, nemlig psykologi.

Hvis vi tar helsefremmende arbeid blant skolebarn som eksempel (12), vil virksomheten kunne bestå i å støtte lærerne i deres daglige arbeid med elevene. Foruten det rent kunnskapsmessige som angår betingelser for helse, vil det være viktig å skape forutsetninger for god helse i hele skolemiljøet. Det kan dreie seg om å arbeide for et godt psykososialt klima eller å arbeide med elevene enkeltvis for å styrke deres evner til å gjøre egne valg i retning av god helse. I så fall vil helsearbeideren ha en rådgiverrolle og være en av deltakerne i et tverrfaglig miljø.

LITTERATUR:

1. Bandura, A (1977) Social Learning Theory, Prentice Hall
2. Bandura, A (1986) Social Foundations of Thought and Action, Prentice Hall
3. Bandura, A (1997) Self-Efficacy, The Exercise of Control, W.H. Freeman and Comp.
4. Conner, M & Norman, P (1995) Predicting Health Behaviour, Open University Press
5. WHO (1987) Ottawa charteret for helsefremmende arbeid, Helsedirektoratet
6. Nordenfelt, L. (1987) On the Nature of Health, D.Reidel Publishing Comp.
7. Naidoo, J. & Wills, J. (1994) Health Promotion, Foundations for Practice, Balliere Tindall
8. Altman, D.G. et al. (1998) Psychosocial Factors Associated with Youth Involvement in Community Activities Promoting Heart Health, Health Education and Behavior (In press).
9. Lorig, K. (1996) Patient Education, SAGE publ.
10. Taylor, C. (1985) Philosophical Papers vol.1, Human Agency and Language, Cambridge
11. Joyce, B & Weil, M. (1992) Models of Teaching, Prentice, Hall Inc.
12. Wold, B. & Klepp, K-I (1996) Helsefremmende arbeid i skolen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 33, 734-742