AARHUS UNIVERSITET

Eksamensforside til

MASTER - STUDERENDE

i: Sundhedspædagogik (fx Antropologi)

Prøvens navn (iht. Studieordningen): Modul 3: akademisk/faglig artikel (fx valgfag)

Hvis der er udbudt en "kursustitel": Sundhedpædagogik, læring og kompetenceudvikling (fx urbanisering)

ECTS: 15

Antal anslag: 35912

(En normalside svarer til 2400 enheder inkl. mellemrum)

Undervisers navn: Karen Wistoft (vejeder)

Har du/I fået dispensation? Ja ☐ Nej ☑

Afleveringsdato 28.12.12

Afleveres af:

Studienr: 20110419 **Navn:** Naja Rubin **Mobil:** 61 69 05 93 **Mail:** Najarubin@hotmail.com

Studienr: _____ **Navn:** _____ **Mobil:** _____ **Mail:** _____

Studienr: _____ **Navn:** _____ **Mobil:** _____ **Mail:** _____

Studienr: _____ **Navn:** _____ **Mobil:** _____ **Mail:** _____

Studienr: _____ **Navn:** _____ **Mobil:** _____ **Mail:** _____

Jeg/vi bekræfter med min/vores underskrift, at opgaven er skrevet af mig/os alene. Jeg/vi har muligvis fået inspiration ved at diskutere opgaven med andre, men der er ikke kopieret fra eget eller andres arbejde uden at det er angivet.
Det bekræftes endvidere, at alle anvendte kilder i denne opgave, herunder Internet-kilder, er angivet på følgende måde:

- direkte citater er markeret som citater og kilden til hvert citat er angivet
- hvor opgavens tekst udgør opsummering eller parafrasering af andres arbejde, er reference til dette arbejde tydeligt angivet
- kildeangivelser er markeret på det sted i teksten, hvor materialet er brugt, enten ved at referencen er skrevet ind i teksten eller ved en fodnote. Kilden indgår også i opgavens litteraturliste.

Underskrift(er)

_____

Opgave + forside skal være hæftet sammen øverst i venstre hjørne.

Save Print

Indhold

Abstrakt 2
Nøglebegreber 2
Introduktion 2
Definition af sundhed 3
Definition af skønhedsundervisning 3
Handling og handlekompetence 3
Baggrund og problemstilling 4
Tese 1: 5
Tese 2: 5
Tese 3: 5
Tese 4: 5
Beskrivelse af metode 5
Review 5
Review 1 6
Review 2 7
Review 3 9
Behandling af problemstilling 10
Bearbejdelse af tese 1 11
Bearbejdelse af tese 2 11
Bearbejdelse af tese 3 13
Bearbejdelse af tese 4 14
Konklusion 16
Perspektivering 16
Note om forfatterens baggrund 16
Litteraturliste 17

Abstrakt

En sund sjæl i et skønt legeme? Denne artikel belyser spørgsmålet *Kan skønhedsundervisning føre til øget sundhed for unge?* Der tages udgangspunkt i anbragte kostskoleelevers sundhedsundervisning, der netop anvender skønhedsundervisning som en tilgang til sundhed. Der opstilles 4 teser, som hver fokuserer på udfaldet af denne skønhedsundervisning.
Artiklen tager udgangspunkt i elevernes sundhedsbegreb, der i høj grad handler om at være attraktiv og at se godt ud. Med dette sundhedsbegreb in mente, knyttes an til elevernes interesse, når undervisningen tilrettelægges og gennemføres. Nærværende artikel analyserer og diskuterer hvorvidt, der opnås større sundhed, når ~~der~~ skønhedsundervisning anvendes som tilgang til sundhedsundervisning. Der konkluderes, at skønhedsundervisning kan være en gangbar tilgang til kostskoleelevers – og dermed unges – sundhedsundervisning.

Nøglebegreber

- Sundhedsundervisning
- Skønhedsundervisning
- Velvære
- Livskvalitet
- (kost)skoleelever

Introduktion

Kan skønhedsundervisning føre til øget sundhed for unge?

Dette spørgsmål søger denne artikel at besvare. Fra min praksis som lærer på en kostskole, finder jeg flere indicier, der peger i retning af, at undervisning i skønhed kan føre til øget sundhed hos unge. Unges sundhedsbegreb handler om at være attraktiv; at se godt ud (Rubin, 2011). Unge interesserer sig ikke for deres helbredstilstand 10-20 år ud i fremtiden. De opfatter sundhed som et middel og ikke et mål; sundhed er et middel til at fremme udseendet. Det er underordnet, om det er sundt/usundt i gængs forstand, hvis ikke det betyder noget for udseendet - eller bidrager til at blive anerkendt af det fællesskab, man befinder sig i.
Det lovmæssige udgangspunkt for den pædagogiske praksis fordrer, at man tager udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb. Det beskrives: *at læring er en proces, som forudsætter, at den enkelte er aktivt involveret med både krop og sjæl.* (UVM 2009).

Ifølge formålsparagraffen skal *undervisningen knyttes til elevernes egne oplevelser, erfaringer og begreber for at medvirke til udvikling af engagement, selvtillid og livsglæde.*

Det beskrives eksplicit, at tidligere tiders sundhedslære havde til formål at ændre elevernes adfærd hen imod 'det rigtige', hvilket ofte endte med at blive *kedeligt, handlingslammende og ansvarstyngende,* hvilket der tages afstand fra (UVM 2009).

I formålsparagraffen fremhæves vigtigheden af, at *eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.*

Definition af sundhed

I denne artikel benyttes den definition af sundhed, som WHO har formuleret:

Sundhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom.

Denne definition stemmer overens med den lovmæssige ramme, der er givet fra Ministeriet for Børn og Undervisning og eksplicit udtrykt i faghæfte 21. (UVM 2009). Udgangspunktet er det positive og brede sundhedsbegreb, som vi kender udfoldet i Bjarne Bruun Jensen firefeltsmodel. Sundhedsbegrebet er positivt, fordi det defineres med livskvalitet - og ikke kun som fravær af sygdom. Det er bredt, da det inddrager sammenhænge mellem levevilkår og livsstil. (Jensen 2009).

Definition af skønhedsundervisning

Med skønhedsundervisning menes, at eleverne bliver undervist i områder indenfor kosmetologien. Helt konkret foregår undervisningen i samarbejde med en kosmetolog, der lærer eleverne færdigheder i at udføre elementer fra en kosmetologs håndværk: at rette bryn med voks og pincet, farve øjenbryn og vipper, pleje huden, lægge makeup, manicure, pedicure, fjernelse af uønsket hårvækst ved voksbehandling, negleteknik mm. Eleverne skal lære at udføre behandlingerne – og de skal opleve selv at blive behandlet. Udover dette undervises i forretningsprincipper og i, hvordan man agerer overfor kunder.

Linjerne er valgfri

Skønhedsundervisningen er en del af sundhedsundervisningen på kostskolens sundhedslinje. Sundhedslinjen foregår to eftermiddage om ugen, hvor den ene bliver anvendt til skønhedsundervisning. Den anden eftermiddag er der krav om, at eleverne skal være fysisk aktive. Dette krav er stillet af læreren i samarbejde med kosmetologen. Læreren og kosmetologen har linjen i samarbejde. Læreren er fastansat på skolen, kosmetologen er eksternt ansat.

Handling og handlekompetence

Handlekompetence er et kernebegreb hos Bjarne Bruun Jensen (Jensen 2009). Ifølge Jensen handler sundhedspædagogik om at skabe forandring og forbedring inden for det sundhedsmæssige område. Forandringerne skabes gennem handlinger, som den pågældende deltager aktivt i og med egne visioner og forslag. Målgruppens handlinger iværksættes på baggrund af deres handlekompetence. *Målgruppens handlekompetence udvikles og kvalificeres på baggrund af en dialog med en professionel.* (Jensen, 2009, s.221).

Handlekompetence beskrives af didaktikeren Karsten Schnack (Schnack 1998) som et dannelsesideal baseret på en skelnen mellem bevægelser og handlinger. Ifølge Schnack, er det kun mennesker, der kan handle. Handling er mere end den færdighed at bevæge sig. I begrebet handlekompetence ligger der et motiv og en ansvarlig handling. (Schnack 1998, s. 300). Handlekompetence bliver da forenklet sagt lig med færdighed samt refleksion over egne handlinger (ansvarlighed).

Når begrebet 'handling' anvendes i denne artikel, skal det forstås synonymt med gøren. Dette betyder, at der ikke nødvendigvis er sundhedsfremmende intentioner bag denne handling/gøren. Intensionen bag handlingen kan være at opnå noget her og nu. Handlekompetence i denne artikels forstand betyder at have kompetence; myndighed; at være kvalificeret til at handle; at kunne gøre

noget, og det indebærer ikke nødvendigvis en refleksion eller en dybereliggende intension (om at fremme egen sundhed). Denne artikels definition af handlekompetence adskiller sig altså fra Schnacks definition ved ikke at tillægge den bagvedliggende intension afgørende betydning. Ligeså adskiller begrebet sig fra Jensens, som beskriver, at handlekompetence udvikles og kvalificeres på baggrund af en samtale. Denne artikels forfatter argumenterer for, at handlekompetence kan opnås på baggrund af en handling og altså ikke nødvendigvis på baggrund af en dialog.

Baggrund og problemstilling

Det er forfatterens opfattelse, at der i den danske folkeskole og i samfundet generelt har hersket en forestilling om, at 'skønhed/sundhed kommer indefra'. Dette er sandsynligvis en remisens af kvindefrigørelsen i 1970'erne; man hyldede mangfoldigheden, og man skulle ikke ændre sit udseende. Alle skulle være naturlige, og det var decideret kvindeundertrykkende, hvis en kvinde f.eks. fjernede hårvækst, brugte sminke eller anvendte en brystholder. Man var skøn fra naturens side. Denne sundhedsopfattelse deles ikke af de unge i dag.

Unge mennesker i dag har et andet skønhedsideal. Kroppen bliver dyrket, og det giver status at være slank og veltrænet. Medierne har stor indflydelse, og idealet er næsten uopnåeligt for den almindelige teenager. Fremstillingen af skønhedsidealet mere end antyder, at hvis bare man er slank og smuk, kommer man til at opnå lykke, rigdom og succes.

Dette er ikke en artikel udi skønhedsidealernes udvikling, men det er et vigtigt perspektiv at have med, når skønhedsundervisning anvendes som tilgang til sundhedsundervisning – især fordi skønhedsundervisning i nogens øjne er en illegitim tilgang til sundhed. Det ville være mere legitimt, hvis eleverne blev undervist i de elementer, der typisk relaterer sig til kost, rygning, alkohol og motion, de såkaldte KRAM-faktorer, som er biomedicinsk funderet. Der er flere perspektiver heri.

Den biomedicinske tilgang indeholder kendte og let tilgængelige evalueringsformer: man kan opstille mål, som man kan evaluere helt konkret ved f.eks. at måle og veje, hvorvidt de er nået. Der eksisterer en del evidensbaseret forskning, der entydigt påviser sammenhængen mellem KRAM-faktorerne og disses påvirkning af folks sygdom og gennemsnitslevetid. KRAM-faktorerne bliver derved et udtryk for en persons sundhed. Megen sundhedspædagogik har bestået i, at få folk til at ændre usunde vaner relateret til KRAM-faktorerne. Flere sundhedspædagogiske teorier går ud på, at man via samtale gør eleven/patienten/klienten/borgeren bevidst om, hvad det gode valg vil være og derved få vedkommende til selv at eftertragte det. Næste skridt er, at personen i samarbejde med den sundhedsprofessionelle finder løsninger i retning af sundere valg – sundere ift. KRAM-faktorerne. Tanken er, at hvis en person erkender noget og gør det til sit eget projekt (har visioner), så vil han eller hun også handle derefter, og derved opstår sundhed ud fra personens ønske eller vilje til sundhed (altså via en styrkelse af handlekompetencen).

Denne artikels forfatter har erfaring med, at unge (kostskoleelever) kan opnå kompetence til at handle sundt ved en handling og ikke nødvendigvis ved at føre dialog med en sundhedsprofessionel.

Forfatteren af nærværende artikel anerkender den evidensbaserede tilgang til sundhed, men er drevet af et andet fokus, nemlig at se sundhed mere bredt ved at fokusere på velværedelen i sundhedsdefinitionen. Ikke desto mindre er forfatteren selv underlagt samtidens fokusering af et smalt sundhedsbegreb. Bliver eleverne sundere af at rette bryn på hinanden? Kan sundhed komme udefra – og derved påvirke 'den indre sundhed'? Eller sagt på en anden måde: Kan man erhverve

sig handlekompetence uden at være sig det bevidst/uden at have intentionen? Kan man gennem en handling uden målrettede intentioner opnå kompetence til at handle på andre områder? Og altså på den måde opnå denne eftertragtede størrelse inden for det sundhedsfaglige område?

Intensionen med denne artikel er at undersøge, om skønhedsundervisning kan øge unges sundhed. Derfor opstilles fire teser, der belyser emnet med hver sin vinkel. For overskuelighedens skyld opstilles de synoptisk, selvom de naturligvis griber ind i hinanden. Ligeledes kunne der have været opstillet andre eller flere teser, men ud fra forfatterens erfaring og vurdering, er nedenstående de væsentligste.

modtager får motivation

Tese 1:
Når eleverne oplever, at de kommer til at se bedre ud, får de lyst til at gøre mere for sig selv. Dette er første skridt blandt en lang række hen mod mere sundhed.

modtager får omsorg velvære

Tese 2:
Når nogen gør noget for en, som man godt kan lide, får man det bedre. Jo bedre man har det, desto mere overskud har man til at gøre noget ved egenomsorg og dermed sin egen sundhed. Omsorg fører til velvære.

giver bliver ressource

Tese 3:
Når man kan give noget eftertragtet til andre, bliver man en ressourceperson (frem for en modtager /et offer). Oplevelsen af, at man er en ressourceperson fører til, at man rent faktisk får flere ressourcer. Jo flere selvvurderede ressourcer, desto større bliver ens handlerum.

både modtager og giver

Tese 4:
Når man er med i et fællesskab, styrkes ens evne til læring og udvikling. Dette bidrager til livskvalitet.

· Inklusion
· Berøring

Beskrivelse af metode

Denne artikel er blevet til på baggrund af forfatterens nyopdagede tilgang til unges sundhed. Udgangspunktet er anbragte kostskoleelever, men eftersom de er mellem 13-17 år, går de også under betegnelsen unge. Når de er i skoleregi, omtales de som elever, og ellers som 'unge'. Der opstilles 4 teser, som diskuteres en efter en. Denne metode anvendes til systematisk at analysere problemstillingen: *Kan skønhedsundervisning føre til øget sundhed for unge?* Forfatteren har researchet i pædagogiske og psykologiske databaser for at belyse, hvad der er skrevet omhandlende emnet. Dette er mundet ud i 3 reviews, som indgår som teori, når det skønnes relevant i behandlingen af de opstillede 4 teser. For overskuelighedens skyld inddrages teori og diskussion direkte i bearbejdelsen af teserne, som udgør kroppen i denne artikel. Når vigtige pointer fra bl.a. Løgstrup og Lars-Henrik Schmidt trænger sig på i diskussionen, inddrages de ligeledes direkte i bearbejdelsen af problemstillingen.

Review

For at belyse, om skønhedsundervisning kan øge unges sundhed, har forfatteren til denne artikel været på udflugt i forskellige pædagogiske og psykologiske databaser, hovedsagligt i ERIC (Educational Resources Information Center) og i Google Scholar. Der er blevet søgt med lys og

lygte efter artikler, hvor kosmetologi/skønhed og pædagogik er forbundet med samme formål, som i denne artikel, men det er ikke lykkedes at finde noget brugbart. Derfor er søgeordene undervejs blevet ændret, således at kosmetologi og skønhed er udgået, og der i stedet er søgt på, hvad forfatteren mener, at skønhedsundervisningen fører med sig: velvære, lykke(følelse) og livskvalitet.

Søgeord: mental sundhed/mental health, sundhedspædagogik/sundhedsundervisning (health education), velvære (well-being), unge (adolescents) og livskvalitet (quality of life).

Til reviewet er valgt to artikler og et uddrag af en bog.
Den første artikel er en specialeafhandling fra Roskilde Universitet, *Folkeskolen i spændingsfeltet mellem brede og snævre sundhedsstrategier: En specialeafhandling om Den Sundhedsfremmende Skole.* (Haahr & Lema 2011). Den er valgt, fordi den netop omhandler spændingsfeltet mellem brede og snævre sundhedsstrategier. Afhandlingen belyser forskellen mellem det bagvedliggende positive og brede sundhedsbegreb og det biomedicinske, snævre sundhedsbegreb – og hvordan det udmønter sig i praksis, netop ved, hvilken sundhedsstrategi, der vælges.

Den anden artikel omhandler sundhedsstrategier og sundhedsviden blandt unge i Danmark, *Health strategies and reservoirs of knowledge among adolescents in Denmark.* (Wistoft 2009). Den tager sit udgangspunkt i kvalitativ forskning af, hvordan sundhed opfattes af elever mellem 13-15 år. Konklusionerne fokuserer på sundhedsidentitet og sundhedsstrategier, med den viden in mente, at unge lever 'her og nu' og altså ikke relaterer sig til perspektiver langt ude i fremtiden.

Det tredje review er et kapital fra bogen *Sundhedspædagogik for praktikere, Sundhedspædagogiske overvejelser (kapitel 2).* (Saugstad 2003). Her redegøres for 5 forskellige sundhedsopfattelser, som diskuteres i et sundhedspædagogisk perspektiv. Begreberne handlekompetence og handlerum forklares i en sundhedspædagogisk kontekst. Og der argumenteres for, at sundhed betragtes som et middel, og ikke som et mål.

Review 1

Folkeskolen i spændingsfeltet mellem brede og snævre sundhedsstrategier,
En specialeafhandling om Den Sundhedsfremmende Skole. Haahr & Lema (2011).

I afhandlingen undersøges, hvorfor det kan være svært for skoler at integrere et bredt sundhedsbegreb. Der tages udgangspunkt i et casestudie af to folkeskoler på Sjælland. Begge skoler trækker på en bred WHO-inspireret sundhedsforståelse og er medlemmer af SundSkoleNettet (SSN), som er privat organisation initialiseret af Rockwool fonden. SundSkoleNettet arbejder med sundhedsfremmende tiltag i folkeskolen. Interventionerne tager udgangspunkt i målinger af eksempelvis elevernes massefyldeindeks (Body Masse Index, BMI) og kondital, hvilket kan ses som et udtryk for et biomedicinsk sundhedsbegreb. Dette er i uoverensstemmelse med skolernes brede sundhedsforståelse, idet denne tilgang i praksis fokuserer på kost, motion og livsstil på et individuelt plan – og altså ikke det positive og brede sundhedsbegreb. Disse snævre strategier kan være stigmatiserende og have marginaliserende konsekvenser, som i sidste ende kan skabe usundhed.

Vi kan således pege på, at skolerne bygger deres sundhedsindsatser op om en top-downtilgang, og at der ligger forskellige begrundelser til grund herfor... sundhedsfremmeindsatser (skal) bygge på empowermentstrategier, hvilket betyder, at indsatserne er baseret på bottom-uptilgange, da det er

med til at give magt til deltagerne. Der kan naturligvis være behov for ekspertviden i bottom-uptilgange, fx at den sundhedsansvarlige besidder en form for ekspertviden om sundhedsfremme på skoler, men det centrale er, at det samtidig skal bero på ejerskab og deltagelse, hvilket der bl.a. skabes mulighed for gennem en bottom-uptilgang. (Haahr & Lema 2011, s. 81).

Der peges altså på, at skolerne bygger deres sundhedsindsatser op om en top-downtilgang; at 'det kommer oppefra og går ned til' lærere og elever. Sundhedsfremmeindsatser skal baseres på bottom-uptilgange, da det er med til at give magt til deltagerne. Tiltagene skal med andre ord komme 'nede' fra brugerne, og ikke oppefra. Ved at anvende en bottom-up tilgang, kan ejerskab og deltagelse indgå i tiltagene. Men der er reelt tale om en top-down tilgang med fokus på det individuelle. Og dette strider imod folkeskolens formål om demokratisk dannelse og en bred sundhedsforståelse. I afhandlingen nås frem til, at institutionelle betingelser har stor indflydelse for skolernes mulighed for at integrere et bredt sundhedsbegreb. Disse betingelser kan forklares ud fra et 'videnshierarki' mellem den biomedicinske sundhedsviden på den ene side og skolelærernes pædagogiske faglighed på den anden side. Dette videnshierarki gør, at lærerne oplever, at deres viden er irrelevant i forhold til sundhed, når sundhed defineres i biomedicinske termer.

Der konkluderes endvidere, at hvis folkeskolen skal lykkes med en kollektiv og empowermentbaseret sundhedsfremme, skal indsatserne tilrettelægges i samarbejde med lærerne. Lærernes pædagogiske indsigt skal inddrages, og ægte elevdeltagelse skal mere på banen.

Review 2

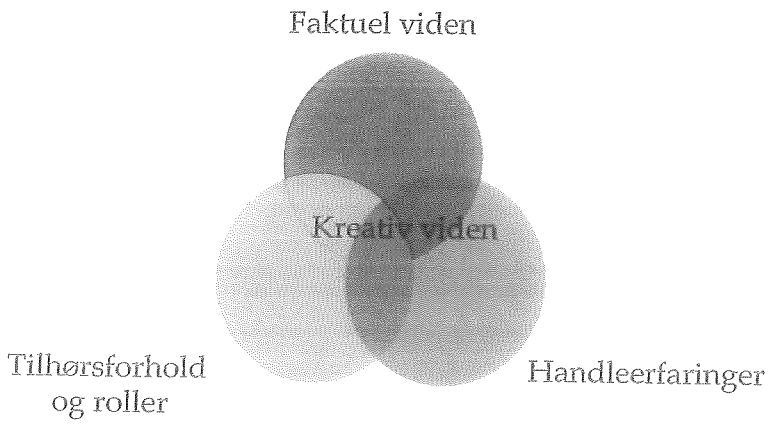
Health strategies and reservoirs of knowledge among adolescents in Denmark. Wistoft (2010).

Denne artikel fremlægger resultaterne af et sundhedspædagogisk forskningsprojekt fra 2008, 'Young Harts', som er en del af et større forskningsprojekt, 'Children at Risk'. (Baggrunden for det store forskningsprojekt er det faktum, at hjerte-kar sygdomme er den mest ressourcekrævende sygdom i Nordeuropa). Artiklen stiller skarpt på unges viden om sundhed og deres sundhedsstrategier. Empirien bag er kvalitative interviews af 108 skolelever på 9 forskellige skoler i Danmark. Eleverne er 13-15 år gamle.

Der opstilles 4 niveauer af refleksion og fire forskellige slags viden, og det vises, hvordan disse former en variation af sundhedsstrategier blandt de unge. De unge bruger viden fra forskellige kilder, som ofte overlapper hinanden. Disse kilder til viden benævnes som 'vidensreservoirs'.

Vidensreservoir 1: faktuel viden.
Vidensreservoir 2: social viden/tilhørsforhold og roller
Vidensreservoir 3: praktisk viden/handleerfaringer
Vidensreservoir 4: kreativ viden.

Følgende 'blomstermodel' (petal diagram) illustrerer, hvorledes de 4 reservoirer er forbundne med hinanden.



Som det fremgår af modellen, opstår det kreative vidensreservoir i feltet, hvor den unges benytter viden fra flere af de andre vidensreservoirs. Her kan ny viden opstå. Det højeste niveau af viden opstår i feltet, hvor alle tre cirkler overlapper hinanden, og det er her, hvor den unge aktivt reflekterer på alle tre elementer og skaber en strategi, hvor alle elementerne implementeres. Blomstermodellen bruges til at opnå viden om de unges vidensstrategier.

En anden analyseteori i artiklen går ud på, at der eksisterer 4 ordener af viden. (Qvortrup's four orders of knowledge). Til disse ordener af viden, hører hver sin videnskabskategori, vidensform, vidensdestination samt videnspotentiale. (Følgende skema er lavet og oversat af forfatteren efter det originale i artiklen):

Orden af viden	Videnskategori	Vidensform	Vidensdestination	Videnspotentiale
1. orden: simpel viden	Viden om viden	Viden om noget	Faktuel viden	Det, du ved, du ved. Induktiv vidensforsyning
2. orden: Kompleks viden	Viden om ikke-viden	Viden om betingelser om viden	Refleksiv eller situeret viden	Du, det ved, du ikke ved. Deduktiv videns-potentiale
3. orden: Hyperkompleks viden	Viden om forskellen viden og ikke-viden	Viden om betingelser af det refleksive videnssystem	Systematisk viden	Det, du ikke ved, at du ved. Abduktiv videns-potentiale
4. orden af viden	Viden om det totale vidensunivers	Samfundet som dynamisk videns horisont	Verdens viden	Det, du ikke ved, at du ikke ved. Ikke-viden. Grænsen til mulig viden

Med disse forskellige ordener er det muligt at observere data fra interviewene og isolere, 1) hvad de unge ved; 2) hvad de ved, at de ikke ved; 3) hvad de ikke ved, at de ved; og 4) hvad de ikke ved, at de ikke ved. De fire ordener af viden bliver brugt til at opnå viden om, hvilken slags viden, der former vidensstrategierne (fra ovenfor beskrevet blomsterdiagram) og hvilken slags viden, som disse strategier kan resultere i. Hermed kan mulige forklaringer udvikles om, hvordan vidensstrategierne bruger og producerer viden – og hvordan forskellig slags viden hjælper med at definere strategierne.

I rapporten beskrives, at det er tydeligt, at der er meget store forskellige på unges evne til at skabe og bruge viden (den kreative viden). De unge lever 'her og nu'. Det er vanskeligt for dem at forstå alvoren af konsekvenserne af ikke at medtænke risikofaktorer i deres sundhedsstrategier. De unges sundhedsidentitet er dybt rodfæstet i den kommunikation, der foregår i de forskellige kontekster, som de deltager i. De er klar over, at deres venner påvirker dem både positivt og negativt – og de ved, at denne indflydelse spiller en større rolle, når de skal træffe sundhedsmæssige valg, end faktuel viden og handlekompetence gør.
De unge afviser belærende og negativ viden om risikoadfærd. De udtrykker generelt et ønske om flere ting, der kan gøre livet sjovt og positivt og nærer et ønske om, at sundhedsundervisningen i skolen er konkret og noget, der er personlig relevant for dem. De unge skelner mellem at føle sig sund indeni og mellem at se sund ud udenpå, men vægter ikke det ene højere, end det andet.

Review 3

Sundhedspædagogiske overvejelser. Saugstad (2003)

Sundhedspædagogiske overvejelser er kap 2 i 'Sundhedspædagogik for praktikere'. I kapitlet præsenteres 5 forskellige sundhedsopfattelser:

1. Sundhed som fravær af sygdom — TOP-DOWN — IND — mål — biomed
2. Sundhed som rigtig sundhedsadfærd — –"– — IND — mål — biomed
3. Sundhed som livskvalitet — BOTTOM-UP — IND — middel — ikke bio
4. Sundhed som "sundhedisme" — TOP-DOWN — IND — mål — bio med
5. Sundhed som WHO's definition — Både og — FÆLLES — mål — ikke biomed (udelukkende

1) Sundhed som fravær af sygdom opererer med sund/syg som modsætningsforhold. Det er et umoderne, snævert og mangelfuldt sundhedsbegreb. Det indeholder en forståelse af krop og sjæl, som uafhængige størrelser, der ikke influerer på hinanden.
2) Sundhed som rigtig sundhedsadfærd opererer ligeledes med sund/syg som modsætningsforhold. Sundhed gøres lig med den rigtige adfærd, hvilket ikke afspejler det moderne sundhedsbillede. Med fokus på rigtig og forkert adfærd, risikeres, at sundhed bliver et individuelt anliggende.
3) Sundhed som livskvalitet bliver lig med en subjektivt forankret livskvalitet. Med denne sundhedsopfattelse findes ikke nogen måde at leve på, som er bedre end andre, det er helt op til subjektet at afgøre, hvad der giver livskvalitet. Eftersom en persons oplevelse af livskvalitet ofte knytter sig til nuet, risikeres det, at vigtige sundhedstrusler negligeres: 'Lev i nuet, tænk positivt – og du bliver rask'. Man er således ikke ansvarlig for sine handlinger, da de er underordnede følelserne.
4) Sundhed som 'sundhedisme' kan ses som en sammensmeltning af nummer 2 og nummer 3. Der er en tendens til, at denne sundhedsopfattelse bliver ensbetydende med skønhed, ungdom og

vitalitet. Sundhed viser sig i personens ydre fremtoning i form af en veltrænet krop, der signalerer overskud og kontrol over sin krop og sit liv. Sundhed opfattes hermed som et individuelt anliggende. Sundhedisme kan skabe narcissisme og intolerance over for andre. Der introduceres et begreb, kaldet 'intimitetssamfundet', som er præget af et sammenfald mellem det private og det offentlige liv samt mellem en persons indre karakter og ydre fremtoning.
5) Sundhed som WHO's definition lægger op til, at der er mange faktorer, som spiller ind på et sundt liv. Denne sundhedsopfattelse fastholder balancen mellem sygdomstrusler og velvære. I denne sundhedsopfattelse indgår samfundsmæssige sammenhænge, og i en sundhedspædagogisk sammenhæng må man både beskæftige sig med individets ansvar for egen sundhed og med de barrierer, der gør det vanskeligt at for individet at handle sundt. Der må tænkes i helheder både mellem krop og sjæl samt mellem livsstil og levevilkår. En svaghed ved sundhedsopfattelse kan være, at definitionen er så bred, at den omfatter alle aspekter af livet, og derved mister den sin betydning. Sundhed bliver et mål i livet.

I alle 5 sundhedsopfattelser betragtes sundhed som et mål for det gode liv. Derfor introduceres en ny og 6. sundhedsopfattelse, der på mange områder tilslutter sig WHO's sundhedsopfattelse, men med den forskel, at sundhed betragtes som et middel til det gode liv. Den deraf følgende sundhedspædagogiske opgave bliver da at udvikle det enkelte menneskes ressourcer.

Begrebet handlekompetence bliver anvendt til at understrege, at sundhed skal ses som en ressource. Herefter introduceres begrebet handlerum, som indikerer individets relation til omverden. Handlerummet kan bruges til at diskutere graden af individets handlemuligheder og dets barrierer. Der opereres med to typer af handlemuligheder og handlebarrierer: de faktiske og de oplevede handlerum. Til de faktiske handlemuligheder knytter sig begrebet det faktiske handlerum. Med det faktiske handlerum menes det rum, hvor handlinger faktisk foregår; hvor det er muligt at foretage handlinger. Til de oplevede handlemuligheder og handlebarrierer knyttes begrebet det oplevede handlerum. Med det oplevede handlerum menes individets subjektive opfattelse af dets handlemuligheder og barrierer. Det faktiske og det oplevede handlerum påvirker hinanden. Handlekraft opstår, når der er overensstemmelse mellem det faktiske og det oplevede handlerum.

Behandling af problemstilling

Kan skønhedsundervisning føre til øget sundhed for unge? Som beskrevet i metodeafsnittet, vil behandlingen af problemstillingen bestå af en analyse og en diskussion af de 4 opstillede teser.

Bearbejdelse af tese 1

Når eleverne oplever, at de kommer til at se bedre ud, får de lyst til at gøre mere for sig selv. Dette er første skridt blandt en lang række hen mod mere sundhed.

En tydelig fordel ved at anvende skønhedsundervisningen som tilgang til sundhedsundervisning er, at der er hurtige og iøjnefaldende resultater at spore. Dette er ikke tilfældet for mange andre områder inden for sundhedsundervisningen – tvært om. Det, at der er hurtige resultater at opnå, gør skønhedsundervisning attraktiv for unge mennesker, fordi de gerne vil se resultater her og nu. Dette underbygges af Wistoft, der netop peger på, at unge lever 'her og nu' (Wistoft 2010).

Det er en stærk drivkraft for eleverne at kunne bruge deres viden og færdigheder med det samme, hvilket også er et af resultaterne fra Wistofts forskning (Wistoft 2010). Når de eksempelvis lærer at rette øjenbryn, kan de omgående se en forandring. Jeg har oplevet, at mange elever er blevet helt overraskede over, hvad det gør for deres ansigt, når brynene er velplejede og smukt formede. Det er tydeligt, at de synes bedre om deres spejlbillede, når de har fået ordnet deres bryn. Jeg har erfaret, at dette animerer dem til at lære mere om dem selv, deres sundhed og deres skønhed. Dette er naturligvis en subjektiv observation, da det kan være svært at vide, hvad, der animerer hvad. Netop det aspekt, at sundhed for unge mennesker er et middel og ikke et mål er relevant her. Saugsted (Saugsted 2003) peger på, at en fejl ved de gængse sundhedsopfattelser er, at de alle betragter sundhed som et mål, og ikke er middel. *Elever opfatter sundhed som et middel og ikke et mål.* (Rubin 2011). Eleverne bruger undervisningen til at opnå mere skønhed. De vil gerne være sunde, idet det er attraktivt at se sund ud. Hvad kan man gøre for at komme til at se mere sund ud? De gider ikke høre om kostpyramider, men de forstår sammenhængen mellem usund levevis og uren hud.

De unge skelner mellem at føle sig sund indeni og mellem at se sund ud udenpå. De vægter ikke det ene højere, end det andet (Wistoft 2010). Endnu en af Wistofts konklusioner er, at de unge ønsker at beskæftige sig med ting, der kan gøre livet sjovt og positivt. (Wistoft 2010). De ønsker, at sundhedsundervisningen i skolen er konkret og noget, der er personlig relevant for dem. Det er tydeligt, at skønhedsundervisningen rammer plet her: eleverne synes, at det er sjovt, og deres ny viden er virkelig noget, de kan bruge til noget.

En af konklusionerne fra Haahr & Lemas specialeafhandling er, at hvis man vil lykkes med en empowermentbaseret sundhedsfremme i skolen, så skal ægte elevdeltagelse mere på banen. (Haahr & Lema 2011). Med en skønhedsbaseret tilgang til sundhedsundervisning tilgodeses netop dette aspekt. Eleverne deltager som bare pokker!

Når eleverne oplever, at de har handlemuligheder, og de rent faktisk også kan handle, kan man sige, at der er overensstemmelse mellem det faktiske og det oplevede handlerum mht. skønhedsundervisningen. Når der er overensstemmelse mellem det faktiske og det oplevede handlerum, opstår der handlekraft. (Saugstad, 2003). Det er tydeligt, at eleverne har en følelse af, at de gør noget, der er godt for dem. Det, at de kan gøre noget, der i deres egen optik fremmer deres skønhed og velvære, gør dem handlekraftige. Mange af eleverne lider af lavt selvværd (jvf. skolerapporten 2010). Når de føler sig handlekraftige, får de styrke til at handle. Når eleverne får en oplevelse af, at de er pæne udenpå, styrkes deres selvværd. Dette animerer dem til at fortsætte det, de har det godt med, de vil have mere velvære. Og jo mere velvære de oplever, desto større blive deres handlekraft. På den måde startes en positiv spiral – det første skridt!

Bearbejdelse af tese 2

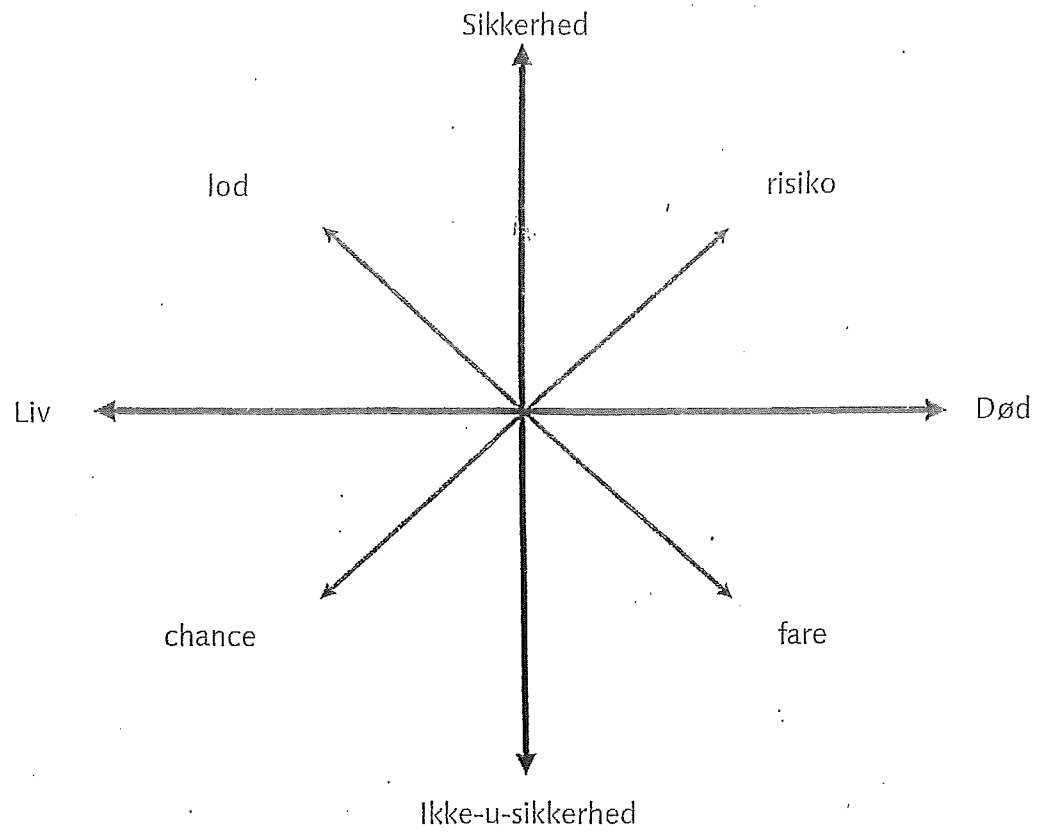
Når nogen gør noget for en, som man godt kan lide, får man det bedre. Jo bedre man har det, desto mere overskud har man til at gøre noget ved egenomsorg og dermed sin egen sundhed. Omsorg fører til velvære.

En af pointerne bag tese 2 er, at det, der sætter handlingen i gang er noget udefrakommende: man får det bedre, når nogen gør noget for en, som man godt kan lide. Det vil altså sige, at ved at nogen andre gør noget for en, får man selv overskud. Man kan bruge billedet med et køretøj, der skal skubbes i gang, for derefter at køre selv.

En af de store udfordringer ved gængs sundhedspædagogik er ofte, at det kan være svært at få folk til at ville det, som man synes, de bør ville. Her behøver man blot tænke på KRAM-faktorerne for at finde eksempler på, hvad man som sundhedsfaglig person kan synes, at nogen bør efterstræbe. Det er muligt, at personen, der bør ville noget, også vil det, men ikke gør det af mange forskellige grunde. Ifølge Bjarne Bruun Jensens definition af handlekompetence, så er dialogen et vigtigt element (Jensen 2009). Via dialogen er det meningen, at personen skal få lyst til at gøre noget ved problemet og derefter igangsætte en handling hen i mod målet. Den sundhedsfaglige skal i samarbejde med klienten/borgeren/patienten/eleven hjælpe med at finde måder, hvorpå denne handling kan iværksættes. Man forsøger altså at få personen til at sætte en handling i gang, der skal føre til øget sundhed.

Ved at gøre noget for en person, som vedkommende godt kan lide, yder man personen omsorg. Denne omsorg initialiserer til velvære for personen – og så er man allerede i gang! Man kan igen bruge billedet med at skubbe køretøjet i gang; at tage personen ved hånden og starte sammen, idet velvære opnås i og med omsorgen og handlingen. Det er en vigtig pointe at man så og sige springer snakken over og går direkte til handlingen. Teenagere (og alle andre) gider ikke moraliserende prædiker. De unge afviser belærende og negativ viden om risikoadfærd (Wistoft 2010). Kigger man nærmere på de unges viden, er det meget forskelligt, hvor stor denne er, men et fællestræk er, at til trods for, at man kender til risikoadfærd og konsekvenser heraf, så tror man ikke, at det gælder for en selv.

Lars Henrik Schmidt har begået et kort over, hvorledes forskellen mellem liv og død samt forskellen mellem sikkerhed og ikke-u-sikkerhed åbner for fire domæner med to modsætningsforhold. (Schmidt 2010).



Ad den vandrette akse er henholdsvis liv og død. På den lodrette er sikkerhed og ikke-u-sikkerhed. Ikke-u-sikkerhed betyder, at der ikke er usikkerhed, men at det ikke er ensbetydende med, at der er sikkerhed. (Når der er sikkerhed er der netop sikkerhed, og det er ikke tilfældet her). I mellem de vandrette og lodrette akser opstår to modsætningsforhold: risiko/chance og fare/lod. (Bilag 1)

Pointen er banal: Videnskabens riddere må forlade sig på populationen, på det fælles og almene. Den enkelte forlader sig på sin erfaring. (Schmidt 2010, s. 268).

Det handler med andre ord om, at det enkelte menneske ikke forlader sig på videnskabens statistikker og prognoser, når det gælder eget liv. Man forlader sig på en selektiv del af sin erfaring, fx at man har en onkel, der blev 98 år og drak, røg, spiste fedt og aldrig motionerede - og man ligner jo sin onkel, så det gælder nok også for en selv. De unge lever 'her og nu'. Det er vanskeligt for dem at forstå alvoren af konsekvenserne af ikke at medtænke risikofaktorer i deres liv og sundhedsstrategier (Wistoft 2010). Og Schmidt vil nok tilføje, at selvom de unge skulle medtænke risikofarer, så mener de ikke, at det gælder dem, fordi de netop forlader sig på erfaringen – og ikke på videnskaben.

Wistofts (Wistoft 2010) blomstermodel illustrerer fire forskellige slags viden, som former en variation af sundhedsstrategier blandt de unge. De unge bruger viden fra forskellige videns-reservoirs, som ofte overlapper hinanden. Den faktuelle viden er en af de fire vidensreservoirs, hvorfra unge får viden. Det vil altså sige, at hvis man kun satser på at opbygge unges faktuelle viden, bliver resultatet mangelfuldt, netop fordi unge får deres viden fra flere vidensreservoirs, der endda ofte er blandet sammen.

Man må altså søge at finde en anden indfaldsvinkel til de unge end at forsøge at 'proppe' faktuel viden ind i deres hoveder og derefter forvente, at de handler ud fra denne viden. Megen forskning viser, at det alligevel ikke er tilfældet. Det er derfor interessant at gå en anden vej ind til de unge. Ved netop ikke at forsøge at motivere dem via en samtale eller et oplæg om, hvorfor de skal leve sundt, og på den måde forsøge at snige en holdningsændring ind, adskiller tese 2's tilgang sig fra gængs sundhedspædagogik. Når eleverne oplever omsorg; at nogen gør noget for dem, som de kan lide, sætter det noget godt i gang. Og dette gode er første skridt, der fører til velvære.

Bearbejdelse af tese 3

Når man kan give noget eftertragtet til andre, bliver man en ressourceperson, frem for en modtager /et offer. Oplevelsen af, at man er en ressourceperson fører til, at man rent faktisk får flere ressourcer. Jo flere selvvurderede ressourcer, desto større bliver ens handlekompetence.

Når der på kostskolen undervises i skønhed, er et afgørende element, at eleverne øver sig på hinanden. Dette kan i mange tilfælde virke grænseoverskridende for eleverne, men ikke desto mindre tvinges de til at udføre og modtage behandlinger på og af hinanden. Mange af eleverne har svært ved dette, men i kraft af, at det er en del af undervisningen, er der ingen vej udenom. Eleverne arbejder som regel sammen i grupper på 2-3, hvor den ene behandler og den anden modtager. Bagefter skiftes de. Er der 3 i en gruppe, assisterer den tredje person både praktisk og teoretisk; hvordan var det lige, det var? Alle skal prøve både at udføre og modtage den pågældende behandling.

Eleverne på kostskolen er generelt præget af dårligt selvværd. De har haft en vanskelig opvækst, hvilket er grunden til, at de er blevet anbragt på kostskolen. Et gennemgribende fællestræk ved mange af disse elever er, at eleverne selv og deres nærmeste giver udtryk for, at det er 'synd for dem'. Dette er naturligvis forfatterens egen observation, og det står helt for egen regning. Jeg vil ikke anfægte, at det muligvis er synd for dem, men jeg ønsker at bidrage med en anden vinkel. Jeg mener ikke, at det gavner nogen at blive fastholdt i en offerrolle!

Eleverne lærer nogle færdigheder, som de kan anvende her og nu. Færdighederne er attraktive og i høj kurs på skolen. Det er fedt at kunne være den, der kan lægge en flot neglelak. Og det er attraktivt at kende en på sundhedslinjen, der har adgang (efter aftale med lærerne) til de professionelle remedier i form af neglefil, 'buffer'(som bruges inden påsmøring af neglelakken), shellak (en særlig holdbar neglelak), ultraviolet-apparat til tørring af shellakken, samt diverse remedier til før og efterbehandling.

Det er min opfattelse, at ved at give eleverne på sundhedslinjen disse særlige beføjelser, kompetencer og færdigheder, oplever de sig selv som 'ressourcepersoner'. De kan give noget eftertragtet til andre; de kan yde andre omsorg og er derved en ressource for andre. Det er tydeligt at se, at denne rolle bekommer eleverne. At være en ressourceperson – den, der kan give noget til andre - er ikke foreneligt med at være et offer.

Sundhedspædagogik og pædagogik i almindelighed handler også om menneskesyn. Det er forfatterens menneskesyn, at vi har brug for at betyde noget for andre. Ved at opbygge relationer, kommer vi til at betyde noget for hinanden. Når man gør noget for hinanden, bliver man betydningsfuld. Og når man mærker, at man er betydningsfuld for andre, bliver man selv betydningsfuld.

Løgstrup beskriver menneskers indbyrdes afhængighed i *Den etiske fordring:*

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej. (Løgstrup 1991, s. 25).

Det er væsentligt her at fremhæve, at det at holde noget af et andet menneskets liv i sin hånd, ikke betyder at ændre det andet menneske eller at overtage dets ansvar.

Den, der giver nogen noget, handler. Når man som ressourceperson giver noget eftertragtet til nogen, bliver man styrket i opfattelsen af, at man er betydningsfuld for den anden. Herved opstår handlekompetencen – i kraft af selve handlingen; at give nogen noget.

Bearbejdelse af tese 4

Når man er med i et fællesskab, styrkes ens evne til læring og udvikling. Dette bidrager til livskvalitet.

Når der på kostskolen foregår skønhedsundervisning, er undervisningens struktureret på en måde, der gør, at alle eleverne er aktive. Der bliver gjort meget ud af fællesskabsfølelsen på holdet.

Der er blevet holdt 'åben klinik' et par gange. Åben klinik går ud på, at andre end de, der er på sundhedslinjen, kan komme og få behandling. Dette annonceres og planlægges i god tid forinden. Når klinikken åbner, er briksene slået op, der er små skilte med hvilke behandlinger, der tilbydes, alle remedier er linet indbydende op, de rene håndklæder ligger pænt i stakke, der er tændt stearinlys, og der bliver spillet afslappende baggrundsmusik. Eleverne har ens T-shirts på, og gæsterne tiltales kunder. Alt dette iscenesættes for at klinikken fremstår professionel og ditto eleverne.

Forinden, at klinikken åbner, er der gjort mange forberedelser. Alle har en opgave, og alle skal bidrage til det fælles projekt. En del elever får lidt lampefeber, så der øves flittigt forinden. Det er på forhånd aftalt, hvilke opgaver, man har, så man behøver ikke at kunne mestre det hele.

De åbne klinikker har været bragende succeser. Dette vurderes på baggrund af elevernes engagement og deres egne begejstring og udtalelser herom.

Det, at man lærer i fællesskab, understøttes af Vygotskij fra den kulturhistoriske skole:
...det, som barnet kan udføre i dag i en samarbejdssituation, kan det udføre selvstændigt i morgen. (Jerlang 1995, s. 289).

Udover at man lærer i fællesskab med andre, er zonen for nærmeste udvikling også central. Vygotskij beskriver et menneskets udvikling som inddelt i zoner med tilhørende færdigheder og kompetencer. Det er nødvendigt at interessere sig for den gryende udviklingsmulighed, når man skal tilrette læring og udvikling, da det er her, læringen sker. Forenklet sagt, kan man sige, at hvis man ikke rammer zonen for nærmeste udvikling, finder der ingen læring sted, da der ikke er et udviklingsperspektiv. (Jerlang 1995).

En moderne undervisningsmetode, der i høj grad tilgodeser fællesskabsaspektet ved læring, er Cooprative Learning. Det er en speciel struktureret måde at organisere undervisningen på, hvor man sikrer, at alle elever er mest muligt aktive. Der tilstræbes samtidig et godt socialt samspil både i arbejdsgrupperne og i hele klassen. Læringen sker ofte i små grupper, og forløbet er struktureret af læreren. Cooprative Learning er sammensat af 4 principper: samtidig interaktion, positiv indbyrdes afhængighed, individuel ansvarlighed samt lige deltagelse. (Kagan 2012).

Samtidig interaktion betyder, at flest mulige elever har mest mulig taletid. Positiv indbyrdes afhængighed betyder, at strukturen er opbygget, så gruppemedlemmerne er indbyrdes afhængige og hjælper hinanden. Individuel ansvarlighed betyder, at den enkelte elev også har et personligt ansvar ved dels at skulle besvare spørgsmål, men også eksempelvis at skulle opsummere, problematisere eller evaluere gruppens arbejde. Lige deltagelse betyder, at strukturen sikrer, at alle er med og skiftes til at bidrage til løsningen af opgaven. (Kagan 2012).

Følelsen af at høre til i et fællesskab og have en funktion, der er betydningsfuld, er vigtig for en elevs trivsel og udvikling. At beskæftige sig med noget, der for en selv er meningsfuldt, giver tilfredshed. Og når man oplever, at man lærer og udvikler færdigheder og kompetencer, styrkes ens selvværd. Jo større trivsel og tilfredshed med egne evner, desto mere livskvalitet.

Konklusion

Skønhedsundervisning som tilgang til sundhedsundervisning kan være en gangbar vej til at nå ind til eleverne. Ved at tage udgangspunkt i noget, der betyder noget for eleverne, har man deres interesse. Det er nødvendigt at inddrage eleverne i undervisningen og gøre dem aktive. *Undervisningen skal knyttes til elevernes egne oplevelser, erfaringer og begreber for at medvirke til udvikling af engagement, selvtillid og livsglæde.* (UVM 2009).
Når eleverne oplever, at de kommer til at se bedre ud, får de lyst til at gøre mere for sig selv. Dette er første skridt hen mod mere sundhed – og så er den positive spiral startet.
Når nogen gør noget for en, som man godt kan lide, får man det bedre. Omsorg fører til velvære. Når man kan give noget eftertragtet til andre, bliver man en ressourceperson. Jo flere selvvurderede ressourcer, desto større bliver ens handlerum, hvilket fører til en opfattelse af, at man mestrer noget, hvilket igen er fremmende for den enkeltes sundhed. *Eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.* (UVM 2009).
Når man er med i et fællesskab, styrkes ens evne til læring og udvikling. Dette bidrager til trivsel og livskvalitet. *Læring er en proces, som forudsætter, at den enkelte er aktivt involveret med både krop og sjæl.* (UVM 2009).

Skønhedsundervisning kan føre til øget sundhed for unge!

Perspektivering

Ugebrevet Mandag Morgen (MM18) beretter, at den største dødsårsag blandt 15-24-årige i Israel er anoreksi. Dette har medført, at Israel ved lov har forbudt brugen af undervægtige modeller. Hvis kvindernes BMI er under 18,5 må de ikke fremstilles i medierne. Ligeledes må billeder af modeller, der er blevet behandlet med Photoshop ikke benyttes. En ny bevægelse af amerikanske teenagere kræver, at 'almindelige' modeller fremvises i ugebladene. Er et nyt opgør med skønhedsskønhedsidealet på vej? Det kunne være interessant at gøre skønhedsidealernes betydning for unges sundhed til genstand for en nærmere analyse.

Note om forfatterens baggrund

Naja Rubin er uddannet folkeskolelærer (professions bachelor/ Bachelor in Education) i 1999 fra Blaagaard Seminarium. Forud for min nuværende ansættelse, har jeg været ansat på to almindelige folkeskoler i hhv. Ishøj og Gilleleje. De sidste 7 år, har jeg været ansat på Havregårdens Kostskole, som er en skole for anbragte børn og unge. Gennem hele min lærerkarriere har jeg beskæftiget mig med sundhed og pædagogik i mange afskygninger – de sidste 7 år med særligt fokus på udsatte børn og unge – og deres sundhed. Forfatteren er i skrivende stund ved at tage en master i sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitet ved Aarhus Universitet. Udannelse forventes afsluttet i juni 2013.

Litteraturliste

- Haahr, B. C & Lema, K. H (2011): *Folkeskolen i spændingsfeltet mellem brede og snævre sundhedsstrategier: En specialeafhandling om Den Sundhedsfremmende Skole.* Roskilde Universitet.

- Havregårdens Kostskoles hjemmeside: www.havregaarden.dk

- Jensen, B.B. (2009): *Sundhedspædagogiske kernebegreber.* I Kamper-Jørgensen, F. & Jensen, B.B. (red). *Forebyggende sundhedsarbejde* (5. udgave). Munksgaard Danmark. (kap. 15. s. 220-235).

- Jerlang, E. (1995): *Udviklingspsykologiske teorier – en introduktion..* Kapitel 9: *Den kulturhistoriske skole.* Munksgaard. 2. udgave, 12. oplag.

- Kagan, S. & Stenslev J. (2012): *Cooprative Learning. Undervisning med samarbejdsstrukturer.* Alinea. 1. udgave, 13. oplag.

- Mandag Morgen: *Opgør med farlige skønhedsidealer på vej.* 32 MM18. Maj 2012.

- Løgstrup, K. E. (1991): *Den etiske fordring.* Nordisk Forlag, 2. udgave, 7. oplag (udgivet første gang i 1956). 1. del s. 9-39.

- Rubin, N. (2011): *Anbragte kostskoleelevers sundhedsnormer.* Akademisk essay, modul 1, master i sundhedspædagogik.

- Saugstad, T. (2003): *Sundhedspædagogiske overvejelser.* I: Saugstad T. & March-Zagal, R. *Sundhedspædagogik for praktikere.* Munksgaard. 2. udgave, s. 33-44.

- Schmidt, L-H (2010): *Om raskhedsfremme.* I: Carlson, M, Simovska, V og Jensen, B.B. (red). Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis. Aarhus Universitetsforlag s. 261-276.

- Schnack, K. (1998): *Handlekompetence.* I: Bisgaard, N. J. (red): *Pædagogiske teorier.* Billesøe & Baltzer, s. 15-30.

- Undervisningsministeriet (2009): *Fælles Mål 2009. Faghæfte 21: Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab.*

- Wistoft, K. (2009): *Health strategies and reservoirs of knowledge among adolescents in Denmark.* Global Health Promotion 1757-9759; Vol. 17(2)

- Wistoft, K. (2012): *Trivsel og selvværd – mental sundhed I skolen.* Hans Reitzels Forlag. 1. udgave, 1. oplag.