

Cathrine Løvli

Læreres helseforståelser i kroppsøvingsfaget

En diskursanalyse av et utvalg kroppsøvingslæreres forståelser i ungdomsskolen

Masteroppgave i idrettsvitenskap

Seksjon for kroppsøving og pedagogikk
Norges idrettshøgskole, 2014

Sammendrag

Oppgavens tema er helse og hvordan helse som begrep forstås av et utvalg kroppsøvingslærere. Bakgrunnen for det valgte tema er at helse er et mye anvendt begrep som er vanskelig å definere, samtidig som det synes «lett å forstå». Min undring omhandlet hvordan jeg som lærer skulle undervise i et tema, som det ikke forelå noen klar definisjon av. Jeg valgte dermed å undersøke læreres forståelse av helse i kroppsøving.

Metodisk brukes kvalitative intervju av sju lærere i ungdomsskolen på seks forskjellige ungdomsskoler fordelt på Nordland, Trøndelag, Oslo og Akershus. Med et sosialkonstruktivistisk perspektiv som utgangspunkt, utførte jeg en diskursinspirert analyse av lærernes uttrykksformer.

Hensikten med intervjuene var å identifisere læreres forståelser av helse i kroppsøving og se hva deres forståelser av helse kunne si om helsebegrepet.

Jeg identifiserte seks temaer/diskurser i måten lærerne snakket om helse på: «det handler om fysisk aktivitet», «spise riktig kosthold», «helse er noe mer», «helse handler om valg», «kroppsform» og «det skal være artig». Helse blir først og fremst forbundet med å ha en sunn fysisk kropp som fungerer i hverdagen. Helse er forstått som å spise sunt og å være i fysisk aktivitet og dermed innebærer det at enhver tar helsemessige valg. Kroppsform ses her på som en indikator for helse. Helse viser seg på en annen side å handle om mer enn som så; det angår det psykiske og sosiale i mennesket og trivsel vektlegges blant lærerne.

I lærernes uttrykk utpekte helse seg som et flyktig begrep som vanskelig lar seg definere og avklare. I måten helse forklares på tas det for gitt at det som uttrykkes forstås. De seks diskursene viser stor variasjon, og samtidig en uttrykt enighet om at det ikke finnes én måte å undervise i temaet på. I lys av Hans-Georg Gadamer og Aaron Antonovskys helseperspektiver får jeg fram at det i kroppsøving undervises på måter som styrker helsen selv om det ikke uttrykkes eksplisitt.

Nøkkelord: helse, forståelse, kroppsøving, diskurs.

Innhold

Sammendrag	3
Innhold	4
Forord.....	6
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunnen for prosjektet	7
2. Forskningsspørsmål/ problemformulering/ prosjektets spørsmål:.....	9
2.1 Hensikten med oppgaven.....	9
2.2 Tidligere forskning og litteratur	10
2.2.1 Oppsummering tidligere forskning	16
3. Kontekst – Kroppsøving, skole og helse.....	17
3.1 Kroppsøving.....	17
3.2 Helse i læreplanen	17
3.3 Kroppsøvingslærerrollen.....	18
4. Teori	20
4.1 Sosialkonstruktivisme	20
4.2 Diskursanalyse.....	22
4.3 Helse	24
4.4 Hans-Georg Gadamer.....	25
4.4.1 Det er sykdom som er noe.....	25
4.4.2 Helse – likevekt, harmoni og livets rytme	26
4.5 Aaron Antonovsky	28
4.5.1 KASAM og GMR	29
4.5.2 Salutogenetisk og patogenetisk perspektiv på helse	30
4.5.3 Oppsummering av Gadamer og Antonovsky.....	32
5. Metode.....	33
5.1 Intervju.....	33
5.2 Utvalg	35
5.3 Forskerrollen i kvalitative intervju	35

5.4	Forskerrollen i analysen	37
5.4.1	Transkripsjon	39
5.5	Reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning	41
5.6	Etikk	42
5.7	Strategi i analyse	43
6.	Analyse – resultat og diskusjon	46
6.1	Helse og fysisk aktivitet – en aktivitetsdiskurs	46
6.1.1	Sentrale tematikker – en diskusjon om aktivitetsdiskursen	53
6.2	Diskurs om riktig kosthold	57
6.2.1	Sentrale tematikker – en diskusjon om kosthold	60
6.3	Helse er også «noe mer»	66
6.3.1	Sentrale tematikker – diskusjonen om at «helse er noe mer»	70
6.4	Valgene dine påvirker helsen din.....	75
6.4.1	Sentrale tematikker – diskusjon om diskursen om valg.....	77
6.5	Helse og kroppsform	80
6.5.1	Sentrale tematikker – en diskusjon om kroppsform og helse	82
6.6	Det skal være artig – en trivselsdiskurs	84
6.6.1	Sentrale tematikker – en diskusjon rundt trivselsdiskursen	86
7.	Avslutning.....	88
7.1	Oppsummering.....	88
7.2	Hva lærernes forståelser kan si om helse.....	89
7.3	Avsluttende kommentar – refleksjoner om prosessen.....	90
7.4	Tanker om videre forskning.....	91
	Referanser	93
	Forkortelser	98
	Vedlegg	99

Forord

Etter å ha studert i seks år har høydepunktene vært de to siste årene som masterstudent ved Norges idrettshøgskole. Å skrive masteroppgave har til tider vært svært tidkrevende, men samtidig en veldig lærerik prosess. Jeg har hatt utallige timer på kontoret ved NIH, noen ganske effektive og fornøyelige, andre mindre flittige. Gjennom dette året har jeg blitt skyldig noen mennesker en takk.

Først vil jeg takke min veileder, professor Gunn Engelsrud, et arbeidsjern som har møtt min nysgjerrighet på emnet, stilt opp med gode samtaler og hjelp gjennom hele året. Din kompetanse på feltet og måten du viste interesse for oppgaven min på, har vært fantastisk. Tusen takk for et veldig godt samarbeid.

Jeg vil også takke de sju deltakerne som sa seg villig til å stille til intervju. Selv om dere var inne i travle perioder på jobb, tok dere av egen tid og viste engasjement om temaet. Uten dere ville jeg ikke hatt noe grunnlag for å skrive denne oppgaven.

Sist men ikke minst vil jeg takke venner, familie og kjæreste for all støtte dette året. Spesielt til min mor som har lest oppgaven og kommet med språklige råd og oppmuntret meg per telefon når jeg har sett litt mørkt på det hele.

Jeg ser tilbake på dette året med glede og gode minner, og kommer til å savne mine medstudenter – frustrasjoner har blitt delt i mang en pause, men likevel alltid gitt meg energi til å fortsette arbeidet til det en dag i mai 2014 ble slutført. Takk alle sammen.

1. Innledning

1.1 Bakgrunnen for prosjektet

Helse er et aktuelt tema i dagens samfunn, både i media, blant helseprofesjoner, så vel som blant menigmann. Oppslag om hvordan hver enkelt kan «jobbe» med helsen sin blir daglig presentert i massemedia. Også helsedirektoratet har gitt ut velmenende råd for god helse i Aktivitetshåndboken (Bahr, 2009). Massemedias informasjonsflom angående kroppsmodifikasjoner og hvordan mennesker kan og bør «ta vare på helsen» er omfattende. Det er vanlig med oppslag som «Middagen som kan forebygge overvekt» (Sundbye, 2014), «Forskere: vi bør spise syv om dagen» (Flåm, 2014), «Helsedirektoratets nye råd: tren dere svette!» (Dommerud & Bugge, 2014) eller «Her er Lene Alexandras råd for en sunn og stram kropp» (Skaret, 2013). En slik form for «allemannseie» til et fenomen utfordrer, slik jeg ser det, profesjonelle som skal arbeide med helse som en del av sin yrkesutøvelse.

Kroppsøvingslærere er en del av yrkesgruppene som har helse som tema.

Kroppsøvingslæreres beskjeftigelse med helse nevnes eksplisitt ved flere anledninger i læreplanen til kroppsøvingsfaget (Utdanningsdirektoratet, 2012). Både i formålet med faget så vel som kompetansemålene. For eksempel konstateres det i formålet med faget at bevegelse er grunnleggende hos mennesket og fysisk aktivitet er viktig for å fremme god *helse* (Utdanningsdirektoratet, 2012). Videre uttrykkes det i formålet at faget skal ruste elevene til vurdering av kroppsideal og bevegelseskultur som kan påvirke selvforståelse, *helse*, ernæring, trening og livsstil (Utdanningsdirektoratet, 2012). Selv om helse nevnes foreligger det ingen nærmere beskrivelser eller definisjoner av hva helse er, med andre ord kan det ikke oppspores mer eksplisitte forståelser av helse i læreplanen til kroppsøving.

Siden helse, ifølge læreplanen, er en del av kroppsøvingsfaget vil en av lærernes arbeidsoppgaver være å arbeide med helsefremmende tiltak i faget og i skolen generelt. Det innebærer at læreren i praksis, med eller uten bevisste definisjoner og referanser, må gjøre bruk eller basere sin undervisning på et helsebegrep, eller en eller flere forståelser av helse. Ulike måter å praktisere helse og planlegging av undervisningen i temaet vil trolig variere ut i fra lærerens forståelse av hva helse er og deres tolkninger av læreplanen. Ut i fra læreplanen har kroppsøvingslærere ansvar for et fag som skal

inspirere til en fysisk aktiv livsstil og livslang bevegelsesglede, fremme god helse og respekt for andre mennesker og ikke minst gjøre hver enkelt individs oppfattelse av egen kropp til noe positivt (Utdanningsdirektoratet, 2012). Samtidig hevder litteratur at stadig flere mennesker i økende grad viser seg å bli usikker på egen helse, kroppsform og utseende, som uttrykk for sin individuelle identitet (Shilling, 2003).

I min masteroppgave er jeg interessert i å undersøke hvordan lærere forstår helse i kroppsøving. En av grunnene til min interesse er, som innledningen indikerer, at helse i diskusjoner ofte blir tatt for gitt, og at «alle» omtaler helse, som om de vet hva helse «er». Det kan virke som vi forstår hverandre, selv uten bruk av konkrete beskrivelser av mer grunnleggende tanker om helse.

En videre grunn til at jeg er opptatt av å undersøke hvilke helseforståelser lærere uttrykker er at dersom faget skal være legitimt, kreves det at de forståelser og begreper som brukes må være begrunnet. Siden helse er noe som kroppsøvlingslærere skal undervise i vil det være viktig å få mer kunnskap om hvordan lærere diskuterer og kommuniserer om hva helse betyr og innebærer for elevene. En åpen, reflekterende og mangfoldig diskusjon om helse synes i samfunnet for øvrig og i skolen å være manglende, noe som inspirerer til å ta fatt på tema. At helse virker å være både underkommunisert og tatt for gitt gir et interessant utgangspunkt for min undersøkelse

Ved å intervju kroppsøvlingslærere i ungdomsskolen vil jeg belyse hvilke forståelser av helse lærerne uttrykker. Gjennom en diskursinspirert analyse vil jeg forsøke å identifisere måter helse konstitueres på gjennom intervjudeltagernes muntlige språk i kulturen de er en del av. Oppgavens hensikt er å få informasjon om læreres helseforståelser i kroppsøvlingsfaget, samt å belyse hva informasjonen kan si om helsebegrepet.

2. Forskningsspørsmål/ problemformulering/ prosjektets spørsmål:

Med bakgrunn i innledningen og oppgavens forløp har jeg gitt oppgaven følgende tittel:

«Læreres helseforståelser i kroppsøvfingsfaget. En diskursanalyse av et utvalg kroppsøvfingslæreres forståelser i ungdomsskolen.»

Siden jeg er interessert i å finne ut mer om hvordan lærere uttrykker sin forståelse av helse og hva det de uttrykker om helse forteller om helse i kroppsøvfingsfaget. Har jeg formulert følgende problemstilling:

«Hvordan uttrykker et utvalg kroppsøvfingslærere sin forståelse av helse i kroppsøvfingsfaget?»

Videre har jeg valgt et underspørsmål til denne problemstillingen:

«Hva kan lærernes forståelser si om helsebegrepet?»

Diskursanalyse brukes på mange måter og i flere fag – og forskningsfelt. Jeg har imidlertid valgt en diskursinspirert analyse med bakgrunn i en postmodernistisk tankegang hvor det tenkes at menneskers forståelse konstitueres i språket i de kontekster mennesker tar del i. Grunnen er, som jeg skrev, at helse virker å bli tatt-for-gitt. I og med at diskursanalyse ofte anvendes for å få fram hva som blir «godkjent som sant» blant mennesker gjennom språket som råder i kulturen de er en del av, egner det seg, som jeg også vil komme tilbake til, for å undersøke hva intervjudeltagere vektlegger når de snakker om helse, og hvilke uenigheter og enigheter er det som kommer til syne når lærere selv setter ord på sin forståelse av helse.

2.1 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er både å undersøke hvordan lærere forstår helse, samtidig som jeg ønsker å rette oppmerksomheten mot et ord som ofte «henger i luften» uten at det blir nærmere avklart. Særlig er jeg opptatt av å oppspore om helse defineres som målbart, opplevd og relasjonelt. Det er viktig å få innsikt i læreres forståelse av helse og

hvor denne forståelsen kommer fra fordi det er lærere som i hovedsak definerer kroppsovingsundervisningen, og den formes først og fremst av læreres oppfatninger av læreplaner og egen forståelse. Å forske på dette kan også gi en pekepinn på konsensusen mellom fagets ideologi, den oppfattede læreplanen og den operasjonaliserte læreplanen for de som jobber med utviklingen av læreplanen på et ideologisk nivå. Hvordan lærere i praksis arbeider med helse er ikke direkte mulig å få kunnskap om i min oppgave. Like fullt uttrykker lærerne seg om og referere til egen undervisningspraksis i intervjuene, men det er ikke selve hovedhensikten i denne oppgaven.

I delkapittelet under kalt tidligere forskning presenterer jeg kunnskapsstatus på feltet per i dag.

2.2 Tidligere forskning og litteratur

Det er utgitt og skrevet mange artikler om helse - helse er og har lenge vært et tema utsatt for en del oppmerksomhet i kroppsoving i svært mange land. Ved et søk i ulike databaser, deriblant, ISI – Web of Science, på *Health discourse* (Helsediskurs) og *Physical Education* (Kroppsoving) får jeg 61 treff. Treffene omhandler overskrifter som dreier seg om helse og kropp så vel som skole og samfunn i relasjon til kroppsoving. Men før jeg kommer inn på hva tidligere forskning sier om kroppsoving er det viktig å opplyse om at kroppsoving i Norge ikke er eksakt det samme som *Physical education* i England og *Idrott och Hälsa* i Sverige eller danske *Idræt*.

Det har blitt laget en kunnskapsoverskrift over publikasjoner om kroppsovingsfaget i perioden fra 1978 til desember 2010 (Jonskås, 2010). Denne kunnskapsoversikten inkluderer rapporter, master- og hovedoppgaver, doktorgradsavhandlinger og artikler som ble publisert i Norge og utlandet denne perioden. Helse er tema og undertema i noen av utgivelsene. Det har, blant annet, blitt identifisert fire helsediskurser i faget ut i fra et elevperspektiv i videregående av en masterstudent ved NIH. Et av hovedfunnene i hans studie er at elever ser på helse som at helse er lik trening og livsstil (Aspen, 2008). Aspen, (2008) fant at elevene la kosthold, søvn, drikke og trening i sin måte å «se» helse på og at man får overskudd, bedre humør, ser bedre ut (kroppslig) og ikke minst at koppen fungerer ved å leve etter disse retningslinjene (Aspen, 2008).

Videre hevder, Annerstedt (2008), at det finnes lite forskning om kroppsøving i norsk skole sammenlignet med andre land. Annerstedt har imidlertid selv utført en komparativ studie på de skandinaviske landene og funnet at, selv om fagene ikke er identiske og utformet av ulike mennesker, har fagene en del som er likt og noe som er ulikt. En av likhetene er blant annet at de er aktivitetsfag (Annerstedt, 2008). Det er derfor grunn til å tro at en del forskning gjort på det svenske faget *Idrott och hälsa* og det danske faget *Idræt* også gjelder for det norske skolefaget kroppsøving. Det samme gjelder for det engelske skolefaget *Physical education* som det er forsket og skrevet atskillig mer om. Jeg vil også ta i bruk noen artikler basert på forskning på faget i New Zealand skrevet av blant annet Lisette Burrows. Dette fordi Burrows har gjort flere studier i skolen når det kommer til forståelse av helse. Det er ingen grunn til å tro at hennes funn i New Zealand ikke også kan være gjeldende i norsk skole. Det kan i så fall min studie si noe om.

Kroppsøving har vært en del av norsk skole siden 1800-tallet. Det ble først obligatorisk for alle i 1936. By (1998) har laget en oversikt over utviklingen av læreplanene i kroppsøving fra 1922-1997. I Bys oversikt viser det seg at kroppsøving etter andre verdenskrig var begrunnet ut fra en helsemessig betydning og faget skulle være kjernen i byggende helsearbeid. Videre heter det i en rapport om faget fra 1951 at «gymnastikklæreren måtte bli skolelegens nærmeste medarbeider» (By, 1998). Det ligger i fagets tradisjon at helse forbindes med en fysisk frisk og sterk kropp.

Kårhus (2010) viser til at det i Norge finnes flere ganske forskjellige utdanninger som gir kvalifikasjon til å jobbe som lærer i kroppsøving. Kroppsøvingslærerutdannelsen i vid forstand skal sosialisere kroppsøvingslæreren til en rolle som er i tråd med å kunne undervise i kroppsøvingsfaget. Kjersti Mordal Moen ferdigstilte i 2011 sin doktorgrad om kroppsøvingslærerutdanninger i Norge. Hun bekrefter at kroppsøvingslærerutdanningen i liten grad viser seg å påvirke kroppsøvingsstudenters relativt konservative syn på kroppsøvingsfaget, nemlig at kroppsøving først og fremst er forbundet med å lære ulike idretter og teknikker, og at fagets primære mål er å forebygge negativ helseutvikling i samfunnet (Moen, 2011). Videre viser det seg at både lærere og elever har problemer med å uttrykke hva de er ment å lære i *Idrott och hälsa* (Larsson, Fagrell, & Redelius, 2009).

Majoriteten av kroppsøvingsutdanninger i Moen (2011)s doktorgradsavhandling bruker helse som et ideologisk forsvar av faget, samt at antagelser om helsegevinsten av fysisk aktivitet og idrett blir akseptert og tatt for gitt. En slik form for helseideologi henger tett sammen med ideologien om den liberale individualiseringen i dagens samfunn.

Helseideologibegrepet, Moen (2011) bruker i sin doktorgrad, er et begrep som er utviklet av helsesosiologen, Robert Crawford, og den etablerte helseideologien mange har er at helserelatert arbeid med kroppen er innenfor individets eget ansvar. Det relateres til en forståelse av helse i kroppsøving som at fysisk aktivitet, gir en slank kropp som betyr helse (Kirk, 2006). Det er dette som menes med at den individuelle liberalismen, som forutsetter troen på at mennesker selv er ansvarlige for egen gevinst i for eksempel skole, arbeid eller idrett. Således, blir helse forstått som noe et hvert individ bør stå til ansvar for selv (Säfvenbom, 2010, Moen, 2011).

Videre hevder Moen, (2011) at kroppsøvingslærerutdannere ikke bidro til refleksjon over de ulike problemstillinger knyttet til helseideologien, verken i egen yrkesutøvelse eller overfor sine studenter. De tok heller ikke opp, studentenes egne roller i utformingen av helserelatert trening. Dette gjør at kroppsøvingslærere og kroppsøvingslærerutdannere kan bli beskyldt for å utvikle en snever og for enkel (således problematisk) oppfatning av helse (Moen, 2011).

Observasjonsstudier bekrefter at tradisjonelle idrettsaktiviteter, spesielt ballidretter, dominerer faget, og den språklige termen man bruker i idretten bruker man også i kroppsøving (Larsson & Redelius, 2008). Som nevnt tidligere hevdes det at kroppsøvingsfaget er preget av en idrettsdiskurs (Quennerstedt, 2008). Både idretten og helseperspektivet har hatt en sterk innflytelse på kroppsøvingsfaget både når det gjelder arenaer, utstyr og ikke minst aktivitet (Säfvenbom, 2010). Kroppsøvingsfagets forankring i helsedirektoratets retningslinjer og idrettens olympiske idealer er problematisk først og fremst fordi den pedagogiske virksomheten som oppstår i kjølvannet av disse idealene begrenses hevder Säfvenbom, (2010). Som en konsekvens av kunnskapsforankringen legger kroppsøvingsfaget opp til at bevegelse forutsetter kvaliteter som vi ofte finner igjen i idrettens særforbund eller i «fitnessindustrien» (Säfvenbom, 2010). Med dette mener Säfvenbom, (2010) at idealene som skal åpne veier til det gode liv i bevegelse for den enkelte representerer i liten grad det mangfoldet som finnes innenfor den lokale, nasjonale og globale bevegelseskulturen. Dagens fokus

har tendenser til å støtte en ganske begrenset oppfatning av evne/kompetanse som fortrenger en diskusjon om hvorvidt og hvordan kroppsøving kan gjøre en innvirkning på de kognitive nedfelte forskjeller og evner barn har med seg til skolen (Evans, 2004). Videre hevder, Evans (2004), at vektleggingen på idrett, helse og sosiale mål har vært på bekostning av fokus på kroppsøvingsfagets *egen* natur. Ifølge Evans, (2004) trenger faget å utvikle sin egen idé.

I New Zealand har det blitt gjennomført en studie av hvordan barn, i grunnskole og videregående skole, uttrykker sin forståelse om deres egen og andres kropp, helse og fysisk velbefinnende, hva som er viktige indikatorer på *helse*, og opphavet til deres konklusjoner (Burrows, 2008). Ut fra undersøkelsen ser det ut til at samfunnets stadige tips og råd om hva som er sunt og bra å spise, hvor viktig det er med fysisk aktivitet og bekymring rundt stillesitting gjør at barns kunnskap om hva helse er, først og fremst angår det å ha en frisk og sunn kropp med tanke på riktig vekt, størrelse og form, fremfor de sosiale og emosjonelle sidene av helse (Burrows, 2008). At elever ser på kroppens utseende som en indikator for en persons helse fant også Aspen (2008) i sin masteroppgave. Burrows, (2008), gjør et poeng ut av hvordan kroppsøvingslæreres måte å undervise på kan etterlate seg en bestemt form for forståelse av helse hos elever. Hvis kroppsøvingsfagets læreplan skal ha noen mening, er det obligatorisk og viktig at faget kan gi læringsopplevelser for elever som oppmuntrer en omfavning av alle aspekter av helse – ikke bare den fysiske delen (Burrows, 2008). Selv om denne studien er gjort i New Zealand, har Aspen (2008) funnet til dels like funn blant elever i videregående skole i Norge. Det er derfor ikke utenkelig at barn og ungdom i Norge går rundt med fokus på akkurat de samme tingene når det kommer til det å være sunn og frisk og fri for overvekt, uten at det, for eksempel, blir tatt hensyn til de sosiale og psykiske aspektene ved helse.

Ved å rette oppmerksomheten mot hvilke oppfatninger lærere har av helse i kroppsøving fant, Burrows og McCormack, (2012), at læreres oppfatning av elevers helsemessige behov, deres forståelse av rollen skolen har i forbindelse med forebyggende helsearbeid og pedagogiske valg, som gjøres av lærere, er nært knyttet opp mot den enkelte lærers egne levde erfaringer i forbindelse med helse, deres forståelser av sin egen og andres kropp og deres personlige overbevisning av hva det er som utgjør et godt og sunt liv (Burrows & McCormack, 2012). Hvordan lærere selv

sier at de underviser i helse i kroppsøvningsfaget vitner om at det blant lærere er en inkonsekvent undervisningspraksis (Burrows & McCormack, 2012). Nettopp det at helse er noe mange har en mening om hva er, og hvordan man kan gjøre noe med den, gjør at det er større sannsynlighet for at personlige synspunkter overgår profesjonalitet rundt temaet (Burrows & McCormack, 2012).

Hva helse er og kan være i kroppsøving blir, som allerede sagt, ofte tatt for gitt i diskusjoner rundt faget, forstått som at helse er en betingelse eller tilstand som innebærer å ikke være syk eller overvektig (Quennerstedt, 2008). Et slikt syn på helse blir kalt patogenetisk, mens andre perspektiver på fysisk aktivitet, helse og kroppsøving, som for eksempel aktivitetens egenverdi og den enkeltes subjektive velvære får sjelden oppmerksomhet (Quennerstedt, 2008). Dessuten skriver Evans med flere, (2004) at helse i de senere år har blitt en milliardindustri, et tema for den dagligdagse samtalen, så vel som et hett tema i politikken (Evans, Davies, & Wright, 2004). Mange ser ut til å godta «helsekunnskapen» og rådene, som tilbys i den offentlige sfære, som har en tendens til å virke velmenende. Men helseagendaens urokkelige faktum og uskyldig ideologi bør være gjenstand for bedre gjenspeiling i skolens læreplaner (Evans et al., 2004).

Samtidig hevder O'Sullivan (2004) at kroppsøvningsdiskursen, i senere tid, har gått fra å handle om å fremme fysisk aktivitet og helse til å handle om en diskurs med sykdom, vekt og fedme. Kroppsøving reproducerer de verdiene som folk, deriblant personlige trenere, tjener penger på i samfunnet (Kirk, 2006). Med dette mener Kirk, (2006) at hvis kroppsøving bare skal tjene til å trene elevene kommer de til å trenge hjelp til å være i fysisk aktivitet også når de er ferdig med skolen fordi de ikke har lært noe av faget.

Videre fant Moen, (2011), i likhet med, (McKenzie, 2007; Velija, Capel, Katene, & Hayes, 2008) at kroppsøvningslærerstudenter vektlegger kroppsøving som et fag som kan og bør motvirke den påståtte økningen i livsstilsrelaterte sykdommer i samfunnet. Livsstilsrelaterte sykdommer, handler om måten man lever på og omhandler blant annet høyt blodtrykk, overvekt, hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, enkelte kreftformer, osteoporose, og belastningslidelser (Mæland, 2010). Studenter i kroppsøvningslærerutdanninger virker å være mer innforstått med helseismeideologien enn sine lærere (Moen, 2011). Moen, (2011) hevder videre at det virker som unge

kroppsøvlingslærerstudenter som har vokst opp i nåtidens kropps- og fitnesskultur (Evans & Davies, 2004) tar en slik helseforståelse for gitt i faget. Det som kalles *helseismediskursen* i kroppsøvlingslærerstudenter habituser har satt seg så sterkt at deres helseperspektiv er vanskelig å endre eller forme (Evans & Davies, 2004; Moen, 2011). Hva helse er ser derfor ut til å bli tatt for gitt også blant kroppsøvlingslærerstudenter i Norge.

I relasjon til kroppsøving hevder (Kirk, 2006) i samsvar med Verdens helseorganisasjon erklæringer, at vi må tenke forbi «energi inn» og «energi ut» i sin forklaring på helse i faget. Videre hevder Ommundsen (2008) i likhet med (Säfvenbom, 2010) at synet på fysisk aktivitet som et middel til god helse er for snevert og at det truer kroppsøvlingsfagets andre verdier og ankerfeste som skolefag. Det kan være slik at et fokus på bevegelsesaktivitet i kroppsøvlingsfaget med formål om å endre elevenes fysiske kropp og forbrenning av fett, vektregulering, selvkontroll og disiplinering av kroppen kan bidra til å utvikle kroppslig, psykologisk og sosial utrygghet og angst hos elevene (Ommundsen, 2008).

«Det hviler derfor et stort fagdidaktisk og moralsk ansvar på kroppsøvlingslærere som i egen undervisningspraksis opererer innen rammen av en slik helsediskurs i læreplanen» (Ommundsen, 2008, p. 81).

Det fremheves også at personer som kommer inn under kategorien «fysisk inaktive» ofte har hatt dårlige erfaringer med trening og bevegelse. Det viser seg at de har minner fra gymtimer, idrettsdager og friminutter som fremkaller ubehag og skaper negative assosiasjoner (Bårdsen & Thornquist, 2010). I en tid med kropps- og helsefiksering er det viktig å holde fast ved at å være i aktivitet har egenverdi (Bårdsen & Thornquist, 2010).

Ommundsen, (2008) hevder at en ensidig helsediskurs er lite tjenlig til å bidra mot fysisk aktivitet i fritiden så vel som i undervisningstimene, og at læringsfokus i faget forsvinner fordi målet blir i seg selv å være i aktivitet heller enn å lære, utvikle og stimulere egne bevegelsesmuligheter og sin egen kroppslige kompetanse. Mestringsaspektet, bevegelsesglede og læring i aktivitet forsvinner i søken etter

svettedråper fremfor motorisk utvikling hos den enkelte. Da mister faget sin grunntanke i norsk skole (Ommundsen, 2008).

Dette er også i tråd med (Kirk, 2006) konklusjon om at det trengs en kritisk pedagogikk i kroppsøving for å gi en moralsk og pedagogisk forsvarlig form for engasjement i den såkalte fedmediskursen i dagens samfunn.

2.2.1 Oppsummering tidligere forskning

Som jeg har tatt opp har mye av litteraturen et svært kritisk syn på at helse i kroppsøving og det at det brukes ord som ideologi og helseisme.

Kort oppsummert er mye av den tidligere forskningen kritisk til en helsediskurs som går ut på at elevene trenger fysisk aktivitet som et middel for å opprettholde en slank og trent og dermed sunn kropp i kroppsøving. Kritikerne hevder at faget mister sin egenverdi og læringsaspekt ved en slik forsnævret helseforståelse. Videre viser det i teorien seg at helse kan være forstått som mye mer enn «energi inn» og «energi ut», og at for å opprettholde kroppsøving som et lærefag i skolen trenger lærere å ha en bred forståelse av helse i faget.

I neste kapittel vil jeg presentere, kroppsøving i norsk skole, som en kontekst for min undersøkelse. Siden oppgavens tema er læreres forståelse av helse i kroppsøving, vil jeg vise til hvor i læreplanen helse uttrykkes eksplisitt, og kort si litt om kroppsøvingslærerrollen.

3. Kontekst – Kroppsøving, skole og helse

3.1 Kroppsøving

Kroppsøving har historie helt tilbake til 1800-tallet hvor meningen med faget startet med fysisk oppdragelse av gutter for å bedre landets militære beredskapsevner (Gurholt & Jenssen, 2007). Faget har siden da har endret og utviklet seg i takt med samfunnet forøvrig. Kroppsøving fikk i 1936 status som obligatorisk fag i norsk skole og dets militære tilknytning ble fjernet (By, 1998). I dag følger faget elevene hele grunnskolen og er obligatorisk på alle videregående studieretninger foruten om idrettsfag som har andre aktivitetsfag. Kroppsøving på 1. – 7. årstrinn har et timetall på 478 timer, og 8.-10. årstrinn har et timetall på 228 timer. I videregående varierer kroppsøving noe ut i fra studieretning, men det vanlige timetallet er 56 timer per skoleår (Utdanningsdirektoratet, 2012). Samlet sett er kroppsøvingfaget blant fagene i norsk skole som har flest timer i løpet av den obligatoriske skolegangen (Säfvenbom, 2010).

3.2 Helse i læreplanen

En revidert læreplan i kroppsøving var gyldig fra 01.08.2012. Læreplanen i kroppsøving består av formålet med faget, fagets hovedområder, fagets timetall, grunnleggende ferdigheter, kompetansemål og vurdering i faget (Utdanningsdirektoratet, 2012). Nedenfor er en oversikt over hvor i læreplanen helse uttrykkes eksplisitt. Det vil bli tatt utgangspunkt i kompetansemålene uttrykt etter 10. årstrinn siden denne studien baserer seg på ungdomsskolelærere.

Helse i formålet med faget: «Bevegelse er grunnleggende hos mennesket og fysisk aktivitet er viktig for å fremme god *helse*». «Det skal ruste elevene til vurdering av kroppsideal og bevegelseskultur som kan påvirke selvforståelse, *helse*, ernæring, trening og livsstil»

«I faget skal elevene tilegne seg kunnskap om trening, livsstil og *helse* og bli motivert til aktivitet og trening».

Helse i hovedområdet; trening og livsstil: «Hovedområdet trening og livsstil omfatter hvordan ulike aktiviteter kan påvirke *helsen* hos den enkelte». «Hvordan man kan drive *helsefremmende* aktivitet og arbeide ergonomisk rett, er også viktige emner».

Helse i kompetansemålene etter 10. Årsteget:

Mål for opplæringen er at elevene skal kunne:

- bruke lek og treningsformer for utvikle egen kropp og *helse*.
- forklare sammenhengen mellom fysisk aktivitet, livsstil og *helse*
- forklare hvordan ulike kroppsideal og ulik bevegelseskultur påvirker trening, ernæring, livsstil og *helse*.

3.3 Kroppsøvlingslærerrollen

Kunnskapsløftet, 2006, revidert for kroppsøving i 2012, gir den enkelte skole metodefrihet i fagene. Dagens skole er mer eller mindre autonome – de er lagt opp slik at nasjonale læreplaner formulerer formål og kompetansemål, men innhold og metoder er på lokalt ansvar (Annerstedt, 2008). Det er skolelederne og lærerne som skal lese og tolke læreplaner. Som lærer i kroppsøving har man en spesifikk oppgave - å utvikle elevenes læring innenfor dette fagområdet (Annerstedt, 2007).

«Planlegging innebærer å tolke læreplanen. Planleggingen utgjør et viktig bindeledd mellom læreplanen og pedagogisk praksis» (Imsen, 2009, p. 397).

Undervisning er pedagogisk praksis og ifølge, Imsen (2009), er all undervisning tilrettelegging av læringsmuligheter for elevene, og disse er intensjonale i den forstand at det skal være en hensikt eller en intensjon med den virksomheten som organiseres. Det vil si at det alltid skal ligge en idé i det som organiseres. Det krever at lærere reflekterer over fagoppfatning og fagforståelse. Enhver lærer må besitte gode fagkunnskaper og en forståelse for det innholdet man skal undervise i, fordi læreres oppfatninger av læreplanen er det som skal danne grunnlaget for det operasjonaliserte faget. I hovedsak er det læreren som definerer hva som skjer i skolehverdagen, det vil si planlegging av innhold, arbeidsmetode, og vurderingspraksis (Annerstedt, 2007). Læreplanen i kroppsøving er kroppsøvlingslærerens utgangspunkt for planlegging av læring i faget, der nevnes *helse* ved flere anledninger. Dowling (2010), skriver at på tross av læreplanen er det opp til hver enkelt lærer å tenke over hva som menes med god helse. Samtidig hevder (Goodson, 2005) at legitimeringen av fagene tar sine egne veier. Samlet sett ser det ut som min grunn til å interessere meg for tema forsterkes ved å se

den manglende sammenheng mellom det akademiske faget og skolefaget, det vil si hvordan faget blir praktisert. Således vil også min oppgave kunne bidra med kunnskap som er nyttig for å belyse læreres forståelser av helse med utgangspunkt i deres arbeidsredskap: læreplanen og utdanning.

Kapittel 3 har presentert oppgavens kontekst – Kapittel 4 presenterer oppgavens vitenskapelige forankring og teoretiske perspektiver.

4. Teori

I teorikapittelet vil jeg presentere oppgavens vitenskapelige forankring, som er plassert innenfor et samfunnsvitenskapelig paradigme. Valg av vitenskapsteoretisk forankring har betydning for hva jeg søker informasjon om. Siden jeg i oppgaven er interessert i hvordan kroppsøvingslærere uttrykker sin forståelse av helse og hva deres forståelser sier noe om jeg valgt en diskursinspirert analyse, blant annet på grunn av at det er språket som er i fokus. Oppgavens teoretiske forankring baserer seg på et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Like fullt er det helse som er oppgavens utgangspunkt og ulike måter å forstå og kommunisere hva helse er, derfor har jeg inkludert to ulike teoretiske perspektiver på helse; henholdsvis Hans-Georg Gadamer og Aaron Antonovsky. De representerer to relativt ulike perspektiver på helse, som jeg presenterer etter avklaringene om bruk av sosialkonstruktivisme og analysemetode inspirert av diskursanalyse.

4.1 Sosialkonstruktivisme

For å forstå sosialkonstruktivisme vil jeg først trekke inn strukturalismen som oppsto da det intellektuelle Frankrike på 1950- og 1960-tallet tok et kraftig opprør mot en humanistisk tankemåte som satte subjektet i sentrum. Strukturalismens utgangspunkt er at det ikke er subjekter som produserer strukturer, men strukturer som produserer subjekter (Aakvaag, 2008). Michael Foucault kritiserte strukturalismen slik den først utviklet seg. Foucault hevdet at språklige og sosiale strukturer er historisk foranderlige – til ulike samfunn og kulturer svarer ulike strukturer (Aakvaag, 2008). Grunnen til at jeg først og fremst trekker frem Foucault er fordi hans arbeid er blitt sett på som viktig i sosiologien og fordi det var nettopp han som lanserte begrepet diskursanalyse som min analysemetode er inspirert av. Foucaults analyser av diskursive maktrelasjoner, har inspirert til senere former for diskursanalyser (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne oppgaven vil ikke ta utgangspunkt i Foucault og hans arbeide med makt og maktrelasjoner, men hans begrep *diskurs* vil bli anvendt. En diskursinspirert analyse er selve redskapet til å analysere et materiale som i all hovedsak skal dreie seg om helse, hvordan lærere snakker om helse og de perspektiver på helse som dermed kan identifisere innenfor en kroppsøving- og skolekontekst. Jeg avgrensner meg fra en nærmere redegjørelse av Michel Foucaults teorier og perspektiver i denne oppgaven. Men hans arbeide og diskursbegrepet kan relateres til en postmoderne tankegang.

Postmodernismen fokuserer på språket og dets betydning for menneskets oppfatning av virkeligheten. Innenfor den postmodernistiske retningen har det konstruktivistiske perspektiv en fremtredende plass. Konstruktivisme er en retning der kunnskap oppfattes som konstruert, eller blitt til, av dem som deltar i bestemte sosiale sammenhenger (Thagaard, 2009). En videreføring av konstruktivismen er sosialkonstruktivismen som er en fellesbetegnelse på en rekke nyere teorier om kultur og samfunn (Jørgensen & Phillips, 1999). Den tar utgangspunkt i at både læring og kunnskap må ses i lys av kulturen, språket og hele fellesskapet som individet hører til (Imsen, 2005). Sosialkonstruktivismen fremhever at mennesker forstår omverdenen gjennom de kategorier som brukes og uttrykkes, og som en følge av at menneskers forståelse er preget av kulturen enhver lever i (Jørgensen & Phillips, 1999; Thagaard, 2009). I samtaler med andre utvikler mennesker sin forståelse av omverden, og denne forståelsen representerer et utgangspunkt for sosiale handlinger (Thagaard, 2009). Slik sett vil den forståelse av helse mine intervjudeltagere uttrykker, ikke bare anses kun som en individuell forståelse, men kulturelt og kollektiv. Dette er fordi en læring, eller en forståelse, er ikke noe som plutselig blir til ”der ute” eller ”inne i menneskets hode”, men med språket som kulturelt fenomen (Imsen, 2005). Språket bidrar til å forme våre måter å forstå verden på, og tjener som innramming av kunnskap. Språk finnes overalt for eksempel for lærere i pensum, i læreplanen, i skolens fagplaner, på lærerværelset og i den verbale kommunikasjon de omgir seg med både på jobb og ellers i livet. Objektive sannheter problematiseres innen dette paradigme og i stedet for å snakke om objektive sannheter, blir sannheter «godkjent» i et fellesskap av forskere og lærde – eller på andre måter gjennom samfunnsmessige «diskurser» (Imsen, 2005). Sannhet ses dermed på som noe som endrer seg innenfor ulike diskurser. Som mennesker er vi historisk og kulturelt betinget, det vil si at våre måter å forstå og representere verden på har vært annerledes og de har bevisst at de kan endres over tid (Jørgensen & Phillips, 1999). Det som noen først tenkte på som en selvfølgelighet kan endres hvis det kommer ny informasjon til forståelsen man først antok var sant.

Jørgensen and Phillips (1999, p. 44) sier det slik: «Viten skapes i sosial interaksjon, hvor man både oppbygger fælles sanheder og kæmper om, hvad der er sandt og falsk».

I et bestemt verdensbilde blir noen former for handlinger oppfattet som «naturlige» for noen og for andre «utenkelige». Forskjellige sosiale verdensbilder fører slik sett til

forskjellige sosiale handlinger, og den sosiale konstruksjon av viten og sannhet får dermed konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen & Phillips, 1999).

Ved at hver og en av oss vokser opp som en del av samfunnsinstitusjoner: være seg skole, rettsvesen, markedsmekanismer, familie, politikk og lignende, hevder sosialkonstruktivismen at meninger og praksiser får strukturelle trekk, som oppfattes som objektive – de blir tatt for gitt at det er slik det er. Det er det som «tas-for-gitt» når det gjelder helseforståelser, jeg er interessert i å grave i når det kommer til kroppsøving. Jeg vil også komme inn på hva forståelsene av helse sier om selve helsebegrepet.

I neste delkapittel vil jeg presentere hvordan diskurs brukes i denne oppgaven, og hvordan jeg vil bruke diskursanalyse, noe jeg også kommer inn på i del 5.7 - Strategi i analyse.

4.2 Diskursanalyse

I dette kapittelet vil jeg ved hjelp av Meyer og Sirnes, (1999) avklare hva som menes med diskursbegrepet og hvordan det brukes som analysemetode i oppgaven.

Diskursanalyse undersøker hvordan språket brukes til å skape, opprettholde og ødelegge forskjellige sosiale bånd og ligger på linje med den postmoderne oppfatning av den menneskelige verden som sosialt og språklig konstruert (Kvale & Brinkmann, 2009).

Språket er den mentale og eksistensielle horisonten mennesket blir født inn i, og som det uttrykker individualiteten sin ved hjelp av. Språket tilhører både individet og samfunnet (Meyer & Sirnes, 1999). En diskurs handler ikke bare om språket, men kommunikasjon i utvidet forstand (Meyer & Sirnes, 1999). I diskursen hører handling og språk til den samme dimensjonen og knytter språk og handling sammen gjennom meningsbegreper (Meyer & Sirnes, 1999).

Det talte og skrevne språket blir en del av en mer oppfattende kommunikasjon, der man også må se på kroppslige gester, holdninger og uttrykk, og ikke minst hvordan folk kommuniserer ved å ordne og arrangere de materielle omgivelsene sine for eksempel ved klesvalg, innredning, og anskaffelser av kulturelle gjenstander (Meyer & Sirnes, 1999).

Første del av analysen er å presentere selve empirien. Det innebærer at det som har blitt uttalt, det som har blitt kommunisert, blir avdekt. I neste omgang handler det om at forskeren tilfører ens egen forståelse. Hensikten er ikke bare å gjengi og beskrive utsagn og uttrykk, men en analyse må vise hvordan de blir produsert, og hva det er som styrer oppfatningen av kommunikasjonen og hvilke kategorier som blir brukt (Meyer & Sirnes, 1999). Forskerens hensikt er å vise mer enn en gjenkjennelseeffekt, en kombinasjon av effekten av å avdekke og oppdage. Kan noe av det deltagerne sier om helse gi informasjon utover det de faktisk sier, som for eksempel at det ser ut til at deres forståelser minner om det media framstiller som helse eller lignende. Eller trekke slutninger mellom det lærerne sier og hva det egentlig gir av informasjon om helse.

I og med at helse ofte tas for gitt vil begreper som «det ubevisste betydningsrommet» være noe jeg med en diskursanalyse blir opptatt av. En diskurs er det mentale mulighetsrommet for hva som kan gi mening, og ikke minst for hva som kan bli viktig, seriøst, legitimt, godt, truende, akutt og så videre. Diskursanalysen beveger seg fra det eksplisitte og bevisste til det underliggende og skjulte, for å undersøke distinksjoner og forbindelser som ikke gir seg til kjenne direkte, men som likevel er til stede under kommunikasjonens overflate (Meyer & Sirnes, 1999). Hva er det intervjupersonene snakker om og tar for gitt? Ikke minst hva er det jeg tar for gitt når vi konverserer? Det finnes et delvis ubevisst og styrende nivå for det som blir fortalt, for eksempel i media, i klasserom, i intervjuer etc. Diskursanalysen tar dermed sikte på å påvise at makt er et fenomen som verken personer eller organisasjoner kan tilegne seg, disponere, miste eller overdra andre til daglig gjennom valg eller representasjon, makten finnes like gjerne i det enkelte utsagn. En slik makt tilhører ingen, men finnes samtidig overalt og blir aktivisert i alle sosiale relasjoner (Meyer & Sirnes, 1999).

Motsetninger mellom ulike diskurser som er representert i måten personer uttrykker seg på, er et sentralt aspekt ved slike analyser (Thagaard, 2009). Diskursanalyse legger vekt på hvordan oppfatninger som kommer til uttrykk i en samtale, er preget av den konteksten de personer som deltar i samtalen, etablerer seg imellom.

Og dersom en diskursanalyse lykkes, hevder Meyer and Sirnes (1999), at den ikke bare kan vise hva som har makt over tenkingen og kategoriseringen til folk, men også over følelsene og emosjonene – og som derfor er opphavet både til forståelsen og

engasjementet (Meyer & Sirnes, 1999). Mennesker påvirkes av og påvirker kulturen de er en del av. For å forstå hva som har makt over det vi «kjenner til» kan vi rette blikket mot de verdier og meninger som blir fremmet i samfunnet hver enkelt tar del i. Som nevnt innledningsvis får helse mye oppmerksomhet i populærkulturen og er et yndig tema både blant profesjonelle og ikke-profesjonelle i mediebildet. Samtidig, som neste avsnitt går inn på, har det ikke en entydig definisjon. Med bakgrunn i at de fleste har en mening om hva helse er samtidig som det synes vanskelig å definere, gjør helse i kroppsøving til et godt utgangspunkt for å gjøre en diskursinspirert analyse.

I neste teoridel vil jeg kort gi noen beskrivelser av hva noen forståelser av helse.

4.3 Helse

Helse som begrep er ikke selvforklarende og som allerede nevnt – tas helse ofte for gitt. Som allerede nevnt har det visst seg at kroppsøvingslærere har en for enkel konseptualisering av hva helse er. Istedenfor å definere helse som enten god eller dårlig, må helse forstås som et konsept med forskjellig betydning i ulike kontekster og ulike samfunn (Evans, 2004, Quennerstedt, 2006).

Ifølge WHO - Verdens helseorganisasjon (2012) - er helse definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom og skade (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2012a). WHO's definisjon av helse har vært i hyppig endring de siste årene. Deres definisjon forteller at helse omhandler flere dimensjoner av mennesket, nemlig at det handler om en tilstand som tar hensyn til de kroppslige, emosjonelle og sosiale egenskapene hos mennesker. Ifølge Verdens helseorganisasjon er ikke helse et endelig produkt som du kan oppnå og holde stabilt, men heller noe som er i konstant endring og alltid i en utviklingsprosess (Haglund, Pettersen, Finer, & Tillgren, 1991).

Katie Eriksson som er utdannet sykepleier, og har en doktorgrad i filosofi, har gjennomført en semantisk analyse av helsebegrepet. Med utgangspunkt i ordbøker og leksikon har hun kommet frem til at helse er en tilstand av sunnhet, friskhet og velbefinnende (Bjørk & Breievne, 2011). Filosofen Wladyslaw Taterkiewicz hevdet tilbake i 1976 at vi ved helse først og fremst tenker positiv funksjonsevne i fysisk og psykisk forstand (Bjørk og Breievne, 2011). En entydig definisjon på helse er vanskelig

å oppspore og ser ikke ut til å eksistere i litteraturen på emnet. Like fullt har helse i generell forstand blitt et objekt for filosofisk refleksjon så vel som vitenskapelig forskning, og hva helse innebærer er nært knyttet til ulike verdier i samfunnet (Quennerstedt, 2006). Burrows and Wright (2004) hevder at helse er et begrep som brukes på ulike måter, knyttet til bestemte verdisystemer, livssyn og sosiopolitiske, økonomiske og kulturelle kontekster. Det som kan konstateres er at helse har noe med menneskets liv å gjøre, både kroppslig og kognitivt. Jeg har videre valgt Aaron Antonovsky og Hans-Georg Gadamer som presenterer to ulike forståelser og teoretiske perspektiver på helse i denne oppgaven. Grunnen til dette er at de representerer to perspektiver på helse som retter oppmerksomhet mot hele mennesket, og ikke bare ser helse som det motsatte av sykdom. Antonovskys salutogene helsemodell var pensum da jeg studerte praktisk-pedagogisk utdanning ved NIH. Hans-Georg Gadamer var også pensum som en del av pedagogisk filosofi i samme utdanningsprogram.

4.4 Hans-Georg Gadamer

Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002) var en tysk filosof. Han ga ut boken: «The Enigma of Health» hvor han forsøker å gi et nyansert bilde av helse. Boken ble i 2003 utgitt på svensk som «Den gåtefulla hälsen».

Gadamer, (1996) hevder at helse ikke er noe mennesker kan utforme eller produsere. Videre hevdet Gadamer at medisinsk vitenskap ikke bare kan være opptatt av sykdom, for sykdom kan ikke eksistere uten helse (Gadamer, 1996). Gadamer (1996), skriver at for å forstå helse må sykdom først og fremst forstås.

4.4.1 Det er sykdom som er noe

«Sykdom er opprøret eller motstanden som tar plass når noe begynner å ikke fungere» (Gadamer, 1996, p. 96). Det er noe som er på mennesker og mot mennesket som et objekt som en kan prøve å ødelegge eller bekjempe. Mennesker kan undersøke og observere en sykdom på nært hold og evaluere dens styrke, kraft eller onde art. Dette kan gjøres gjennom all ervervelse av de objektive vitenskapelige metoder moderne naturvitenskap er basert på. Men helse er, ifølge Gadamer, noe som unndrar seg dette perspektivet på en unik måte. Helse er ikke noe som blir avdekt gjennom undersøkelser, men heller noe som manifesterer seg nettopp gjennom kraften av å unnsnippe menneskers oppmerksomhet (Gadamer, 1996). Helse er derfor ikke noe som krever

permanent oppmerksomhet, slik som sykdom gjør, som mennesket bekymret bærer med seg. Helse tilhører heller det mirakelet at mennesker har evne til å glemme seg selv. For å forstå dette hevder Gadamer, (1996), at det bør fokuseres på problemet med kropp og sjel. Det er ganske sikkert hva menneskekroppen er, men ingen vet for sikkert hva som menes med sjelen. En kan si at kroppen er livet, det som lever, men at sjelen levendegjør en. Kropp og sjel er i en dynamisk relasjon hevder Gadamer (1996), en helhet, som gjør forsøk på å objektivere det ene uten det andre absurd.

Å objektivere noe betyr å kunne måle det. For å gjøre det tas det utgangspunkt i standardverdier, som det deretter kan måles forekomst og grad av. Mennesker forsøker å måle eller veie sykdom for så å overvinne den eller få kontroll over den hevder Gadamer (1996). Fordi Gadamer skriver at det er sykdom, og ikke helse, som objektiviserer seg selv og viser seg på mennesket som noe truende og forstyrrende som den enkelte søker å bli kvitt (Gadamer, 1996). Sykdom viser seg på mennesker gjennom symptomer. Symptomer refererer til synlige trekk som vanligvis vises ved utbruddet av sykdommer. Helse viser seg ikke på en person i form av synlige trekk som legges merke til på en samme måte som sykdom. Det virkelige mysteriet ligger i helsens gjemte karakter fordi helse presenterer seg ikke som synlig på mennesker slik som sykdom gjør (Gadamer, 1996). Selvfølgelig kan det prøves å etablere standardverdier på helse, men i forsøket på å finne slike standardverdier gjør mennesker seg syke, hevder Gadamer, (1996). Det å «jobbe med helsen» blir hvis man følger Gadamer, et paradoks. Det slår tilbake på den enkelte fordi all oppmerksomheten man gir helse blir det samme som det å behandle sykdom.

4.4.2 Helse – likevekt, harmoni og livets rytme

Gadamer (2003) skriver at for å illustrere helse kan en tenke seg helse som en tilstand av likevekt, hvor likevekten er en tilstand av vektløshet som inntreffer når vektene på hver side holder like mye. Hele tiden forsøkes det å holde vekten på hver side stabil slik at ikke likevekten går tapt. Det finnes alltid en risiko for at det legges på for mye vekt på en av sidene. Slik er det også med den medisinske behandlingsmetoden som maner til forsiktighet for å unngå unødvendig bruk av medisiner siden det kan være så vanskelig å finne riktig dose og rett tid i behandlingen. Slik sett forstås det kanskje bedre hva helse er, nemlig at helse er livets rytme; en kontinuerlig fase hvor likevekten hele tiden utfordres og på nytt stabiliseres (Gadamer, 2003).

Ifølge Gadamer, (2003) er det ikke tilstrekkelig bare å se på sykdom og helse som noe som har med biologiske funksjonsforstyrrelser å gjøre, som noe som bare handler om menneskets kropp, men ikke en selv og livet. Han hevder at dette ikke fanger fenomenet helse som er en del av alle sammen i hverdagen. Helsen kan ikke deles opp i kropp og sjel – i somatisk og psykisk – det er en slags helhetstilstand der enhver person finner harmoni med den verden en lever i (Gadamer, 2003).

Gadamer, (2003) skriver at psykisk sykdommer er en slags forstyrrelse i en persons velbefinnende. Det handler om tap av likevekten: «att vi inte längre kan hantera att vara omgivna av möjligheter innebär att vår psykiska balans svikter» (Gadamer, 2003, p. 198). Behandling går ut på å hjelpe vedkommende å gjenvinne sin indre likevekt (Gadamer, 2003).

Likevekten er noe mennesket trenger for sin egen del, for hjemmet sitt og for sitt eget velbefinnende. Likevekten strekker seg forbi legens ansvarsområde og innbefatter personens innvikling i familie, samfunnet og yrkesliv. Det handler for det meste om tilpasningen til sin egen selvbalansering i en større sosial helhet, som en medvirker i og interesserer seg for (Gadamer, 2003). Gadamer, (2003) gjør her et poeng av hvordan man forholder seg til, går overens med og samtaler med andre mennesker i det dagligdagse.

Å være frisk eller å ha helse er ikke å føle seg på en bestemt måte, men det er å eksistere, å ha tilstedeværelse i verden og sosialt samvær med andre mennesker, å arbeide i fremgang og glede og det å være opptatt med arbeidsoppgavene sine hevder Gadamer (2003).

Gadamers syn på helse og sykdom ble utgitt tilbake til 1996. Men hans poeng skaper en debatt om hva helse er, hvordan helse kan forstås og hvordan alt fokus på helse i samfunnet vårt også bidrar til å gjøre mennesker syke. Det leder til å stille spørsmål om hvorfor helsen får så mye oppmerksomhet i vår tid, hvis det er slik Gadamer hevdet at det er sykdom som er det virkelige problemet. Jeg finner Gadamers perspektiver relevante nettopp på grunn av at han er en motsetning til medias råd om hvordan enhver kan arbeide med helsen.

Jeg har også valgt å presentere Antonovskys helseperspektiv fordi jeg opplever at det er interessant i forbindelse med å forstå helse. Antonovsky ble jeg først kjent med da jeg studerte pedagogikk ved Norges idrettshøgskole i 2011. Jeg innså at hans salutogenetiske perspektiv åpnet opp for en større forståelse av helse hos meg, den gangen.

4.5 Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky (1923 -1994) var en amerikansk professor i medisinsk sosiologi. I 1970 gjorde Antonovsky en analyse av studier på kvinner født mellom 1914 - 1923 som hadde opplevd å være i konsentrasjonsleir. I studien ble den psykiske helsen til disse kvinnene sammenlignet med den psykiske helsen til en kontrollgruppe kvinner som ikke hadde opplevd konsentrasjonsleir. 51% av kontrollgruppen hadde ganske god psykisk helse ved studien, mens blant kvinnene med opplevelse fra konsentrasjonsleir hadde 29% ganske god psykisk helse. Dette gjorde Antonovsky nysgjerrig – hvordan kunne det ha seg at hele 29% av en gruppe kvinner som hadde opplevd leirens ufattelige skrekk og som i flere år måtte leve som flyktning, likevel kunne ha tilfredsstillende psykisk helse?

Oppmerksomheten hans vendte seg mot faktorene som støtter helse og velvære, fremfor faktorene som forårsaker sykdom. I 1979 ga han ut boken «Health, Stress and Coping». I boken formulerte han en salutogenetisk modell. Den salutogenetiske modellen jobbet bort fra synet på helse og sykdom som dikotomisk (Antonovsky, 1979). En salutogenetisk (salutogenic) tilnærming består av ordet «*salus*» som betyr *helse* og «*genesis*» som betyr *opprinnelse*. Antonovsky var interessert i helsens opprinnelse og hvorfor noen har god helse og andre ikke.

I 1987 ga Antonovsky ut boken «Unraveling the mystery of health». Boken ble oversatt og utgitt på svensk i 1991 med tittelen: «Hälsans mysterium». Denne boken bygger videre på den salutogenetiske helsemodellen som Antonovsky ble mer og mer sikker på at var en viktig tematikk å belyse. Han hevdet allerede i 1987 at den tilsynelatende økende interessen for selvforvaltning og større bevissthet på de sosiale faktorenes betydning for den enkeltes velbefinnende skapte forutsetninger for et seriøst studie av hvordan helse oppstår (Antonovsky, 1991).

4.5.1 KASAM og GMR

I sitt arbeid med helse og den salutogenetiske modellen formulerte Antonovsky noen termer. De mest sentrale begrepet han formulerte var «GRR – generalized resistance resources» og «SOC – Sense of Coherence». I hälsans mysterium er de oversatt til «GMR – generella motståndsressurser» «KASAM – Känsla av sammanheng».

Arbeidshypotesen GMR kom av tanken om at stressbelastning fører til en spenningstilstand som en må prøve å håndtere – jo mer ressurser en person har tilgjengelig jo mer håndterlig vil stressbelastninger være for vedkommende (Antonovsky, 1987, 1991). Den sentrale oppgaven for helsevitenskapen, sett gjennom et salutogenetisk helseperspektiv er ifølge Antonovsky (1987) å studere belastningene, forstå dem og forstå hvordan slike spenninger håndteres. For å svare på dette utviklet han KASAM. Med utgangspunkt i at GMR bidro til å bedre forstå alle stressbelastninger som finnes og måten vi håndterer disse på, gir det mennesket erfaringer som over tid gir enhver person en sterkere KASAM som på norsk oversettes til «følelse av sammenheng». KASAM utgjorde det sentrale begrep i «Health, stress and coping» og defineres som:

«en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsagbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig» (Antonovsky, 1991, p. 13)

Å ha en sterk KASAM er å ha en følelse eller tro på at utfordringer kan takles. Det handler om å være motivert til å håndtere de oppgaver og stressbelastninger en møter. Håndtering av stress skjer ved hjelp av motstand- og mestringsressurser –GMR, som enten har blitt opparbeidet eller som ligger latent i den enkeltes personlighet.

«Health, stress and coping» presenterte den salutogenetiske modellen og utviklet den, mens i «Unraveling the mystery of health» tar opp agendaen for denne modellen. Om «Unraveling the mystery of health» - «Hälsans mysterium», skrev Antonovsky selv, at det er en bok som er til for forskere, lærere og terapeuter – alle som tar del i menneskers «kamp» i en verden full av stress.

4.5.2 Salutogenetisk og patogenetisk perspektiv på helse

Ofte starter forklaringer eller definisjoner på helse som en form for normalitet, hvor helse er forstått som det «normale» (Quennerstedt, 2008). Slike perspektiver på helse kan betegnes som patogenetisk (Antonovsky, 1979, 1996; Quennerstedt, 2006).

Konsekvensen av patogene perspektiver på helse er at det er det ikke-normale, sykdom, som er av interesse for forsknings- og helsepraksisen, mens helse betraktes som det motsatte av avvikene fra det normale. Det er sykdommen som får oppmerksomhet fremfor mennesket som har et eller annet medisinsk problem (Antonovsky, 1991).

«.. att vara blind för en människas sjukdomsupplevelse, för hennes totale livssituation och för hennes lidande är i de flesta fall inte bara inhumant; det leder dessutom till att man misslyckas med att förstå etiologin bakom hennes hälsotillstånd» (Antonovsky, 1991, p. 25)

Antonovsky, (1987) kritiserer det dikotomiske synet på helse og sykdom fordi det klassifiserer mennesker som enten friske eller syke, og fordi helse blir sett på som en statisk tilstand i fravær av sykdom eller skade. Han hevder at et patogenetisk helseperspektiv påstår at hvis en person er «naturlig frisk», må vedkommende bare gjøre hva den kan for å forbli i en slik tilstand. Det er opp til samfunnsinstitusjonene å sørge for at risikofaktorer mot helse reduseres eller blir tatt bort fra det sosiale handlingsrommet. Slik unngår mennesker sykdom hvis sosiale forhold tillater, legger til rette for og oppmuntrer enkeltmennesker til å engasjere seg i kloke lavrisikofaktorer i livet de lever (Antonovsky, 1996a). Målet med å promotere helse blir således identisk med å forebygge sykdom eller skade. Noe som Antonovsky, (1979) mener gjør at individet kommer i skyggen. Dette relativt reduksjonistiske synet på helse hevder at hvis du bare spiser sunt og er fysisk aktiv og steller godt med kroppen din i form av preventive valg så holder du deg frisk.

Antonovsky, (1979) på sin side anerkjenner slike preventive holdninger, men er ikke enig i at det er tilstrekkelig (Quennerstedt, 2006). Han legger vekten på at helse bør være fokuset fremfor uhelse og sykdommer. Antonovsky, (1979, 1987) tar hensyn til ressurser som oppretter, bevarer og utvikler helse, men han formulerte ikke noen definisjon av helse (Quennerstedt, 2006).

Ifølge Quennerstedt, (2006) forteller det oss at et salutogenetisk perspektiv på helse først og fremst ikke er en teori om hva helse er, men en teori om helseutvikling og hva

som kan utvikle helse. Den salutogenetiske helseforståelsen ser på helse som noe som alltid er i en dynamisk prosess; «health is always in the process of becoming» (Quennerstedt, 2008). Antonovsky, (1987) selv bruker ordene «health –ease» og «health dis-ease». I en oversettelse av hans utgivelse fra 1987 gitt ut i 1991 på svensk omtales det som helsa og uhelsa. Bruken av helse og uhelse vil også være de ordene jeg oversetter det med til norsk i denne oppgaven.

Antonovsky, (1991) stiller spørsmål om hva det er som leder enkelte til å leve mot den positive polen av dimensjonen helse – uhelse. Han forundret seg over at enkelte mennesker utsettes for mange av de samme stressfaktorer uten at det synes å påvirke dem på lik måte. Hans interesse går på hvordan mennesker håndterer og takler stressfaktorer. Stressfaktorere kan være både sykdom, skader og ulykker så vel som livsstil, men også arbeid, kjærlighet, økonomi eller selvbilde. Antonovsky erkjenner menneskets kompleksitet og relaterer helsespørsmål til de mange ulike aspekter av en person. Dette innebærer at helse i hans perspektiv alltid har fysiske, psykiske og sosiale aspekter, og at det alltid er hele helsen som påvirkes (Quennerstedt, 2006). Sykdom kan for eksempel ikke bare påvirke et individs fysiske helse uten å påvirke det psykiske og sosiale samtidig (Quennerstedt, 2006).

Helse forstås som en dialektisk prosess, noe som er i form av et flerdimensjonalt kontinuum (Antonovsky, 1996b). Dette betyr at man på en måte alltid har helse eller er frisk, men at det varierer fra person til person fra gang til gang med bakgrunn i forskjellige grunner. Sagt på en annen måte, så kan man ha både helse og sykdom samtidig, fordi vi er alle, så lenge det finnes det minste liv i oss, på noen måte friske (Antonovsky, 1991). Den salutogenetiske innfallsvinkel undersøker hvor en person, til et gitt tidspunkt befinner seg på dette kontinuum av helse og uhelse. Begrepet helse er ikke bare et enkelt konsept, men snarere noe sosiokulturelt som utvikles gjennom forholdet mellom individet og omgivelsene (Antonovsky, 1996b).

I 2006 ferdigstilte svenske Mikael Quennerstedt sin doktorgrad: «Att lära sig hälsa». Målet for hans studie var å bidra til en forståelse av faginnholdet i kroppsøving først og fremst fra et helseperspektiv. Hans doktorgrad oppsummerer at faginnholdet i kroppsøving først og fremst baserer seg på en patogenetisk forståelse av helse

(Quennerstedt, 2006). Quennerstedt, (2006) hevder at ved å se på helse slik som Antonovsky gjorde vil gi en større forståelse av utviklingen av helse i faget.

Et salutogenetisk syn på helse gjør at vi må ta i betraktning kjønn, kropp, etnisitet, demokrati og læring i generell forstand som en del av et helseperspektiv i kroppsøving, fremfor å bare se på hvor ofte elever er fysisk aktive. Det er fordi det salutogenetiske perspektivet forstår helse som at det har med hele mennesket å gjøre og ikke definert som noe en person har eller ikke har og at helse skapes i interaksjonen mellom mennesket og omgivelsene (Quennerstedt, 2006). Quennerstedt, (2006), foreslår å rette en større oppmerksomhet mot elevenes deltagelse, påvirkning og engasjement i spill, aktiviteter og sosiale relasjoner; elevenes velvære i pågående bevegelsesaktiviteter; kritiske meninger og demokratiske deltagelse i kroppsøving. Dette vil bidra til et helseperspektiv i kroppsøving som gir oppmerksomhet til kvalitetene, egenskapene/evner og kompetanse som elevene kan utvikle som en del av å lære seg helse, og hvordan disse peker videre på hvordan kroppsøving bidrar til elevenes helseutvikling ved at faget kan berike deres liv, styrke dem som sunne mennesker og bidra til en bærekraftig helseutvikling (Quennerstedt, 2006).

4.5.3 Oppsummering av Gadamer og Antonovsky

I neste kapittel vil jeg gjøre rede for oppgavens metodiske valg. Først vil jeg her kort oppsummere Gadamer og Antonovskys helseperspektiver. I analyse og diskusjonsdelen legger jeg først frem de temaer deltagerne uttrykker om helse. I andre del av analysen og selve diskusjonen vil jeg diskutere og se deltageres uttalelser om helse i forhold til Gadamer og Antonovskys perspektiver på helse. Jeg bruker Gadamer og Antonovsky får å belyse perspektiver på helse og for å se om deltakernes forståelser kan forankres i Gadamer og Antonovskys perspektiver og videre for å diskutere lærernes synspunkter i lys av teorien.

Gadamers hevder at helse ikke trenger oppmerksomhet slik som sykdom – det er et poeng jeg kommer til å ha med i diskusjonen. Videre er harmoni, livets rytme, likevekt, helhet noe av hans sentrale uttrykk som kommer til å bli brukt i diskusjonen.

Sentrale uttrykk fra Antonovsky som jeg tar med videre i diskusjonen er «håndtering av stress», KASAM, GMR, salutogenetisk, patogenetisk og valg.

5. Metode

«Begrepet metode betyr opprinnelig *veien til målet*» (Kvale & Brinkmann, 2009). Metode vil si å beskrive veien en forsker har gått og inneholde en redegjørelse for de valg som er tatt. Jeg har valgt en kvalitativ forskningstradisjon med intervju som metode for å få et materiale, og diskursanalyse til analysene av materialet. Kvalitativ orientering i samfunnsvitenskapelig forskning kjennetegnes ved at prosesser og fenomener i verden må beskrives før det kan utvikles teorier om dem, forstås før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter før de behandles som abstrakte kvantiteter (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning rettes oppmerksomheten mot de kulturelle, dagligdagse, og situerte aspektene ved menneskelig tenkning, læring, viten, handling og vår måte å forstå oss selv som personer på (Kvale & Brinkmann, 2009). «Kvalitative tilnærminger gir grunnlag for fordypning i de sosiale fenomener vi studerer» (Thagaard, 2009, p. 12). I mitt tilfelle er jeg ute etter å identifisere hvordan lærere innenfor sin kultur snakker om helse. Jeg har derfor valgt en diskursanalyse som metode når jeg analyserer datamaterialet.

5.1 Intervju

«En postmoderne tilnærming til intervju fokuserer på intervjuet som et sted der det produseres kunnskap, på dets språklige og relasjonelle aspekter, herunder forskjellene som konstrueres i intervjuet» (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 72).

Med bakgrunn i at jeg var opptatt av hvordan lærere uttrykker sin forståelse av helse har jeg i denne undersøkelsen valgt å benytte kvalitative intervju, men en tilnærmet postmoderne forståelse slik Kvale og Brinkmann, (2009) beskriver det. Dette er fordi de som intervjues kan gi uttrykk for hvordan de forstår egne erfaringer og hvordan de opplever konkrete fenomener og situasjoner.

Kvale og Brinkmann, (2009) har lansert syv trekk ved intervjubasert kunnskap. *Kunnskap er produsert*: kunnskap konstrueres sosialt i dialogen mellom intervjuer og intervjudeltageren. Kunnskapen mellom meg og intervjudeltageren i intervjusituasjonen er noe som skapes aktivt gjennom spørsmål og svar. *Kunnskap er relasjonell*: Som forsker er jeg medskaper av sosial virkelighet og er en del av den menneskelige interaksjonen et intervju er, det heter seg at kunnskapen er intersubjektiv. *Kunnskap er*

samtalebasert: samtalen mellom meg som forsker og intervjudeltageren gir adgang til kunnskap. *Kunnskap er kontekstuell*: Intervjuet finner sted i en interpersonlig kontekst, og intervjuutsagnene betydning er relatert til deres kontekst, som først og fremst er det å være lærer i kroppsøvningsfaget. *Kunnskap er språklig*: kunnskap konstitueres gjennom språklig samspill, og deltagerens diskurser og deres virkninger er interessante i seg selv, og er i tillegg selve formålet med denne studien, nemlig å identifisere uttrykksformen deltagerne bruker når de snakker om helse. *Kunnskap er narrativ*: forskningsintervjuer gir adgang til de mangfoldige lokale fortellinger som kommer til uttrykk i historiefortelling, som for eksempel når deltagerne forteller om hendelser eller erfaringer fra undervisningen til meg. *Kunnskap er pragmatisk*: God forskning er forskning som fungerer. I en slik undersøkelse som jeg gjør kan det hjelpe å spørre seg om oppgaven leverer nyttig kunnskap. Noe som vil vise seg i analysekapittelet at den gjør.

Jeg har valgt en delvis strukturert tilnærming. Temaene jeg vil snakke med intervjupersonene om var tenkt gjennom på forhånd. En semistrukturert intervjuguide sirkler inn enkelte temaer, og inneholder forslag til spørsmål en kan tenke seg å stille deltageren (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessuten er det særdeles viktig at jeg som forsker er åpen for at intervjupersonen kan ta opp tema som ikke var planlagt på forhånd (jæmfør forskerrollen nedenfor). Selv om jeg hadde planlagt tema og spørsmål på forhånd var det viktig for meg at intervjuet mer eller mindre kunne forløpe som en samtale. Dette er fordi en samtale kan føles tryggere, enn hvis for eksempel en deltager opplever intervjuet som et forhør. Analyser av samtaler gir grunnlag for å studere hvordan personer skaper mening gjennom måten de ordlegger seg på (Thagaard, 2009).

Da jeg skulle i gang med disse intervjuene var det som sagt viktig for meg å snakke med deltagerne uten å legge ord i munnen på dem. Jeg var interessert i det de selv kom på når jeg stilte spørsmålene og deres uttrykk. Jeg stilte flere spørsmål som kanskje lignet på hverandre, blant annet hva de tenker om helse i kroppsøving og hva den enkelte tenker på når de hører ordet helse. Spørsmålene jeg stilte gikk på hvordan det er å jobbe som lærer i kroppsøving, hva de mente elevene skal lære i kroppsøving. Jeg stilte også spørsmål om hva de tenkte om en del av formålet med faget og enkelte kompetansemål som omhandler helse. Videre stilte jeg spørsmål om hva de mener helse er, både god og dårlig helse, om det er noe som har med opplevelser å gjøre, eller om det er noe som

kan måles. Jeg spurte direkte om hvordan de jobbet for å oppnå helse blant sine elever. De fleste spørsmålene var formulert ganske åpne, som for eksempel; «hva tenker du om(...)», «hvordan opplever du(...)» og «fortell meg hvordan (...)». Jeg stilte videre noen direkte oppfølgingsspørsmål når jeg ønsket at deltageren skulle utdype svaret. Intervjuguide ligger som vedlegg avslutningsvis i oppgaven.

Videre vil jeg beskrive utvalget som består av sju deltagere.

5.2 Utvalg

Utvalget består av lærere som underviser i kroppsøving i ungdomsskolen, og som har utdanning i kroppsøvingsfaget. Jeg valgte ungdomsskolen fordi jeg hadde laget en oversikt over *helse* i læreplanen etter tiende årstrinn. Jeg ville ta utgangspunkt i det som var nedfelt om helse i læreplanen i forbindelse med disse trinnene. Jeg bestemte meg også for at det ble mer ryddig å avklare hvilke trinn deltagerne jobbet på med tanke på kontekst.

Lærerne ble valgt via «strategisk utvalg» fordi jeg ønsket at deltagerne skulle variere i alder, kjønn, bosted, erfaring i skolen og utdanning. Like fullt hadde alle sju deltagerne i denne studien tilknytning til en ungdomsskole i Norge. Jeg har vært opptatt av et mangfoldig utvalg fordi lærere kan ha ulik inngang til sin jobb fordi å bli kroppsøvingslærer i Norge kan gjøres gjennom mange forskjellige utdannelser og utdanningsinstitusjoner (Kårhus, 2010). Forskjellige utdanninger kvalifiserer til samme jobb og jeg ønsket derfor å intervjuere lærere med ulik inngangsvinkel til sin jobb. Deltagerne i studien er lærere i Nordland, Trøndelag, Oslo og Akershus. Intervjuene varer mellom 40 og 60 minutter ut i fra hvordan intervjuene forløp. Det første intervjuet var tenkt som et pilotintervju for å øve meg til datainnsamlingen, men dette intervju fungerte såpass godt at jeg også har valgt å ta dette med som ett av de syv intervjuene i studien. For å komme i kontakt med lærere sendte jeg i hovedsak mail til lærere på ungdomsskoler, eller til undervisningsinspektører som videresendte min forespørsel. Informasjonsskrivet jeg sendte til deltagerne ligger som vedlegg i oppgaven.

5.3 Forskerrollen i kvalitative intervju

Som forsker inntar jeg en rolle. I denne rollen må jeg ha tenkt gjennom hvordan jeg selv påvirker studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

I intervjuet forsøkte jeg å sette meg selv i bakgrunnen og prøvde å utforske spørsmålene sammen med intervjudeltagerne, samtidig som jeg hadde min egen forforståelse i «bakhodet». Intervjuet var en situasjon hvor jeg forsøkte å være åpen og eksplorativ. Jeg var opptatt av at lærerne selv uttrykte sine tanker om helse og var allerede i intervjusituasjonen klar over at jeg ville arbeide med hvordan helse konstitueres gjennom deres språk i kulturen lærerne er en del av. Det betydde imidlertid ikke at jeg ikke ønsket å respektere og å være åpen for deres forståelser og uttrykksmåter i situasjonen. Intervjuet ble forsøkt lagt opp slik at vi kunne prate så løst og ledig som mulig, men jeg var opptatt av oppgaven min som var å lede intervjupersonene mot bestemte temaer, men ikke ilegge dem meninger (Kvale & Brinkmann, 2009). På forhånd hadde jeg utviklet en semistrukturert intervjuguide, og satt meg godt inn i spørsmålene jeg ville stille, slik at jeg ikke skulle være for opptatt med rekkefølgen på papirene når jeg skulle snakke med intervjudeltagerne.

Spørsmålene jeg hadde formulert endret seg etter hvordan intervjuet forløp. Når jeg intervjuet visste jeg at jeg ikke kunne vite når enkelte spørsmål falt seg naturlig å stille, det var derfor ikke mulig å være hundre prosent forberedt (Neumann & Neumann, 2012). Etter å ha lest Kvale og Brinkmann, (2009) har jeg lært at forskningsintervju handler om å fatte beslutninger mens intervju pågår det var derfor viktig at jeg ikke låste meg i enkelte spørsmål og rekkefølge på disse, men at jeg hadde intervjuguide som et hjelpemiddel til å stille riktige spørsmål til riktig tid ut i fra hvilken informasjon deltagerne ga meg underveis. Som forsker prøvde jeg på forhånd å utarbeide en «verktøykasse» for å få deltageren til å prate så løst og ledig som mulig uten at jeg la føringer på deres svar. Jeg prøvde å ta meg god tid i intervjuet for å kunne lytte til det personen sa, slik at jeg ikke avbrøt eller snakket i munnen på intervjudeltageren. Dette var noe jeg hadde øvd på i kvalitative metoder på masterstudiet og som jeg synes jeg har behersket på en grei måte ut i fra det jeg kan høre på opptakene, og som jeg utover i intervjuforløpene hører at jeg ble mer kvalifisert til og som Kvale og Brinkmann, (2009) sier det: «intervjuferdighetene læres gjennom intervju praksis».

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd slik at jeg kunne rette oppmerksomheten min mot personen under intervjuet fremfor å skrive. De observasjoner jeg gjør av personen underveis i intervjuet vil også være en del av analysegrunnlaget mitt. Kroppsspråk, tonefall og andre ikke-verbale uttrykksformer gir også informasjon, denne

informasjonen har jeg forsøkt å bruke i sin helhet når jeg analyserer. Alle inntrykkene mine er med på selve materialet som er grunnlaget for analysen.

Ifølge, Kvale og Brinkmann, (2009), kan det være en idé å grave i de svarene deltagerne gir slik at jeg blir mer sikker på at jeg forstod vedkommendes svar. Det er heller ikke mulig å glemme sin egen forforståelse som intervjuer, men jeg prøve på forhånd å tenke gjennom at jeg selv hadde med meg andre erfaringer enn intervjupersonene og at jeg har prøvd å være reflektert rundt dette i intervjuprosessen. Og for å unngå å lede personene til bestemte svar prøvde jeg å sette egne tanker til side for å forstå andre. Edmund Husserl (1859-1938) hevdet dette handlet om å kunne sette egen forforståelse i parentes. Ved å ha tenkt over min forståelser og min påvirkning i intervjusituasjonen kunne jeg enklere korrigere meg selv hvis jeg 'dømte' intervjudeltagen da intervjudeltagerens språk og mening kom frem.

Det er også viktig for meg å arbeide for at intervjupersonene ikke skulle føle seg som objekter i intervjusituasjonen, noe som lett kan medføre at man inntar en forsvarsholdning til sine meninger (Skjervheim, 2001). Som forsker ønsker jeg å få ta del i den kunnskapen intervjudeltageren besitter om et spesifikt fenomen, og ikke fortelle om meg selv (Neumann & Neumann, 2012).

Gjennom å lese meg opp på forskerrollen i et utvalg av litteratur har det åpnet en større forståelse for hvordan jeg medvirker i den kunnskapen som kommer frem i en intervjusituasjon.

Det er ikke bare i selve intervjuet jeg har en rolle som forsker, den har jeg også når jeg jobber med selve fremstillingen av 'materialet'. Videre vil jeg belyse min rolle i analysen.

5.4 Forskerrollen i analysen

Delvis har jeg forklart hvordan jeg har utformet rollen som forsker i intervjusituasjonen, men det er ikke bare der jeg har en rolle som forsker. Videre vil jeg situere rollen som jeg utvikler i teksten. Det er en utfordring i analyser av intervjuer å vurdere om intervjudeltagerens svar på forskerens spørsmål er tilpasset den diskurs de oppfatter at

forskeren bærer preg av (Thagaard, 2009). Det jeg har med meg av forforståelse prøves ut og utvikles i samspill med selve intervjumaterialet.

Jeg har valgt diskursanalyse som analysemetode og jobber derfor med det som har blitt sagt og ikke sagt, det intervjudeltagerne er enige i og det de tar for gitt når de snakker om helse. Hensikten er å komme videre fra å vurdere noe som riktig eller galt, men rette oppmerksomheten mot å undersøke hvilke mønstre det er i utsagnene – og hvilke sosiale konsekvenser forskjellige fremstillinger av virkeligheten får (Jørgensen & Phillips, 1999).

Det kan være vanskelig å undersøke diskurser man selv er tett på, og interessert i og derfor kanskje har meninger om. Egen «viten» må reflekteres over så godt det lar seg gjøre, så sine egne vurderinger ikke overskygger selve analysen (Jørgensen & Phillips, 1999). Å sette sin egen oppfatning i «parentes» handler om å ha tenkt gjennom hvem jeg er selv og hvor vidt mine egne tanker påvirker undersøkelsen min fra begynnelse til slutt. Å være bevisst meg selv handler om det å kjenne seg selv og sin egen forforståelse. Hvem jeg er og hvordan jeg ser og oppfatter verden blir involvert i forskningen. Jeg undersøker et fag i skolen jeg selv har undervisningskompetanse i. Jeg snakker med lærere som i noen grad har studert lignende fag som meg og som har studert ved samme utdanningsinstitusjoner. Ifølge innledningen har jeg forundret meg og stilt spørsmål ved hvordan helse er forstått og tematisert. Dette er noe jeg har interessert meg for, men det trenger ikke bety at andre kroppsøvingslærere har vektlagt dette like sterkt som meg. Min forforståelse av det jeg studerer er noe jeg hele tiden har prøvd å tenke gjennom i studien jeg gjør.

Jeg vil alltid være innvevd i det jeg studerer. Ved å bruke litteratur som synliggjør nettopp dette poeng, får jeg i alle fall frem mine refleksjoner over dette, og at dette skrives inn i hele prosjektet.

Mine synspunkter skal komme frem og kaste nytt lys over det jeg har sett og hørt. Da jeg begynte med oppgaven leste jeg meg opp på teorier om helse og lærte mer om temaet enn det kanskje er vanlig at kroppsøvingslærere gjennom sin utdanning har gjort. Ved å ha lest litteratur som intervjudeltagerne kanskje aldri har hørt om, har jeg et annet utgangspunkt for det jeg undersøker enn det jeg hadde før jeg leste litteraturen.

Jeg jobber med å se hva jeg selv tar for gitt i mitt materiale, og de ting jeg selv ikke nødvendigvis ser som interessant først, er noe som kan være interessant i oppgaven.

”Når man arbejder med diskurser, som man selv er tæt på – og synes, at man kender til hudløshed – er det særligt svært at se dem som diskurser, altså som socialt konstruerende betydningssymer, der kunne have vært anerledes. Eftersom man som forsker ofte selv er en del af den kultur, man undersøger, deler man mange af de selvfølgeligheder, som ligger i ens materiale – og det er netop de selvfølgelighederne, man er ude efter at afdække(...)” (Jørgensen & Phillips, 1999, p. 31)

Validitet og reliabilitet diskuterer jeg til dels i kapittelet om transkripsjon under.

5.4.1 Transkripsjon

Etter intervjuene er gjort, transkriberte jeg intervjusamtalene til tekster jeg kunne bruke i analysen. *”Det er ikke ukomplisert å transkribere, men snarere er dette også en fortolkningsprosess der forskjellene mellom talespråk og skrevne tekster kan skape en rekke praktiske og prinsipielle problemer” (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 186).*

Intervjuet var en samtale mellom meg og intervjudeltageren ansikt til ansikt. Gjennom transkripsjonen ble samtalen abstrahert og fiksert i skriftlig form. Når jeg har transkripsjonene, har jeg de empiriske data som jeg skal analysere. Selve transkriberingen er tidskrevende, men jeg valgte å bruke god tid, og var nøye hele veien, slik at jeg kunne vær mer sikker på at jeg hadde en så gyldig og konsekvent transkripsjon som mulig.

En transkripsjon er en transformasjon fra talespråk til skriftspråk. Da jeg gjorde denne transformasjonen var det naturlig at ulike språklige egenskaper forsvant i teksten. Det kan blant annet være tempoet det snakkes i, kroppsspråk, stemmeleie, ironi og andre gester deltageren og jeg selv har. Ifølge, Kvale og Brinkmann, (2009) er transkripsjoner kort sagt svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler.

Selve transkripsjonen er en tolkningsprosess i seg selv. Man kan stille seg mange spørsmål til hva som gir en god transkripsjon.

Spørsmål man kan stille seg er om intervjuet er gjort med en god båndopptaker, kan jeg høre klart og tydelig hva som blir sagt, hvor skal jeg sette komma og hvor setter jeg

punktum og for eksempel forskjellen på å snakke i lange setninger og skrive i korte. Alt dette er ting jeg måtte bestemme meg for hvordan jeg ville gjøre.

Det muntlige språket slik som jeg erfarte det når jeg hørte på lydopptaket, gir ofte ikke like mye mening som det gjorde i intervjusituasjonen. Ofte snakker ikke deltagerne i hele setninger, noe som gjør at transkriberingen i seg selv ikke gir mening å skrive ordrett. Jeg tvinger meg til å ta i bruk notater jeg har gjort i forbindelse med intervjusituasjonene og min egen hukommelse og tanker om hva som ble sagt der og da. Heldigvis hørte jeg raskt på intervjuene etter at de ble tatt opp. Da jeg transkriberte fullførte jeg de setningene slik som jeg forsto at de kommuniserte i intervjuet. Slike vurderinger har jeg tatt hele tiden – det er helt naturlig fordi, som allerede nevnt over, transkribering er en fortolkningsprosess og muntlig og skriftlig språk har en del ulike momenter.

Det er bare jeg som har transkribert i dette prosjektet og derfor er det slik at jeg ikke har vært nødt til å diskutere og komme til enighet med en annen person om hvordan vi skulle transkribere intervjuene. Det har vært viktig for meg å gjøre denne jobben selv, fordi jeg anser erfaringen med å ha møtt mennesket ansikt til ansikt som viktig for å få til en mer lojal og gyldig transkripsjon, jamfør (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det er ikke kun i transkripsjonene jeg har tatt valg. Ut i fra min forforståelse og hvem jeg er «hører» jeg kanskje og legger vekt på hva som blir sagt på forskjellige steder. Der også noe jeg har prøvd å være tenke gjennom i transkribering og setningsformuleringer i den deskriptive delen av oppgave.

Jeg har hele veien gjort etiske vurderinger i forhold til konfidensialitet i materialet. Jeg har kodet intervjuene som direkte har blitt tatt opp av et program i datamaskinen min. I transkripsjonene har jeg utelatt dialekter fordi det kanskje kan identifisere deltagerne. Dialektene i oppgaven mener jeg selv at jeg har kjennskap til, fordi jeg har vært en del av lokalsamfunnene hvor dialektene utspiller seg. Opptakene og transkripsjonene ble bevart på datamaskinen som krever passord for innlogging. Passordet er det bare jeg som har hatt kjennskap til. I oppgaven har jeg valgt å gi deltagerne bokstaver for å skille de ulike fra hverandre.

Å spørre seg hva som gir en gyldig (valid) transkripsjon er umulig å svare på. Det finnes ingen sann objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2009).

Når det kommer til reliabilitet er det nok usannsynlig å tenke at hvis jeg gjør en transkripsjon i dag, vil jeg gjøre den helt lik neste gang hvis jeg skulle gjort den helt fra begynnelsen av. Likevel mener jeg at jeg har gjort en pålitelig transkripsjon. Jeg har hørt gjennom intervjuene flere ganger og ikke bare skrevet det første jeg har tenkt og trodd at var det som ble sagt, men jeg har lyttet og vært ganske sikker når jeg har transkribert. Når det kommer til faktorer, som man har muntlig for eksempel latter, pauser, ansiktsuttrykk og lignende har jeg notert meg dette og har det med i tankene når jeg transkriberer og ved enkelte tilfeller lagt det inn i transkripsjonen der jeg har ment det har vært nødvendig.

Reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning for øvrig trekker jeg frem i neste avsnitt.

5.5 Reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning

Forskningens relevans og vitenskapelig metode skal vurderes. Er resultatene reliable, det vil si pålitelige og troverdige. Har forskningen relevans for noe og kan man se på resultatene som gyldige. «*I samfunnsvitenskapen dreier det seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke*» (Kvale & Brinkmann, 2009, p. 92). I denne sammenhengen har denne masteroppgaven relevans med tanke på hvordan lærere forstår et begrep/tema som det undervises i, i kroppsøving.

Reliabilitet handler om konsistens og troverdighet i forskningsresultatene (Kvale & Brinkmann, 2009). Hvis jeg gjør et intervju med en person i dag, ville samme intervju i morgen med samme person gi like svar, eller ville personen svare annerledes. Når det kommer til reliabilitet i min oppgave er det en diskursiv oppfatning at holdninger og selvet som interrelasjonelt konstituert, er et resultat av diskursive handlinger og presentasjoner i sosiale samspill (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er naturlig å være skiftende i sosiale presentasjoner av seg selv. Du har mest sannsynlig utviklet tankene gjennom en samtale og det vil derfor ikke være mulig å gjenskape et intervju på nytt igjen. Likevel kan man spørre seg om de spørsmålene man har stilt egner seg til å bringe frem den informasjon man har bruk for (Jørgensen & Phillips, 1999). Resultatene i

denne studien sammenfaller med andre funn i andre studier. Det er derfor naturlig å tenke seg at hvis denne studien var gjort på sju andre intervjudeltageren kunne funnene vært tilnærmet like. Derfor vil jeg påstå at forskningsresultatene her er reliable. Det var også slik at jeg oppfattet informasjonen i de sju forskjellige intervjuene som mettende fordi det ikke kom opp ny informasjon jo flere intervju jeg gjorde.

Validitet betyr gyldig og en kan spørre seg om en måler det en vil måle. Å validere er å kontrollere. I kvalitativ forskning måles det ikke med instrumenter på samme måte som kvantitativ forskning, og det er derfor ikke like enkelt å kontrollere en kvalitativ forskning. Ifølge Jørgensen and Phillips (1999) kan å se etter sammenheng i en analyse gi oss svar på om undersøkelsen er gyldig. Å vise til selve oppgaven er en del av forskningens gyldighet slik at leserne kan se hvordan forskeren har arbeidet. Det heter seg at leseren skal gis mulighet for å evaluere prosessen i alle trinn (Jørgensen & Phillips, 1999). Selve oppgaven bør inneholde representative eksempler fra selve empirien, og detaljerte redegjørelser for fortolkningen som forbinder analytiske påstander med spesifikke utdrag fra teksten. Oppgavens analysedel inneholder empirisk data og diskusjon med henblikk på teori og tidligere forskning. Intervjuguide ligger ved som vedlegg.

Tidligere i oppgaven har jeg presentert oppgavens vitenskapelige forankring og teori. Under vil jeg kort beskrive etiske vurderinger. Etter følger en redegjørelse for strategi i oppgavens analyse.

5.6 Etikk

” All vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske prinsipper som gjelder internt i forskningsmiljøet så vel som i forhold til omgivelsene ” (Thagaard, 2009, p. 23).

Uansett paradigme er alle forskere forpliktet til å følge de samme normer og regler i forskningsprosessen (Gilje & Grimen, 1995). Etikk handler om hva man bør gjøre, og ikke bør gjøre.

Etiske retningslinjer i en forskningsprosess er blant annet konfidensialitet under hele prosjektet, informert samtykke, konsekvensene og forskerens rolle.

Konfidensialitet handler om å behandle personopplysninger skånsomt med hensyn til intervjudeltageren. Konfidensialitet i forskning handler om at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). I min oppgave har jeg kodet intervjuene og ikke lagret noen opplysninger som kan identifisere personene.

Informert samtykke vil si at en person som deltar i intervjuet skal være klar over bruken av dataene som den samtykker til, og at det er frivillig å delta og deltageren har rett til å trekke seg hvis de ønsker det. Dette har jeg forholdt meg til i masteroppgaven ved å sende ut informasjonsskriv til personene, med samtykkeerklæringskjema – deltagerne fikk opplyst skriftlig og muntlig at de kunne trekke seg når som helst hvis de ønsket. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring ligger som vedlegg.

Eventuelle *konsekvenser* av å delta skal være tatt i betraktning. Det skal informeres om og tas hensyn til mulige risiko ved å delta i undersøkelsen.

Forskerens rolle er også særdeles viktig når det kommer til etikk i en forskningsprosess. Som forsker må man være ærlig og redelig i forhold til de resultatene man presenterer. Det skal blant annet ikke forekomme fabrikasjon eller forfalskning av forskningsresultater.

Prosjektet har blitt meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste – NSD og det ble godkjent (se vedlegg).

5.7 Strategi i analyse

Analyse vil si å tilføre noe mer til det jeg som forsker har sett og hørt. Etter at jeg intervjuet ble innholdet transkribert, og den skrevne teksten og lydopptakene utgjør til sammen materialet for den etterfølgende analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Etter transkriberingen fikk jeg veldig mange sider tekst av de sju opptakene. Jeg hadde også notater om hvordan jeg opplevde hvert enkelt intervju. I tillegg hadde jeg mine egne opplevelser av selve intervjusituasjonen, underveis, før og etter. Alt dette utgjorde materialet som er oppgavens datagrunnlag.

Først da jeg hadde transkribert og fått en tekst, kunne jeg begynne å gå mer grundig inn i materialet, og se etter om jeg kunne finne bestemte måter intervjudeltagerne snakket om, og ikke snakket om helse på i materialet.

Datainnsamlingen min baserte seg som nevnt på sju intervju. Ved å spørre meg selv hva som er oppgavens formål, oppgavens hva og hvorfor valgte jeg oppgavens hvordan som var datainnsamlingen og analysemetoden. Analysemetode handler om hvordan jeg vil gå frem for å presentere empirien jeg hadde fått, og tolkningene jeg gjorde av presentasjonen. I tolkningen ligger det en spenning mellom det som ble sagt og det som ikke ble sagt (Thagaard, 2009).

Jeg vil analysere materiale fra intervjudeltagerne i lys av teori og annen forskning. Siden jeg jobbet ut fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv da jeg samlet materialet ønsket jeg å gjøre en diskursinspirert analyse. Jeg har allerede presentert diskursanalyse i teoridelen. Videre sier Jørgensen og Phillips, (1999) at mens sosialkonstruktivisme er en fellesbetegnelse, er diskursanalyse kun én type sosialkonstruktivistisk måte å utføre en analyse på, blant flere, men den er mye anvendt (Jørgensen & Phillips, 1999). En diskurs kan defineres som bestemte måter å snakke om bestemte ting på innenfor bestemte domener (Aakvaag, 2008). Å snakke om må her forstås som produksjonen av alle typer språklig og symbolsk formidlende utsagn som Foucault kalte dem (Aakvaag, 2008).

Diskursanalyser fokuserer på de underliggende regler for hvordan personer innenfor en kultur snakker om bestemte temaer (Thagaard, 2009). I dette tilfellet er det hvordan kroppsøvlingslærere snakker om helse. Hvordan setter de ord på sin forståelse av helse og hvordan uttrykkes deres forståelse av helse. Kunnskapen de besitter er basert på deres erfaringer og forståelser og en diskursanalyse vil være nyttig for å finne de underliggende strukturer som regulerer hvordan de uttrykker at de forstår helse. Å jobbe diskursivt handler om å finne hva som har makt over måten lærere uttrykker sin forståelse av helse på. I mitt tilfelle blir det også å undersøke hva dere forståelse kan si om helsebegrepet.

Ved å gjøre en diskursanalyse spør jeg meg selv spørsmål om hva det er intervjupersonene enes om eller ikke enes om når det gjelder helse. Og videre fremstille hvilke måter helse konstitueres i måten de snakker/ikke snakker om helse.

Jeg vil hele tiden prøve å være tett knyttet opp mot teksten som er intervjudeltagernes mening, notatene jeg gjorde underveis i intervjuene og det jeg oppfattet og husker fra intervjuene. Ved hjelp av teorien ser jeg om jeg kan finne enigheter i materialet. Hva er det som tas for gitt når de snakker om helse og hva er det som ikke tas for gitt? Videre vil jeg se på det de sier i sammenheng med det teoriene sier om temaet. Ved å fortolke går man utover det som blir sagt, og finner frem til meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke fremtrer umiddelbart i teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg vil ved hjelp av mine tanker og holdninger forsøke å presentere deltagerens mening gjennom å lese gjennom linjene. Og teoriene brukes som et filter på materialet.

I neste kapittel presenteres analysene. Første nivå er det deltagerne uttrykte. Her bruker jeg en del direkte sitater, der jeg sitert har jeg gitt deltagerne bokstaver. Bokstavene er vilkårlig utdelt. De er der av den grunn at man da kan se at det er forskjellige deltagere som uttrykker like ting, og omvendt at samme deltager har forskjellige uttalelser. Der det står *deltager A* under et sitat betyr at det er *deltager A* som «snakker». Alle sitater med *deltager A* viser til en og samme persons uttalelser.

I andre nivå i analysen, som er selve hoveddelen i analysen, trekker jeg inn teori og tidligere forskning inn i diskusjonen under de sentrale tematikkene fortellermåtene uttrykker. Dette vil være å gå en «ny runde» i materialet for å se det i sammenheng med teoriene jeg har om helse.

Jeg har valgt å kalle diskusjonen: sentrale tematikker og navnet på diskursen/tema. Jeg har valgt å diskutere etter presentasjonen av hver tema. Dette har jeg valgt å gjøre fordi jeg har hatt inntrykk av at det har vært mest ryddig slik.

Et tredje nivå er en kort redegjørelse for hva deltagerenes forståelse av helse kan si om helsebegrepet. Det tredje nivået tas opp i avslutningen etter en kort oppsummering av nivå to.

6. Analyse – resultat og diskusjon

I analysen vil jeg presentere seks tema/diskurser som jeg har identifisert i materialet.

De seks diskursene/temaene har jeg gitt benevnelsene: 6.1 – «En aktivitetsdiskurs». 6.2 – «Diskurs om riktig kosthold». 6.3 – «Helse er også noe mer». 6.4 – «Valgene dine påvirker helsen». 6.5 – «Helse og kroppsform» og 6.6 «En trivselsdiskurs»

Disse seks diskursene viser hvilke måter å snakke om helse på som uttrykkes i datamaterialet. Som nevnt i forrige kapittel vil diskusjon gjennom teori og tidligere forskning skje i tilknytning til hvert tema/diskurs med navn sentrale tematikker.

6.1 Helse og fysisk aktivitet – en aktivitetsdiskurs

Først og fremst er alle deltagerne «enige om» at helse har med fysisk aktivitet og bevegelse av kroppen å gjøre. Jeg har valgt å kalle denne diskursen «Helse og fysisk aktivitet – en aktivitetsdiskurs». Grunnen er at et mønster i måten personene uttrykker seg om helse på er at det har med bruk av den fysiske kroppen å gjøre. Fysisk aktivitet er det første som ble uttrykt når jeg spurte hva helse er. Ordene som brukes i forbindelse med helse er; aktivitet, fysisk aktivitet, bevegelse, det å røre seg, å bruke kroppen, kjenne kroppen sin, utvikle kroppen, være i bra form, å ha motorikk, å trene, å ha en kropp som fungerer og holde kroppen ved like. Slike uttrykk går igjen i materialet, det er gjentakende i måten deltagerne uttrykker seg på når de snakker om hva helse er. Nedenfor er noen eksempler på fortellermåter om helse i intervjuene som representerer det fysiske ved helse:

«Jeg tenker først og fremst på det fysiske, og det å være i bra form. Å unngå det å bli overvektig. God helse innebærer også å ha motorikk så du kan utføre forskjellige oppgaver som har med fysisk aktivitet å gjøre»

(Deltager A)

Deltager A snakker her om at helse handler å ha en viss fysisk form. At det handler om å unngå overvekt. Og at god helse innebærer å kunne gjennomføre fysiske oppgaver.

Videre sier deltager B at:

«Helse er det å være aktiv på en eller annen måte»

(Deltager B)

Deltager F er opptatt av det å være kjent med kroppen sin og sier dette:

«Helse handler om å kjenne kroppen sin, det å vite hva som skal til for å utvikle kroppen, helsemessig»

(Deltager F)

Deltager D hevder også at helse handler om å være aktiv, men at bevegelsen elevene gjør i kroppsøving på skolen ikke er tilstrekkelig. Deltager D mener at elevene må være aktive ellers i hverdagen også. I aktivitetsdiskursen legger deltager C vekt på at helse handler om å trene, men vektlegger at det er viktig å tenke på at kosthold og bevegelse henger sammen.

Da deltagerne snakket om helse snakket de om den fysiske kroppen. Andre ord som ble kommunisert i forbindelse med helse og kroppsøving i intervjuene var kneskade, støttemuskulatur, stillesitting, unngå overvekt, muskulatur, sunn, frisk, mat og ernæring. Alle disse ordene indikerer at det snakkes om kroppen rent fysisk.

Sitatene indikerer at fysisk aktivitet er et tatt-for-gitt fenomen for lærerne. En enighet i materialet er at helse har med fysisk aktivitet og bevegelse av kroppen å gjøre – aktivitet og hva som skjer med kroppen fysiologisk sett hvis man er i aktivitet, og hva som skjer ved passivitet. En slik måte å snakke om helse på forteller at kroppsøvingslærere i denne undersøkelsen også først og fremst legger hovedtyngden på hva helse er på det fysiologiske. Dette sammenfaller med hva Quennerstedt (2006) fant i sin doktorgrad.

At fysisk aktivitet kobles med helse av kroppsøvingslærere sammenfaller med fagets formål hvor det konstateres at bevegelse er sentralt i faget (Utdanningsdirektoratet, 2012). Tidligere forskning viser at kroppsøvingsfaget er preget av forskjellige aktiviteter (Annerstedt, 2008) og at aktivitetene ligner aktiviteter i idretten (Larsson & Redelius, 2008). Det tidligere forskning sier om aktivitet i kroppsøving sammenfaller med det intervjudeltagerne i denne undersøkelsen sier når de snakker om helse. Nemlig

at aktivitet er sentralt i faget. Det er kanskje også derfor aktivitet er naturlig å snakke om først når det kommer til helse for kroppsøvingslærere.

Å aktivisere kroppen er noe deltagerne forbinder med helse. Det er en felles enighet blant kroppsøvingslærerne at de jobber med å formidle helse til sine elever fordi de er med på å aktivisere dem. Ved å spørre på hvilken måte de jobber helsefremmende i faget, svarer de fleste at de som kroppsøvingslærere får elevene til å være i aktivitet i undervisningen. En ytterlighet i uttrykkene er påstanden om at «det er helse i alt som har med fysisk aktivitet å gjøre» - dermed jobber kroppsøvingslærere alltid helsefremmende, noe som utdypes slik:

«Når jeg får elevene til å bevege seg ved å være tilstede, i forhold til at de neppe ville beveget seg hvis jeg ikke hadde vært der, så er jeg jo med å bidra til deres helse»

(Deltager A)

En annen lærer uttrykte det slik om seg selv når det kom til å formidle helse til elevene sine:

«Ja, for vi er i aktivitet og vi prater også innimellom om helse, vi kommer inn på kosthold. Om å spise frokost. Det handler jo om helse dette med kosthold og aktivitet»

(Deltager B)

I likhet med det Moen (2011) hevder i sin doktorgrad tar lærerne også i denne undersøkelsen helsegevinsten av fysisk aktivitet for gitt. Det handler først og fremst her om at fysisk aktivitet er utelukkende bra for kroppen fordi det gjør at man beveger seg. Fokuset ligger ikke på hvordan elevene har det eller føler seg i kroppsøving. Men heller at bevegelse er bra for den fysiske helsen. Noe som Quennerstedt (2006) også problematiserer i sin doktorgrad.

Vider utdyper en annen deltager at den formidler helse fordi;

«Ja, for jeg snakker mye om dette med livsstil. Jeg snakker om at de sitter alt for mye i ro og at de er alt for lite i bevegelse. De gjør alt for lite forskjellige ting»

(Deltager F)

Igjen er fokuset på det fysiske, og at det er viktig å være i en form for allsidig bevegelse i hverdagen. Denne uttalelsen viser også at det i kroppsøving blir kommunisert at helse er noe enhver bør stå til ansvar for selv. Hvis elevene får høre at de er for lite i bevegelse og sitter for mye i ro og at de gjør for ensidige ting så forteller lærerne elevene at det de gjør bør endres på. Det kommuniseres her på en måte som kan ligne på det Säfvenbom, (2010) og Moen, (2011) hevder, nemlig at det i kroppsøving relateres til en forståelse av at helse er noe enhver person bør stå til ansvar for selv.

Intervjudeltagerne hevder at helse er noe som blir forsøkt kommunisert i deres undervisning. At helse er et tema i kroppsøving virker å være noe lærerne er kjent med og innforstått med. Omfanget av undervisning og refleksjonen rundt hva helse er sammen med sine elever er imidlertid uklart. Helse virker å være en implisitt del av undervisningen i form av idrettsaktivitet, bevegelse og treningsformer. Helsebegrepet i seg selv virker ikke å være noe som eksplisitt blir diskutert og problematisert av lærere sammen med elevene. Det er heller noe som kommer opp som tema i forbindelse med å trene og spise sunt. Fordi underveis i intervjuene snakket intervjudeltagerne som om at helse først og fremst handler om det å trene og å spise sunt, og at dette er tanker om helse som de forsøker å lære elevene sine. Forstått som at helse handler om å bruke kroppen sin eller å pleie «maskineriet».

To av intervjudeltagerne snakket om at aktivitet kan ha andre fordeler enn fysiske. En deltager uttrykte at en gåtur i seg selv kan være befriende rent psykisk og følelsesmessig. Det vektlegges av en annen lærer at fysisk aktivitet ute også kan gi fine opplevelser av naturen, for eksempel det å oppleve fjell, sjø og utsikt. Det uttrykkes derimot ikke at negative assosiasjoner og stressende tanker om seg selv i forbindelse med fysisk aktivitet også kan ha noe å si for en persons helse.

Når jeg leser mellom linjene til uttalelsene blir det tydeligere at helse er et tema som omtales uten at det ser ut til å kreve tunge refleksjoner. Det som tas for gitt er blant annet at helse først og fremst har med den fysiske kropp å gjøre og at det er utelukkende bra å trene. For en som trener mye løping, vil en gåtur i seg selv ikke være helsefremmende, hevdet en lærer. Denne deltageren sa at hvis en person er utrent,

derimot, så kan en gåtur være det fordi det skal mindre til for en person i dårlig form å komme opp i puls. Dette er en del av det Kirk (2006) og Quennerstedt (2006) har vært kritisk til, nettopp det å forstå helse som «energi inn» og «energi ut». Selv om intervjudeltagernes utsagn sprikte hadde de fleste likevel ofte de samme måtene å forklare og forstå helse på, fordi de først og fremst snakker om det i forbindelse med at det påvirker det fysiske – derfor styrkes også valget om å kalle denne diskursen en aktivitetsdiskurs. Denne relativt snevre forståelsen av helse er i tråd med det Moen (2011) og Quennerstedt (2006) fant i sine doktorgrader. Det er likevel ikke slik at kroppsøvingslærerne bare snakker om aktivitet i forbindelse med helse, noe som jeg kommer inn på i noen av de andre diskursene, men det er heller den umiddelbare måten de snakker om helse på, før de virkelig begynner å reflektere over hva helse innebærer.

Aktivitetsdiskursen forsterkes ved måten de snakket om hvordan kroppsøving kan bidra til helse. Hva kroppsøving kan bidra med er ifølge intervjudeltagerne å gi elever innblikk i aktiviteter, slik at elevene kan finne noe de vil drive med eller blir inspirert til å overføre til egen fritid. Det er en enighet i svarene at kroppsøvingsundervisningen slik som den er i dag, gir for lite aktivitet i seg selv. Det å jobbe helsefremmende i kroppsøving, forstått som at helse handler om det å være i tilstrekkelig fysisk aktivitet, er ifølge lærerne å bidra til å gi elever et innblikk i forskjellige aktiviteter. Lærerne forsøker å lære elevene å like aktivitet, men de hevder selv de ikke kan ta det fulle og hele ansvaret for at elevene er aktive nok fordi kroppsøving har for lite timetall per uke til det.

Et eksempel på det med tilstrekkelig aktivitet er for eksempel:

«Det blir ikke mye på skolen, så det er jo noe de må overføre til hverdagen sin – hvis de skal få noen gevinst av det»

(Deltager G)

Videre snakker en deltager om hvordan kroppsøving kan bidra ved å lære elevene å bli glad i fysisk aktivitet slik at de har motivasjon til å fortsette med senere i livet.

Helse blir forbundet med fysisk aktivitet, som bør gjøres flere ganger over tid for å være tilstrekkelig – hva som er tilstrekkelig er noe deltagerne virker å ha sprikende meninger

om. En enighet derimot var at fysisk aktivitet er bra for mennesker helt generelt. Svarene varierer i forhold til hva som konkret er bra fysisk aktivitet. Noen snakket om at det er bra uansett hvor mye og hvor lenge, mens en annen hevdet at det er relativt om aktiviteten er tilstrekkelig bra for helsen ut fra hvem som gjør en aktivitet. Som for eksempel denne måten å forklare at man formidler helse til elevene:

«At elevene kan forstå det at man trenger ikke å drive med eliteidrett for å få effekt av å være i fysisk aktivitet, men det å gå tur med bikkja, eller gå seg en tur eller svømme litt eller sykle, bare noe et eller annet. Altså alt har jo med helse å gjøre»

(Deltager A)

Selv om alle lærerne uttrykker at de jobber helsefremmende og at ord som fysisk aktivitet og bevegelse går igjen hos deltagerne, er de ikke nødvendigvis helt enige i påstanden; ”all fysisk aktivitet er bra for helsen”. Flere deltagerne hevdet, uten tvil, at all fysisk aktivitet er helsefremmende. Men det ble også uttrykt av en person at det også handlet om kravet som blir stilt til aktiviteten. Et svar var også, som allerede nevnt, at hvor mye helseutbytte en person får av aktiviteten kommer an på vedkommende som gjør aktiviteten, fordi en person med dårlig fysisk form kan ha helsegevinst bare av en gåtur, noe som en godt trent person ikke vil tenke på som helserelatert. Denne uttalelsen bekrefter at det fysiske vektlegges når det snakkes om helse. Fysisk aktivitet defineres av Caspersen m.fl, (1985), som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå», sitert av Sigmundsson and Ingebrigtsen (2006).

Deltagerne i intervjuene problematiserer hva som er tilstrekkelig fysisk aktivitet for å forbedre helsen, men uttrykkes også av noen av deltagerne at det kan bli for mye aktivitet og trening. Av en av deltagerne uttrykkes det en bekymring i at fysisk aktivitet kan bli for mye i forbindelse med kroppsideal:

”Det med kroppsidealet er at enkelte kulturer må roe ned treningsbiten noe i forhold til overtrening og fokus på at de må trene masse for å holde seg tynn, og kanskje man må prøve å vri det slik at man får et sunnere bilde på hva som er riktig trening, eller hva som er bra trening”

(Deltager E)

Det sentrale om aktivitet i forbindelse med helse er at lærernes unisone enighet er at fysisk aktivitet utelukkende er bra for helsen. Det avklares ikke nærmere så lenge det handler om aktivitet fremstilles det som bra i seg selv, særlig så lenge det pågår lenge nok og på «riktig» måte. Lærerne uttrykte seg på en måte som gjorde at de tok for gitt at jeg forsto hva de mente med helse i den sammenhengen.

Fysisk aktivitet ble av lærerne kommunisert som positivt for den enkeltes fysiske helse, som om at alle trives og liker å være i fysisk aktivitet, og de emosjonelle og sosiale belastninger eller fordeler det kan ha, ble lagt liten vekt på. Det at helse også handler om emosjoner vektlegges senere i intervjusituasjonene, men det var ikke det som ble trukket fram først når de snakket om helse.

Problematismen av fysisk aktivitet i forbindelse med helse kom imidlertid fram i forbindelse med kompetansemålet som omhandler kroppsidealer. Med problematisering tenker jeg for eksempel på det lærerne sa om at trening og fokus på aktivitet kan bli for mye for noen. Noen elever blir, ifølge lærerne for opptatt av «sunt kosthold og trening», noe lærerne hevder kan medvirke til at negative tanker om seg selv oppstår. Det kommer først opp som tema når jeg spurte hva de tenkte om kompetansemålet som sier: at eleven skal kunne forklare hvordan ulike kroppsideal og ulike bevegelseskultur påvirker trening, ernæring, livsstil og *helse* (Utdanningsdirektoratet, 2012)

I utgangspunktet hevdet lærerne at helse og fysisk aktivitet er nært koblet. Imidlertid etter hvert som intervjudeltagerne begynte å reflektere kom det fram mer og mer at den positive koblingen helse-fysisk aktivitet ikke gjelder i alle tilfeller og kanskje ikke er så uproblematisk som tidligere antydte. Likevel virker ikke denne problematikken å være noe som i første hånd blir problematisert i undervisningen i kroppsøving, men heller budskapet om at fysisk aktivitet er bra for helsen. Det kom fram av noen deltagere at hvis spiseforstyrrelser viser seg å være et problem eller elever stiller spørsmål kan det bli forsøkt tatt opp. Dette kommer jeg tilbake til i avsnittet om kroppsform.

Nedenfor vil jeg diskutere de sentrale tematikker som kommer fram i aktivitetsdiskursen i forhold til Gadamer og Antonovskys helseperspektiver og annen forskning.

6.1.1 Sentrale tematikker – en diskusjon om aktivitetsdiskursen

Lærernes enighet om at fysisk aktivitet er bra for helsen har gjenklang i en rekke forskningsresultater. Det eksisterer utvilsomt kunnskap om at fysisk aktivitet er positivt for helsen. Blant annet har forskning på fysisk aktivitet dokumentert og bekreftet at fysisk aktivitet er bra for helsen på grunn av reduksjon av høyt blodtrykk, overvekt, hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, enkelte kreftformer, osteoporose, og belastningslidelser (Mæland, 2010). Regelmessig fysisk aktivitet vil forsinke aldringen i mange av kroppens organer (Mæland, 2010). Det at kroppsøvingslærere tar opp fysisk aktivitet som bra for elevenes helse er dermed i tråd med eksisterende forskning.

Jeg vil videre diskutere hvordan denne enigheten nærmere kan problematiseres, noe jeg allerede har startet i den deskriptive delen. Lærerne uttrykker at fysisk aktivitet er bra for helsen. Enigheten, som også vekke min nysgjerrighet i utgangspunktet, virker ikke å innebære at lærerne eller andre har «behov» for å definere nærmere hva de mener god helse innebærer.

Det kan være flere grunner: en grunn er at jeg selv, og informantene kommuniserer som om vi tar det for gitt at jeg forstår hva de mener med helse når deltagerne snakker på måten de gjør. I intervjuet klarer jeg ikke å «bryte» denne enigheten, selv om det var min intensjon. Det at helse er så mye brukt i media og av menigmann i dag, gjør at jeg gjennom datamaterialet i denne studien, ser at det kan ha vært vanskelig å snakke grundigere om helse – et begrep som vi kanskje allerede har tatt for gitt. Helse som begrep «fungerer» i kommunikasjon uten nærmere begrepsforklaring. Det jeg har i bakhodet når jeg sier dette, er at det ikke alltid blir utdypet at helse omhandler et sosialt, et psykisk så vel som et fysisk aspekt slik som Verdens helseorganisasjon definerer helse (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2012b). At helse er noe mer enn det fysiske kommer imidlertid frem etter at tema helse-fysisk aktivitet er uttømt. De «andre sidene» kommer fram når jeg stiller flere spørsmål og vi snakker om andre tema i kroppsøving, som for eksempel livsstil og kroppsideal. Intervjudeltagerne legger tyngden på sin forståelse av helse på Katie Erikssons funn; sunnhet og friskhet, mens velbefinnende kommer frem av noen etterhvert i løpet av intervju samtalen (Bjørk & Breievne, 2011). Sunnhet og friskhet, slik helse omtales i aktivitetsdiskursen, handler først og fremst om å ha en sunn og frisk fysisk kropp. Som nevnt i teoridelen om helse, hevdet filosofen Wladyslaw Taterkiewicz tilbake i 1976, at helse handler om funksjonsevne både fysisk

og psykisk (Bjørk & Breievne, 2011). I aktivitetsdiskursen ligger hovedvekten på intervjudeltagernes forståelse av helse på fysisk funksjonsevne, som noe som enkeltmennesket erverver og vedlikeholder gjennom fysisk aktivitet. Psykiske og sosiale aspekter ved helse uttrykkes, men det er ikke her hovedtyngden i måten lærerne snakker om helse på ligger. Psykiske og sosiale aspekter kommer frem ved siden av hovedfokuset som er det å ha en frisk og velfungerende kropp.

Måten lærerne snakker om helse på i denne studien er ikke ulik det Burrows and McCormack (2012) skriver i sin artikkel, nemlig at hvordan lærerne snakker om helse i kroppsøving virker å ha rot i deres egen livserfaring og mening, og at det ikke noe som de har lært gjennom utdanning. Lærerne i denne studien hevder blant annet at deres egen måte å forstå helse på både kommer av livserfaring og generell egeninteresse, og hvis de har hatt om helse i utdanning, har det for eksempel vært i forbindelse med utdanning i faget Mat og helse. Eller fordi helse er i alt som har med den fysiske kroppen å gjøre, og helse har vært et tema i forbindelse med ernæring og trening.

Lærernes uttrykker at fysisk aktivitet er bra for helsen fordi det påvirker hjerte- og lungefunksjonen, elevene forbrenner fett, blir sterkere, smidigere og utvikler sine motoriske evner. Derimot la ikke deltagerne like stor vekt på innvirkningen kroppsøving og fysisk aktivitet kan ha for elevenes kognitive liv, at de lærer seg samhandling med andre, respekt, toleranse og samarbeid. Som også er i tråd med læreplanen Utdanningsdirektoratet (2012) og som blant annet blir fremhevet av Ommundsen, (2008) og Quennerstedt, (2006).

Likevel er det tema som deltagerne inkluderer innimellom, da de anser det som viktig å delta i kroppsøving fordi det fremmer sosial kompetanse. Da sosiale og psykiske aspekter ble tema kom imidlertid helse i bakgrunn. Lærerne fortalte at kroppsøving er et sosialt fag som mange elever setter høyt, og at det derfor oppfatter at det er spesielt viktig at elever deltar slik at de ikke blir satt utenfor i en klasse. Lærerne skisserte for meg hvordan de tilrettelegger og snakker med elevene slik at de blir med i undervisning også når det er aktiviteter elevene er skeptiske til. Selv om deltagerne ikke koblet dette til helse, er en slik praksis, det som ifølge Gadamer (1996, 2003) er helse. Nettopp det å legge til rette for at elevene har det bra, kan delta og medvirke sosialt sammen med andre elever. Flere av intervjudeltagerne fortalte om ganger elevene i utgangspunktet

hadde vært negativ ovenfor det som skulle skje i undervisningen, men i etterkant av aktiviteten hadde elevene bare hatt positive ting å si om det de hadde vært med på. Selv om lærerne ikke eksplisitt uttrykte at dette kan kobles mot en elevs helse, ligger helse implisitt i en slik praksis, i alle fall hvis vi skal forstå helse som Gadamer (2003). Lærerne er opptatt av elevenes vel, at de skal ha det bra, og gjøre noe de liker – det er det som er helse ifølge Gadamer (2003) og Antonovsky (1991).

Antonovsky (1991, 1996a), var opptatt av at det bør rettes oppmerksomhet mot ressurser som oppretter, bevarer og utvikler helse. Fysisk aktivitet kan ses på som en slik ressurs og av intervjudeltagerne blir det vektlagt som en ressurs for kroppen rent fysisk. Kroppsøvingslærere er opptatt av hvordan aktivitet opprettholder og vedlikeholder en frisk kropp. I undervisningen kommuniseres det hva som er bra for helse og hva som ikke er fordelaktig når det kommer til å ta vare på egen helse. Å ta vare på helsen belyses i tematikken om kosthold og valg senere. Lærerens uttrykksformer angående fysisk aktivitet i forbindelse med helse ligger nært et patogenetisk syn på helse. Hvis sykdommer unngås og en holder seg frisk så har en helse (Antonovsky, 1991). Også her kommer de sosiale og psykologiske aspektene ved helse mer i bakgrunn.

Stress er et tema Antonovsky (1991) var spesielt opptatt av – stress er ikke et begrep som har gjenklang i forbindelse med helse blant alle intervjudeltagerne. Som nevnt problematiseres det ikke at fysisk aktivitet kan bli et relativt stressende prosjekt slik Ommundsen (2008) hevder, at hvis kroppsøving skal ta på seg rollen med å endre elevenes fysiske kropp og lære dem selvregulering kan det skape sosial utrygghet og angst hos elevene. En av intervjudeltagerne, Deltager D, tar opp dette med stress mot slutten av intervjuet. Deltageren forteller at den kan se at enkelte elever stresser med egne og andres krav til for eksempel karakterer i skolen og uttrykte at stress ikke er bra for helsen. Videre sier deltageren at psykisk helse og fysisk helse henger sammen, og at hvordan en person har det psykisk har mye å si for helsen. Men fysisk aktivitet blir for eksempel ikke tatt frem som en ressurs som kan bekjempe stress eller en avkobling i en hektisk hverdag.

Intervjudeltagerne i undersøkelsen snakker iblant om psykisk helse og fysisk helse. Deltager A sa for eksempel at en person kan være i bra form, men ha det fryktelig dårlig

med seg selv og da vil ikke deltageren si at personen har en totalt god helse. Sett i sammenheng med Antonovskys, (1991) perspektiv, at en person ha helse og uhelse på samme tid tenker Deltager A litt som Antonovsky, nemlig at et person har helse og uhelse på samme tid. Deltager A oppsummerer dog helse til å ikke være helt bra.

Stressfaktorer som sykdom, skader, ulykker så vel som livsstil, arbeid, kjærlighet, økonomi og selvbilde kan trekke en person mot den negative polen av helse. Samtidig vil Antonovsky påstå at en person alltid vil ha variabler i livet som trekker seg mot den positive polen av helse fordi helse er en dialektisk prosess (Antonovsky, 1996b). Helse er ifølge Antonovsky, (1991) noe som er i form av et flerdimensjonalt kontinuum og selv om noe i livet vil predikere helse, vil andre deler samtidig kunne predikere uhelse. Antonovsky, (1991) var opptatt av at helse i hans perspektiv både handler om fysisk, psykiske og sosiale aspekter, og at det alltid er snakk om hele helsen som påvirkes (Quennerstedt, 2006). Det er også det Deltager D sier, at stress påvirker personer psykisk og at psykisk og fysisk helse henger sammen. Deltager A derimot deler helse opp som om du kan ha god fysisk helse, selv om du har det dårlig med deg selv psykisk. Den totale helsen er da ikke god, men vedkommende har en form for helse ved at personen lever sett i lys av Antonovsky (1991) som hevder at det alltid finnes helse i oss så lenge vi lever, men at vi kan leve med stressfaktorer som gjør at vi også har uhelse. Å ikke ha det bra med seg selv, kan tolkes som det Antonovsky refererer til som selvbilde.

Intervjudeltagerne har en del tanker som ligner på Antonovskys forståelser når de snakker om helse. At intervjudeltagerne uttrykksmåter om helse kan identifiseres i Antonovskys salutogenetiske helseperspektiv kommer også frem i de andre helsediskursene i materialet.

Gadamer (1996; 2003) hevder at man ikke skal ofre helsen for mye oppmerksomhet, det er ifølge Gadamer sykdom som skiller seg ut og trer fram. Helsen er heller taus. Dette synet er en stor kontrast til lærernes syn på helse som noe «det må jobbes med». De retter oppmerksomhet mot helse som et objekt for trening, dersom vi skal lese det de sier gjennom Gadamers blikk.

Gadamer er opptatt av at helse ikke kan deles inn i kropp og sjel, det er ifølge han en helhetstilstand der mennesker har harmoni med hvordan de lever (Gadamer, 1996,

2003). I lærernes vektlegging av aktivitetsdiskursen er at elevene skal finne aktiviteter de liker å gjøre, at de skal finne en livsrytme som gir dem helse. For Gadamer handler helse om å ha et velbefinnende og å være opptatt av arbeidsoppgavene sine. På en side handler hans måte å se helse på som å finne sin egen helse. Det er noe enhver selv må definere selv, og det handler om å finne sin likevekt og lærerne er til dels inne på en slik forståelse i og med at de ønsker at elevene skal finne aktiviteter de liker. I aktivitetsdiskursen defineres helse som om det handler om felles standarder. I tematikken om aktivitet er helse noe som deltagerne snakker om at den enkelte må arbeide med – enhver må trene eller ha en viss form for aktivitet for å ha god helse. Og overvekt kan ifølge intervjudeltagerne indikere dårlig helse og er noe man bør unngå ved for eksempel å spise sunt og være i mer aktivitet. Gadamers, (2003) vekt på en persons selvbalsansering er noe som ikke går hånd i hanske med at fysisk aktivitet gir god helse fordi deltagerne i denne diskursen definerer for en person hva som er god helse, mens Gadamer, (2003) mener at man kanskje må finne ut av det selv.

I aktivitetsdiskursen blir helse mer eller mindre forstått som en standardverdi som det kan jobbes mot og oppnå ved å være fysisk aktiv. Ses disse enighetene i lys av Gadamer, (1996, 2003) og Antonovsky (1991) kommer det fram at aktivitetsdiskursen om helse er nokså snever. Hvis helse ses i lys av et sosialkonstruktivistisk perspektiv er helse i kroppøving like mye tatt-for-gitt som det er i den offentlige sfære. Helsebegrepet blir ikke gått dypt inn på. Det får være som det «er». Fysisk aktivitet får utelukkende heltestatus i sammenheng med helse uten at det nærmere avklares hva som menes med god helse for enkeltmennesket.

Det fysiske gis det også uttrykk for når det kommer til helse og kosthold. Det har jeg valgt å presentere som en eget tema i materialet.

6.2 Diskurs om riktig kosthold

Et annet sentralt tema i intervjuene er at helse har med kosthold og mat å gjøre. Det er en felles oppfatning blant deltagerne, særlig er det enighet i måten å snakke om kosthold og næringsstoffer på i forbindelse med helse. Noen måter de uttrykte dette på var:

«(...) Man kan trekke inn både ernæring og mat og slike ting»

(Deltager E)

«Vi snakker om hva som er bra mat å spise og hva som ikke er lurt å spise, hva kroppen har bruk for og hva den ikke har så veldig bruk for. Spesielt i forhold til det å relatere det til trening»

(Deltager A)

I uttalelsene bygger lærerne på kunnskap om hva et «bra kosthold» er, det å «spise riktig» er noe de har en intuitiv forståelse av. Som i temaet «fysisk aktivitet» er også dette et tema som vanskelig lar seg eksplisitt uttrykke og utdype.

Det at elevene er sløve med å få i seg mat er også noe lærerne snakker om som nødvendig å ta opp i kroppsøving.

Deltager B, C og G sier det slik:

«(...) vi kommer inn på dette med kosthold. Noen som ikke har spist frokost. Også hvorfor det skjer i en time da at man er litt dau. En gang første time hadde vi intervaller, og da gikk flere tom. Vi avsluttet timen med å snakke om hva som var grunnen til det og at det er viktig, om man ikke rekker å spise frokost så ta en banan eller noe lignende. Så kan man spise frokost etterpå. Vi kan ha en liten diskusjon rundt det for eksempel»

(Deltager B)

Deltager B opplever i sin undervisning at elevene ikke alltid har energi nok til å delta i hele undervisningen fordi de ikke har spist tilstrekkelig med frokost. Læreren forsøker å fortelle elevene at det er viktig med gode kostvaner for å holde ut i kroppsøving.

Deltager C har også registrert at elever sovner av i undervisningstimer. Deltager C snakker ikke spesifikt om kroppsøvingsundervisningen, men relaterer dette «problemet» til at elevene ikke får i seg riktige næringsstoffer på generell basis.

«Det er ofte på oppsummeringer at jeg forklarer det og så går jeg og påpeker på 10. Klassen min og 8. Klasse når jeg er innom der og ser hva de spiser at det ikke er helt bra og forklarer hvorfor det ikke er bra. Jeg sier ikke Ah pizza, hva er det du driver med? Men jeg forklarer jo hvorfor ikke pizza er bra og hva det kan føre til og hvis du eventuelt bytter ut de matvarene – hvis du har lyst å prøve det så ser du at du blir litt kvikkere. Det er jo ofte de som sovner i timene jeg sier dette til. Jeg har observert tre av gutta som sovner på slutten av dagen på

fredagen. Da må jeg si fra om for jeg ser jo at de spiser raske karbohydrater hver gang de tar frem maten. Det er slike småting hele veien som jeg bruker å forklare i forhold til helseperspektivet»

(Deltager C)

Deltager C snakker om dette med engasjement, det virker som om dette er noe som frustrerer vedkommende. Deltager C ønsker å hjelpe elevene til en forståelse av at det er viktig med bedre matvaner i skolehverdagen.

Deltager G tar også opp at kosthold blir noe som man snakker om med elevene fordi det registreres at enkelte er overvektige og at de kunne hatt godt av å gå litt ned i vekt. Overvekt sees på som et problem fordi det hemmer elevene både fysisk og psykisk ifølge vedkommende.

«Jeg prøver å fortelle dem at de ikke skal tenke på å gå på slankekur. Men jeg er for å fortelle dem om sunn mat og hva som er bra å spise, og ikke spise fordi det er noen som er veldig overvektig som absolutt burde gå litt ned i vekt. Overvekten hemmer de, både fysisk og psykisk i forhold til venner og det meste. Hvis de ønsker konsentrasjon på skolen, er det da lurt å hoppe over frokost og heller hve i seg en fem-pakning med boller og en liter cola til lunsj? Det er jo mange som gjør. Ofte er det de som gjør det som ikke skulle gjort det»

(Deltager G)

Kosthold, mat og næring er noe som lærerne jeg har snakket med i denne undersøkelsen påpeker at de snakker med elevene om, ikke bare i kroppsøvingsundervisningen, men også i *Mat og helse*, men også i andre fag og situasjoner i skolehverdagen. Lærerne forteller at elevene som går på skoler som ligger i nærheten av butikk ofte i skoletiden går og kjøper seg boller og pizza. Slike beskrivelser av elevene er noe som lærerne uttrykker bekymring rundt. Lærerne snakker om at elevene som gjør dette, gjør det ofte og at de prøver å forklare dem at det ikke er bra.

De skolene som ikke har butikk i nærheten, snakker ikke like mye konkret om elevenes forhold til det de ser på som usunn mat, men også de forteller at de følger med på hva elevene har med seg til skolen.

En deltager sier:

«Jeg snakker om kosthold med mine elever. Vi snakker om at alle må ha mat – vi følger opp at alle spiser på skolen og prater ofte om hva elevene har i matpakken»

(Deltager F)

Lærerne fortalte om at de har registrert at noen elever har et kosthold med for mange raske karbohydrater, som igjen gjør at elevene sovner på skolen, noe deltageren mener kan unngås hvis elevene endrer kosthold. I kroppsøvingsundervisning er det noen elever som ikke klarer å delta ordentlig fordi de ikke har spist frokost hevder en lærer. Når slikt skjer kommer kosthold opp som tema i undervisningen. Lærerne virker engasjerte i forhold til dette, og de virker litt oppgitte over at enkelte elever ikke får i seg det de trenger for å kunne ha en god skolehverdag. Samme oppgittheten registrerer jeg når det er snakk om at noen elever spiser for mye usunn mat i skoletiden, som for eksempel pizza, boller og brus som blir nevnt i sitatene over.

Lærerne kommer inn på kosthold uten at jeg spør dem direkte om det. Kosthold er et tema som umiddelbart forbindes med helse noe som tilsvarende Burrows and McCormack (2012)s funn i sin undersøkelse om læreres måte å snakke om helse på.

I sentrale tematikker nedenfor vil jeg mer grundig diskutere funnene i forhold til tidligere forskning og helseperspektivene presentert i teoridelen

6.2.1 Sentrale tematikker – en diskusjon om kosthold

I likhet med aktivitetsdiskursen virker kostholdsdiskursen også å være et tema som i hovedsak ansees å påvirke den fysiske helsen. Å spise «sunt» anses som viktig for å holde vekten stabil og for ha energi nok til å kunne delta på alt som er ønskelig og dermed ha en kropp som fungerer. At kosthold kobles til helse uttrykkes også som en enighet i diskusjoner rundt kroppsøving, forstått som at helse er en betingelse eller en tilstand som innebærer å ikke være syk eller overvektig (Quennerstedt, 2008). Ved «riktig eller bra kosthold» kan dårlig helse motarbeides og dermed fremmes helse. Et spørsmål er i midlertidig hvilken helse en slik forståelse kan ses i lys av? Med utgangspunkt i intervjudeltagernes uttalelser om helse, kommer det fram at bevegelse og kosthold kan gi god helse. Man kan snakke om ernæring og hvilken mat som er bra og hvilken som ikke er det. Når de snakker om bra og dårlig mat er deltagerne som regel

inne i en diskusjon rundt trening, ernæring, livsstil og helse. En slik måte å relatere kosthold til helse på, kan først og fremst relateres til fysisk helse.

Det kommer frem blant noen av deltagerne at fagkombinasjonen kroppsøving, og mat og helse er fint å undervise i ved at emnene utdypes hverandre og dermed passer sammen. Flere av lærerne jeg intervjuet underviste i en fagkombinasjon av *Kroppsøving* og *Mat og helse*. Jeg skal ikke gå nært inn på hva faget, *Mat og helse*, går ut på, men i fagets læreplan står det blant annet i formålet: «Kunnskap om mat og måltid som fremmer gode matvaner, kan gjøre sitt til å redusere helseforskjeller i befolkningen» (Utdanningsdirektoratet, 2006). Intervjudeltagerne som hadde denne fagkombinasjonen, uttrykte at det var en bra kombinasjon fordi de da kan bruke *Mat og helsetimene* til å undervise om godt kosthold. Selv om enkelte deltagerne ikke underviste i *Mat og helse* uttrykte også de koblingen mellom helse og ernæring, kosthold og matvaner. Å snakke med elevene om ernæring har referanse til læreplanen i kroppsøving. I læreplanen uttrykkes blant annet ernæring og livsstil i forbindelse med helse (Utdanningsdirektoratet, 2012). Funnene er også i tråd med tidligere forskning om læreres helseforståelse, nemlig at det er enighet i at helse handler om å spise riktig (Burrows & McCormack, 2012; Ommundsen, 2008; Quennerstedt, 2006; Wright & Burrows, 2004).

Ved å «lese mellom linjene» i kostholdsdiskursen ser det ut til at helse er noe den enkelte kan oppnå hvis en spiser sunt. Ved å spise sunt og være disiplinert i forhold til hva og når det spises, oppnås bedre helse. Dette synet i kroppsøving er Kirk (2006); Moen (2011); Quennerstedt (2006) kritisk til, fordi de mener at det gir en forsnevret og enkel fremstilling av helse. Kosthold, eller rettere sagt hva elevene spiser tas av lærerne opp som et problem og forstås som at dårlige næringsstoffer kan gjøre elevene slappe og trøtte, og for mye «feil mat» fører til fedme.

At noen elever er overvektige og trenger å endre kostholdet sitt slik at de kanskje kan gå ned noe i vekt kommer opp som tema. I likhet med O'Sullivan, (2004) blir også her kroppsøving et fag som kan påvirke og påvirkes av den påståtte diskursen rundt sykdom, vekt og fedme. Det viser seg også i denne undersøkelsen at helse blant kroppsøvingslærere blir forbundet med en slank kropp som Kirk, (2006) allerede har hevdet.

Deltagerne snakker blant annet om mat i forbindelse med kostholdsvaner trening, energi, overskudd og fysisk aktivitet. Tematikken rundt kosthold henger tett sammen med den forståelsen av helse som spores gjennom aktivitetstematikken. Nemlig at helse handler om å ha en sunn og frisk kropp med positiv funksjonsevne, fysisk først og fremst (Bjørk & Breievne, 2011). Det påstås gjennom deltagerne at riktig kosthold og fysisk aktivitet kan gå frem mot god helse. Sett i sammenheng med tidligere forskning er det dette Moen (2011) i likhet med (McKenzie, 2007; Larsson, 2009; Velija et al., 2008) fant; at kroppsøvingslærerstudenter vektlegger kroppsøving som et fag som kan og bør motvirke den påståtte økningen i livsstilsrelaterede sykdommer som for eksempel høyt blodtrykk, overvekt, hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, enkelte kreftformer, osteoporose, og belastningslidelser. Også i kostholdsdiskursen ligger hovedvekten av deres forståelse på det fysiske. I forhold til hvordan man tar vare på og pleier kroppen gjennom livsstilen man lever, som går på hva man spiser og om hvor fysisk aktiv en er. Når det kommer til kosthold og aktivitet blir måtene intervjudeltagerne snakker om helse på noe som ligner på en forståelse av helse som, Kirk (2006) er kritisk til, det å forstå helse som balansen mellom «energi inn» og «energi ut».

Lærernes forståelse av kosthold kan, i likhet med aktivitetsdiskursen relateres til det patogenetiske synet på helse. Hvis en person unngår sykdommer og holder seg frisk så har vedkommende helse (Antonovsky, 1991), fordi de kommuniserte i hovedsak at elevene burde spise sunt fordi det er bra for helsen. De prøver å snakke med elevene om hva som er bra og hva som ikke er bra å spise når det kommer til å bidra til helse. Overvekt blir av lærerne sett på som uheldig for vedkommende som har det. Intervjudeltagerne er opptatt av hva som kan redusere overvekten, ved for eksempel å spise sunnere mat og være mer fysisk aktiv. Likevel er det ikke slik at lærerne snakker med elevene om at de trenger å slanke seg, men lærerne prøver å gi informasjon om hva som kan bidra til et noe mer fordelaktig kosthold.

Et annet typisk trekk er at i slike hjelpeanmodninger implementeres forståelsen av at helse er noe enhver kan «arbeide» med selv. Ved å spise sunt og være aktiv, «arbeider» den enkelte med seg selv, noe som belyses i et patogenetiske helseperspektiv det det hevdes at hver enkelt burde minske de risikofaktorer som kan gjøre en syk. Risikofaktorene kan eksempelvis være for lite aktivitet og for mye dårlig mat. Men på en annen måte snakkes det også om at sunn mat og fysisk aktivitet er former for

ressurser som kan hjelpe til å holde et menneske frisk og gi en person en større følelse av sammenheng som i det salutogenetiske helseperspektivet (Antonovsky, 1991). Ifølge Antonovsky blir denne måten å promotere helse på, gjennom fysisk aktivitet og sunt kosthold, det samme som å forebygge sykdom og skade (Antonovsky, 1996b).

Hovedvekten på helse i kostholdsdiskursen ligner på et patogenetisk helseperspektiv fordi det her snakkes om hvordan enhver burde pleie kroppen sin ved å gi den sunn mat. Slik sett kommer selve individet i skyggen (Antonovsky, 1991). I kostholds- og aktivitetsdiskursen viser helse seg å være noe enhver burde jobbe med for å holde vedlike helse, og samtidig forebygge skade og sykdom.

Helse blir slik sett et fenomen i seg selv, som hver og en gir oppmerksomhet og forstås som noe en bør arbeide med. Gadamer, (1996) på sin side hevder at hvis enhver skal jobbe med helse, slik det jobbes mot sykdom vil en gjøre seg selv syk. Fordi helse ifølge Gadamer, (1996) er ikke noe som krever oppmerksomhet. Uttrykksformen deltagerne bruker rundt kosthold og fysisk aktivitet viser derimot at helse bør ofres stor oppmerksomhet.

Problematikker som komme frem i intervjuene er ofte forstått som forstyrrelser, i forhold til kroppsbilde og spiseforstyrrelser, fordi noen av elevene er opptatt av dette med mat og trening, men det velger jeg å diskutere i diskursen rundt kroppsform.

Det problematiseres i liten grad at et økt fokus på kosthold og det å spise sunt kan medføre stress for den enkelte elev. At hvis en elev oppfatter at den selv spiser for usunt kan det føre til at eleven begynner å stresse med å spise sunnere og når den kanskje ikke lykkes vil det føre til en lavere følelse av sammenheng, KASAM. En lav følelse av sammenheng har med at en person ikke lenger føler at den har kontroll over seg selv og sin helse. En lav følelse av sammenheng, KASAM, er ifølge, Antonovsky, (1991;1996) noe som ligger i dimensjonen uhelse.

Det uttrykkes at sunt kosthold er bra for kroppen, men det tas ikke opp at det for den enkelte kan medføre bekymringer å gå rundt å tenke på at kostholdet skal være sunt eller ikke. Også her ligger lærerne liten vekt på det emosjonelle i forhold til mat og det sosiale rundt måltider. Det fokuseres lite på det å ha en god balanse i livet, eller livets rytme som Gadamer, (1996;2003) hevder er helse, når det kommer til maten og tankene

en person har om seg selv og egen livsstil. Kosthold blir et objekt for helse uten at det problematiseres at det ikke finnes bare én sannhet for hva som er riktig fokus på ernæring og matvaner for alle. I sammenheng med tematikken om kosthold og fysisk aktivitet høres helse ut som et produkt som er mulig å komme til hvis innsatsen er bra nok. Gadamer (2003) begreper *livets rytme* og *likevekt* sammenfaller derimot ikke med en slik forståelse av helse.

En deltager tar opp at en elev på skolen som var veldig flink i langrenn hadde fått en idrettsdiett i forbindelse med satsingen på idretten. Da denne eleven var med på skoletur måtte han ringe hjem for å spørre foreldrene om han kunne spise enkelte ting fordi eleven ikke visste hva som var bra eller dumt å spise når han var på diett. Læreren forklarte at han ringe foreldrene fordi eleven bekymret seg for hva som kunne spises og ikke. Her mente læreren at det kanskje hadde gått litt langt for eleven. Likevel hevder intervjudeltageren at eleven i dette tilfellet har god helse fordi eleven spiser sunt, men at det er tankene bak som ikke er bra. Denne måten å snakke om helse på viser at denne intervjudeltageren mente at god helse går på det fysiske, men at det ikke er helt bra å ha slike tanker om mat som eleven hadde, og igjen kommer helsebegrepet i bakgrunn. Eleven er ikke fri for bekymringer når det kommer til kosthold og trening, og det å være på klassetur, borte fra foreldrene ba på problemer i forhold til dietten. Det er ikke en heldig situasjon for en ungdomsskoleelev å bekymre seg over hvilken mat som bør spises og ikke spises. Slike negative tanker, som læreren sa, gjorde at læreren valgte å kontakte foreldrene. Læreren viste at han tok tak i situasjonen og viser at han bryr seg om hvordan elevene har det både fysisk og psykisk. Men læreren omtalte ikke disse negative tankene som noe som har med helse å gjøre. Selv om dette ifølge Antonovsky, (1991) kan bli forstått som en form for stress som gir uhelse. I dette tilfellet ser læreren på helse som noe som kan påvirkes av det fysiske alene uten påvirkning av det psykiske. Mens både Antonovsky, (1991) og Gadamer, (2003) skriver at helse handler om hele mennesket, og at ikke bare et, men alle aspektene av helse påvirkes samtidig, både fysisk, psykisk og sosialt. Diett er et ord som det refereres til flere ganger når deltagerne beskriver situasjoner fra skolehverdagen med elevene. Det er noe lærerne hevder at elevene er opptatt av. Det er derfor i likhet med det Burrows (2008) hevder, viktig at lærere kan møte elevenes tanker rundt kosthold. Det er her lærerne kan snakke med elevene og åpne opp for en bredere forståelse av hva dette innebærer for dem som begynner å interessere seg for dietter. I forbindelse med at en del elever er interessert i

dietter, fortalte intervjudeltagerne at de tar tak i og snakker med elevene om temaet. Lærerne hevdet at de tror grunnen til at elevene er opptatt av diett ikke går på helse, men interessen for visse kroppsformer. Noe jeg kommer mer innpå i tematikken om kroppsform. Ved at læreren ringte hjem til foreldrene kommer det fram at læreren tar opp situasjoner hvor «vanskelige» tema oppstår. Nettopp det å bry seg og hjelpe eleven blir slik sett å bidra til elevens helse, ifølge Gadamer, (2003). Selv om læreren ikke eksplisitt kobler situasjonen mot elevens psykiske helse, opererer læreren innenfor en praksis som har helsefordeler for eleven som i dette tilfellet trengte en voksens hjelp. Det viser at det kan være helse implisitt i det læreren gjør, selv om han eller hun ikke uttrykker at det er helse. I deres uttrykk kommer helse i bakgrunn, men i praksis opereres det innenfor helseaspektet.

Deltager G uttrykte at overvekt kan hemme en person psykisk og sosialt, men utdypet ikke hva som menes med det. Det kom frem blant flere av deltagerne at det å ha en kropp som fungerer anses som viktig, og at overvekt er uønsket og medfører problemer som kan hemme enkelte til å delta sammen med andre, noe som går på det sosiale livet til den det angår. Når det kommer til helse gjennom de helseperspektiver som er tatt opp i teoridelen handler helse om både sosiale, emosjonelle og fysiske sider (Bjørk & Breievne, 2011; Gadamer, 1996, 2003; Helse-og-omsorgsdepartementet, 2012a). Gadamer, (2003) hevder for eksempel at hver og en ikke kan ta i betraktning det fysiske uten at det henger sammen med psyken til den enkelte. Deltager G mener at helse forutsetter et holistisk syn på mennesket noe som kommer frem av måten intervjudeltagerne snakker om helse fordi de snakker om at det er sammensatt og at det sosiale i kroppsøving vektlegges for det psykiske sin del, og det fysiske er en forutsetning for å kunne ta del i det sosiale og dermed ha det bra med seg selv. Men slik kosthold kommer frem i måten de snakker om helse på, minner mer om at lærerne også til dels har et todelt syn på kroppen som at det er en del av deg og ikke er deg, nemlig at en person har en kropp som en bør ta vare på. Slik sett har også måten å snakke om kosthold på et preg av et patogenetisk helsesyn som setter det fysiske i førersetet for hva helse er, men at det blant noen av lærerne også uttales at det påvirker det psykiske og sosiale. Igjen kommer det fysiske først når man snakker om helse, mens det psykiske og sosiale er der, men at det ligger ved siden av og i bakgrunn av hva helse dreier seg om.

I likhet med aktivitetstematikken blir helse også i delen om kosthold mer eller mindre forstått som en standardverdi - som kan oppnås ved å spise sunt. Noe som både Gadamer, (1996; 2003) og Antonovsky (1991) ikke indikerer som helse i sine perspektiver, men heller at helse er en dialektisk prosess eller livets rytme som mennesket til stadighet faller inn og ut av. Antonovsky lanserte forståelsen av helse som at det i enhver persons liv består av helse og uhelse på et kontinuum. En slik forståelse forteller oss at en elev kan være overvektig, og kanskje derfor ha noe kroppslig som hemmer, som kan forstås som uhelse, men samtidig være en glad person som trives i hverdagen og da også, på samme tid, ha helse. Det er heller ikke slik at en overvektig kropp trenger å bety uhelse i Antonovskys, (1991;1996), salutogenetiske perspektiv. Det kan i dag virke som om menigmann er veldig opptatt av at enkelte typer kropper er mer akseptert som helse enn andre, men det trenger ikke ifølge det salutogenetiske å bety at en kropp er mer helse enn en annen fordi det ikke bare er det fysiske som angår helse, men hele mennesket, og mennesker må derfor forstås helhetlig. Derfor kan en kropp bety både helse og uhelse, og kroppen gir oss ikke all informasjon om en persons totale helse.

Neste diskurs viser at mange av intervjupersonene også er opptatt av andre ting enn aktivitet og kosthold når det kommer til spørsmålet om hva helse er.

6.3 Helse er også «noe mer»

At alle intervjudeltagerne snakket om det fysiske i forbindelse med helse har jeg allerede nevnt, men lærere ga også uttrykk for at «helse er noe mer» enn det å trene den fysiske kroppen. Nedenfor er måter deltagerne uttrykker hva de tenker på når jeg nevnte ordet helse eller hvis jeg direkte spurte hva som innebar god helse for dem.

«Jeg tenker på psykisk helse med et eventuelt dårlig selvbilde og problemer hjemme i familien og da tenker jeg også på det sosiale helseaspektet. Det å drive aktivitet sammen med andre, du får kanskje truffet nye venner og du finner noen å være sammen med. Jeg tenker ikke bare på det fysiske, men også det psykiske og sosiale når jeg tenker på helse»

(Deltager A)

«At man klarer å gjøre det man har lyst til å gjøre. At man er lykkelig skulle jeg til å si. At man har det bra med seg selv (...))»

(Deltager E)

«Det å fungere så du er fornøyd selv og når det kommer til elevene så er det jo det å være i stand til å delta i undervisningen i kroppsøving»

(Deltager F)

Her brukes ord som «lykkelig, være fornøyd og lyst», som indikatorer på at lærerne er opptatt av livet til elevene, mer enn alle tiltak for å «jobbe med helse». Det å fungere i hverdagen blir også tatt opp av flere intervjudeltagere. For eksempel sier en deltager at helse handler om å fungere i hverdagen og ta del i samfunnet og være gagns menneske. Deltageren sier også at det handler om å kunne forsørge seg selv ved å stå i en jobb eller å kunne bidra. Det går igjen i uttrykksformen som blir brukt at god helse er å kunne være med på det en vil i sitt arbeid og ellers i hverdagen.

Helse blir uttalt som noe «mer enn» bare det fysiske – det er noe som handler om hvordan man har det og hvordan man tar det både i selve faget kroppsøving, men også i andre områder av livet. Noen av deltagerne snakker også om helse som om det handler om en subjektiv oppfatning av seg selv og at det er noe som blir påvirket av flere faktorer.

Da jeg spurte deltagerne om de var enige i påstanden, som jeg hadde med fra Gadamer, (1996) om at; helse er ingenting – det er sykdom som er noe. Fikk jeg mange forskjellige svar. En deltager sa blant annet at

«Helse er jo noe, det er jo om man har det bra og er frisk. Det er så mye som spiller inn, det er flere faktorer. Det er liksom hvordan man har det, hvordan man opplever hverdagen sin og hvordan dagene er på en måte. Det er ikke noe man går og tenker over, før du merker at du er noe, enten at du blir syk eller ting ikke fungerer som de skal»

(Deltager E)

Det med at helse består av flere faktorer eller dimensjoner kommer frem ved det flere av deltagerne sier. En deltager sier for eksempel at du kan ha god fysisk helse, men samtidig også ha en dårlig psykisk helse.

«Du kan jo ha god fysisk helse, men du kan jo ha det fryktelig dårlig med deg selv. Altså den psykiske helsen og da vil jeg jo ikke si at det totale bilde av helsen din er bra»

(Deltager A)

Denne måten å forstå helse på kan ligne litt på Verdens helseorganisasjons definisjon på helse fra 2012, som nevnt tidligere i oppgaven, som snakker om at helse innebærer fullstendig tilstedeværelse av både psykisk og sosial helse så vel som fysisk helse. Det at helse ikke er et endelig produkt (Haglund et al., 1991) hevdes videre av en annen som sier:

«Det er jo ikke bare sykdom som er noe. Det synes ikke jeg i alle fall (...) Altså det er jo ikke noe du kan oppnå, kan komme til. Ja, det er litt diffust»

(Deltager B)

Helse blir her problematisert fordi det er vanskelig å sette ord på hva det er. Det er ikke et endelig produkt man kan komme til og så er man der, men alltid i en dynamisk prosess slik som Haglund et al. (1991) beskriver helse.

Det kommer frem i materialet at helse har med hvordan den enkelte oppfatter seg selv. Hvordan en person selv oppfatter at han har det og hvordan han føler seg. En intervjuperson snakker også om at helse er relativt – det som er helse for en person trenger ikke bli oppfattet som det av en annen. Dette har med hvordan en person oppfatter seg selv. Dette ble uttrykt i forbindelse med at jeg spør om vedkommende er enig i at det er helse i alt som har med fysisk aktivitet å gjøre:

«Det har jo med hva man har som målsetting og hva man ønsker selv. Det kan jo være at jeg tenker at jeg har god helse, og så er det en person som er på samme sted som meg som tenker at den har dårlig helse på en måte. Vi oppfatter og opplever ting annerledes da»

(Deltager E)

Deltager E sier også videre at det kan være et poeng at elevene selv kan reflektere over hva de mener med helse. Med dette sier personen at den kan bidra med å få elevene til å tenke selv og være bevisst over hva den enkelte selv mener er god helse

Det kommer frem at flere av deltagerne mener helse er noe som har med opplevelser å gjøre. Opplevelser henger sammen med helse som har med sinnet å gjøre, hvordan du har det psykisk og sosialt sammen med andre mennesker.

«Jo, da kommer du inn på det sosiale og den psykiske helsen. Altså hvordan du har det i hverdagen. Hvordan har du det i livet ditt, har du venner. Har du det bra i familien, har du noe å gjøre i fritiden. Føler du deg bra, føler du at du har et godt liv. Det har jo med opplevelser å gjøre»

(Deltager A)

Akkurat hva helse er, viser seg vanskelig å være helt entydig om – det er noe som kanskje vanskelig lar seg forklare gjennom en enkel setning, men heller at det handler om kropp og mat og at det er noe hver og en kan arbeide med eller definere selv. Det er en blanding i materialet hvor noen er opptatt av helse som noe objektivt – noe som kan oppnås og jobbes mot, mens det av noen også blir oppfattet som noe som er mer subjektivt i forhold til hvem man er og hva man selv legger vekt på. Å se helse som noe subjektivt er noe som intervjudeltagerne er delt i synet på. Helse viser seg som en del av innholdet i kroppsøving, som virker å være vanskelig å snakke om i forbindelse med læring i faget– et slikt funn samsvarer med Larsson et al. (2009) som fant at lærere og elever har problemer med å uttrykke hva som skal læres i kroppsøving.

En deltager er også opptatt av hvordan det å ha foreldre med rusproblemer eller psykiske problemer, og hvordan dette påvirker helsen til elever i en negativ retning, selv om det ikke er en selv som er syk.

Deltageren uttrykker bekymringen sin på denne måten:

«Det er ingenting som er så utrygt som å ha foreldre som har psykiske problemer eller rusproblem, det må være det verste å vokse opp i. Det gir jo ikke ungene god helse. De kan klare seg hvis de har andre trygge voksne rundt seg, men det hadde vært mye bedre å slippe å ha foreldre som sliter, fordi de blir bekymret og det påvirker dem, og det er redsel for hva de møter når de kommer hjem etter endt skoledag»

(Deltager D)

Videre tas det også opp at elever er stresset på grunn av press fra seg selv og hjemme fra om karakterer og at de skal gjøre det bra i det de driver med. Denne deltageren tar opp hvordan et psykisk stress kan påvirke helsen og konstaterer at den psykiske helsen har mye å si for den totale helsen. Det at den psykiske og fysiske helsen henger sammen konstateres av deltageren. Deltageren kommer også inn på hvordan personlighet, opplevelser og påvirkning er med på å avgjøre hvordan personer takler for eksempel motgang.

Helse handler om hvordan man takler noe - deltageren sier dette:

”Det har veldig mye med hvordan du tar det, det påvirkes du av, det har litt med personlighet å gjøre, påvirkning og hva du er vant med”

(Deltager D)

Hva deltageren mener med at helse har noe med hvordan en person tar det, tolker jeg som valg som tas i en situasjon, hvordan man handler og reagerer når noe skjer. Det tar jeg også opp i neste diskurs – hvor tematikken handler om at helse har med den enkeltes handlinger å gjøre. Men først en diskusjons rundt de sentrale tematikker som kommer frem i temaet «helse er noe mer».

6.3.1 Sentrale tematikker – diskusjonen om at «helse er noe mer»

De to tidligere temaene omhandlet en forståelse om helse som relateres til den fysiske kroppen, aktivitet og kosthold. Selv om de to diskursene er deler av intervjudeltagernes måte å snakke om helse på, kommuniserer de også som vist over at helse handler om «en hel del andre ting».

Som den deskriptive delen viser til, er deltagerne i undersøkelsen interessert i helse som noe mer enn bare å handle om fysisk aktivitet og kosthold. Antonovsky, (1981;1991) er også opptatt av at mennesket må forstås helhetlig. Han hevder at det er mangelfullt kun å fokusere på sykdom i seg selv. Det er det syke mennesket som bærer sykdommen. Hvem er personen, hvordan ser personen, som følge av sykdommen, sin totale livssituasjon; er ifølge Antonovsky (1987, 1991) det sentrale. Det er alltid hele mennesket som påvirkes og verken «det fysiske» eller «det psykiske» alene. Helse er her noe som har med det helhetlige mennesket å gjøre og at helse er et helhetlig

fenomen som handler om livet og alle aspektene ved det. Ved å lese deltagerens syn i lys av Antonovsky får jeg fram at noen av deltagerne deler opp helse. For eksempel snakker en deltager om at man kan være i god fysisk form, men ha det fryktelig dårlig med seg selv. Da vil ikke denne deltageren påstå at personen som har det slik har en helse som totalt sett er god. Likevel anerkjenner intervjudeltageren at deler av helsen er god. Dette viser at vedkommende skiller mellom psykisk, fysisk og sosial helse. En av delene kan være bra, mens andre deler av helsen kan være dårlig, mens Antonovsky, (1991) hevder det er slik at det alltid er hele helsen som påvirkes, og at man derfor ikke kan si at det fysiske alene er bra, mens det psykiske er dårlig. En deltager hevder at det fysiske og psykiske henger sammen i forbindelse med helse. Å dele helse inn i noe som har psykiske, fysiske og sosiale egenskaper går igjen i måten lærerne kommuniserer helse, men deres måte å snakke om hvordan dette henger sammen varierer.

Antonovsky, (1991) hevder at vi alltid så lenge vi puster, har helse og at mennesket kan ha både helse og uhelse samtidig. På en måte anerkjennes dette av noen av deltagerne, men deltagerne motsier ofte seg selv i måten de snakker om helse på. I en setning sier en deltager at det er jo ikke helse når man har en sykdom, mens i en annen del av intervjuet sier vedkommende at man kan være syk, men ha helse samtidig. En annen deltager mener at en elev som sitter i rullestol, men selv ikke føler seg syk, fysisk sett er redusert ifølge deltageren, men siden personen ikke oppfatter seg selv som syk så kan man ikke si at personen har dårlig helse. På spørsmålet om man kan ha helse og sykdom samtidig sier deltagerne ja, og begrunner det med at de med medfødte sykdommer eller skavanker også kan ha en god fysisk form og da er det helse. En annen deltager hevder at man kan ha helse og sykdom, samtidig for det kommer an på måten man takler en sykdom som for eksempel kreft. Når det kommer til måten å takle kreft på oppfatter jeg at deltageren tenker på den psykiske måten man forholder seg til en fysisk sykdom som kreft, først og fremst er.

En deltager uttaler at helse ikke er det samme som å unngå å være syk, men at å forstå helse slik er for snevert. Det er nettopp en slik forståelse av helse Antonovsky (1991), er opptatt av i sitt arbeid.

Som nevnt er det en person som nevner dette med stress og hvordan elever stresser med for eksempel egne og andres krav om karakterer i skolen. Antonovsky, (1991) var

spesielt opptatt av hvordan stress påvirker helsen og hvordan enkelte ser ut til å håndtere stress bedre enn andre. Men dette er det altså bare en av syv deltagere som tar opp som en faktor når det kommer til helse. Hvordan stress og belastninger håndteres og påvirker måten mennesker lever livet på, ble ikke særlig vektlagt i forbindelse med helse, heller fysiske belastninger. Selv om intervjudeltagerne ser helse som noe mer enn bare fysisk, så kommer det ikke frem hvordan lærerne snakker med elevene sine om dette i kroppsøving. For å utvikle forståelsen av helse i faget hevder Quennerstedt (2006) at Antonovskys salutogenetiske helseperspektiv bør få oppmerksomhet. Dette er noe som jeg også etterlyser i samtaler med norske kroppsøvingslærere. Det snakkes om helse først og fremst som noe som har med den fysiske kroppen å gjøre i kroppsøving, det er noe jeg har erfart selv i skolepraksis. Innholdet i tematikken om «Helse som noe mer» kommer ikke like godt frem av lærerne hvordan operasjonaliseres i faget.

I intervjuet gikk et spørsmål ut på hva deltagerne tenker om påstanden om at helse har noe med opplevelser å gjøre. Enkelte informanter trakk fram hvordan kroppen oppleves og hvordan en kan ha bedre opplevelser når en er bedre trent. Mens andre tok opp at opplevelser handler om hvordan hverdagen og livet er. Dette viser noen straks tenker på det fysiske, mens andre også er opptatt av hvordan elever opplever hverdagen sin og dermed går mer på det psykiske. Dette viser at måtene helse forstås på også spriker. Lærere virker å definere helse selv ut i fra egne interesser og oppfattelser, noe som er i tråd med funnene til Burrows and McCormack (2012).

Når det kommer til Gadamer, (1996, 2003) forståelse av helse, hvor helse er sett på som ingenting, men at det er sykdom som virkelig er det som en person kan se eller føle, er uttalelsene til deltager E ikke så ulik Gadamer sin mening om at helse ikke er noe som en kan kjenne på. Deltageren hevder jo absolutt at helse er noe, det bare ikke merkes slik som sykdom. På en måte har deltageren en forståelse av helse som ikke er langt fra Gadamer når det kommer til spørsmålet om helse er noe. Vedkommende hevder at helse er å ha det bra og å være frisk, men at det kanskje ikke kjennes på samme måte som det sykdom gjør som ofte viser seg synlig på mennesket. Det er på en måte ikke noe du gjør noe med før du må. En annen deltager hevder at det ikke bare er sykdom som er noe – helse er også noe, det er bare litt diffust. I denne diskursen kommuniseres helse som noe som handler om hvordan en person har det i livet, om vedkommende trives i hverdagen og har det bra. Det er dette som ifølge Gadamer,

(2003) er helse, og som allerede nevnt innbefatter en persons innvikling i familie, samfunn og yrkesliv. Helse er det å fungere i en jobb og i en sosial setting med andre mennesker hvor det føles mening med det en medvirker i. Intervjudeltagerne er inne på mange av de samme tingene som Gadamer, (1996, 2003) når de snakker om helse i forbindelse med hvordan den enkelte opplever hverdagen, hvordan dagene til den enkelte er, at en har venner og familie som en går overens med, at en kan gjøre de tingene en har lyst til å gjøre og som gjør en selv fornøyd. Det handler også om det å kunne forsørge seg selv og det er kanskje dette Gadamer er inne på når han bruker ord som harmoni, likevekt og rytme i forbindelse med helse. Slik som helse løftes frem i denne diskursen viser Gadamers helseperspektiv seg som noe som også gjelder den dag i dag, og noe som er i tråd med hvordan kroppsøvingslærere forstår helse, nettopp det å kunne selvbalsere i en større sosial helhet som et samfunn er. Sagt enklere forstås helse som det å beherske livet og alt det innbefatter, og disse forståelsene har også flere av deltagerne i denne oppgaven. Det er midlertidig uklart hvordan en slik helseforståelse blir praktisert i undervisning.

Ved å se deltagerenes syn i lys av Gadamer og Antonovsky kommer det fram at selv om hovedvekten av deres svar kan plasseres i de to foregående avsnitt så har deltagerne mye annet å si om helse i kroppsøving, som kan identifiseres i teoriene om helse. I denne tematikken snakkes det ikke som om det deltagerne uttrykker gjøres i praksis. Aktivitet- og kostholdsdiskursen ser ut til å være en mer levende praksis ut i fra deltagerenes fortellingsmåter.

Selv om en deltager er inne på at det kan være et poeng i å få elevene til selv å reflektere over hva de mener er god helse, problematiserer vedkommende senere i intervjuet at å samtale med elevene ofte er utfordrende. Å la elevene i større grad selv reflektere over helse og at de lærer å sette ord på hva de oppfatter som helse, virker ganske fjernt fra den undervisningen kroppsøving i dag står for. Å samtale med elevene problematiseres av lærerne når det kommer til ressurser i form av tid og sted fordi de sier at de opplever at elevene kommer til kroppsøvingsundervisningen med en forventning om at det skal skje noe «action», for eksempel fysisk aktivitet. Elevene kommer til kroppsøving med forventninger om aktivitet fremfor å høre på informasjon ifølge deltagerne. Likevel sier intervjudeltagerne at de prøver å snakke om ting som kommer opp i undervisningen innledningsvis, underveis og avslutningsvis. Hvordan de ulike aspektene ved helse og

helseforståelser gis plass i undervisningen gir ikke mitt materiale svar på. Like fullt er jeg opptatt av at språk og handling kan ses i en sammenheng, og ved noen tilfeller i intervjuene kom, som vist, lærerne selv inn på skildringer fra egen undervisning og øvrig praksis.

Det er likevel interessant at helse ikke bare forstås som noe fysisk, selv om det kanskje bør vektlegges mer, slik at ikke barn får en forståelse av at helse handler om å spise riktig og trene nok. Som sammenfaller med funn i New Zealand jamfør (Burrows, 2008). Lærere i kroppsøving skal undervise i helse og da kan det være nyttig at helse presenteres mangfoldig, og at alle aspektene ved helse blir kommunisert.

Kroppsøvingslærere virker å ha mange og ulike helseforståelser, men at dette ikke alltid kommer frem i kroppsøvingsundervisning. En undervisning som er preget av å være i en aktivitetsdiskurs, Quennerstedt (2008), har tradisjoner som handler om å være i bevegelse - hvor den fysiske kroppen først og fremst definerer feltet. Det kan hjelpe at kroppsøvingslærere kan rette fokus på at fysisk aktivitet utretter mer enn bare fysiske fordeler for den enkelte elev. Og at det blir kommunisert mer omkring at det har psykiske og sosiale fordeler ved å være aktiv. Den koblingen bør kanskje løftes frem hvis helse skal kommuniseres i sin helhet.

I forståelser om helse i kroppsøving trekker lærerne i liten grad fram aktivitetens egenverdi, velvære i aktivitet og livet, indre motivasjon, stresshåndtering og følelser i intervjuene. Det er en deltager som nevnte at det er dumt at det fokuseres på mål som følge av aktiviteten fordi når det kommer til fysisk aktivitet skal det handle om å glede av å være i bevegelse. Det trenger ikke være for noe annet enn bevegelse i seg selv. I stede for aktivitetens egenverdi er fokuset på at aktivitet kan forbedre oksygenopptak eller gjør en sterk. Dette tas også opp i diskursen om trivsel. At aktivitet kan ha positive verdier i seg selv vektlegges ikke direkte av flere lærere. Lærerne legger vekt på det som ligger utenfor selve aktiviteten for eksempel at det kan hjelpe til en økt forbrenning.

Det at lærerne ikke er mer opptatt av elevenes følelser og deres relasjonelle liv vitner om at deres forståelser av helse tas for gitt som fysisk aktivitet og riktig kosthold som undervisningsinnhold i kroppsøving. Å «se» eleven i kroppsøving, og være forståelsesfull i forhold til elever som kommer til kroppsøvingsundervisning med en

negativ assosiasjon til faget er vel så viktig for elevens helse som det er å være i fysisk aktivitet i alle fall hvis man skal påstå at man bidrar med helse, for helse bør kommuniseres som mer enn det fysiske jamfør Antonovsky, (1996, 1991), Gadamer (2003), Quennerstedt, (2006), Ommundsen (2008) og (Bårdsen & Thornquist, 2010).

De sentrale tematikkene om aktivitet, kosthold og at helse er noe mer løfter fram helse som noe en kan ta tak i selv. Som resultat av at helse relateres til noe en kan jobbe med har jeg valgt å trekke fram valg som et eget tema under.

6.4 Valgene dine påvirker helsen din

En forståelse av helse i materialet er at helse har å gjøre med hvordan man velger å leve. Valg viser seg å påvirke den enkeltes helse. Eksempler på valg som kan tas er innenfor kosthold og trening, hvordan en tenker og hvordan en velger å takle situasjoner. Å ta valg settes i forbindelse med livsstil og hvordan livsstil henger sammen med helse. At individuelle valg som tas påvirker helsen er noe intervjudeltagerne snakker om som opp til det enkelte individ. Valg handler her om subjektet – hvordan en person velger å leve sitt liv og hvordan egeninnsatsen således påvirker helsen.

Deltagerne hevdet at hjemmet kan legge til rette, oppmuntre og motivere. Lærere kan pushe, tilpasse og lære bort i for eksempel kroppsøving – dette er noe samfunnet også kan gjøre, men det er individet som, tilslutt, må velge. Her kommer det fram blant deltagerne at helse har med «valgt livsstil» å gjøre og hvilke valg man tar for seg selv er noe som går igjen i deltagernes forståelser. Noen av sitatene under er måter deltagerne forteller at valg er noe individet selv må stå til ansvar for. Ut i fra en slik forståelsesmåte virker det som om helse er noe som enhver kan og bør ta vare på, at det er noe som kan erverves ved å ta «rette» valg, men også noe som kan brytes ned hvis en person ikke tar vare på seg selv eller gjør «feil» valg.

Deltagerne sier blant annet at:

«Kunnskap om helse kan være det å lære elevene forskjellene på hvordan valgene de tar påvirker helsen deres. Kanskje spesielt i forhold til fysisk aktivitet og kosthold»

(Deltager A)

Videre sier deltager D:

«Du har tre ting, du har mat, trening og genene. Mat og trening kan du gjøre noe med selv»

(Deltager D)

Når deltager D snakker om at mat og trening kan du gjøre noe med forstår jeg det som om det er variabler som den enkelte selv kan ta valg innenfor.

Deltager A snakker om å ta vare på helsen nedenfor:

«Du har bare en helse og det er du som må ta vare på den»

(Deltager A)

Deltager D uttaler også at valg i forhold til helse handler om hvordan man velger å tenke i situasjoner, om en person for eksempel velger å tenke positive tanker, eller om vedkommende faller sammen og gir opp.

Når det kommer til valg og helse – så handler det om hvordan en person velger å leve livet sitt, deltager E sier det slik:

«(...) Vet man at det er skadelig å røyke så kan man bestemme seg for å slutte med det fordi man vet at det er helseskadelig. Vet man at man drikker mye alkohol så kan man velge å kutte det ut fordi det kan være skadelig for helsen. Det er jo valg man tar, hvordan man lever (...)»

(Deltager E)

Ved spørsmål om hvem som har ansvar eller hvem som bør legge til rette for helse er flere deltagere inne på at det er en kombinasjon av at samfunnet legger til rette for god helse i form av informasjon og muligheter lokalt, og at skolen som møter alle elever har en god helsepraksis, men det fungerer ikke uten at individet gjør valg. Deltager G sier:

«Til sist er det opp til deg – altså jeg kan si hva de skal spise og foreldrene kan si at de skal gjøre det og det, men det er jo opp til hver enkelt. Men altså jeg har jobbet på en bensinstasjon og det er billigere å kjøpe en burger og brus enn det er å kjøpe en to-pakning med epler og en flaske vann. Samfunnet må også legge

til rette. Det kan bidra, men jeg vil tro at mange av de som spiser boller og drikker brus forsetter med det selv om de fikk et eple gratis»

(Deltager G)

Selv om det virker å være en felles forståelse at helse er noe enhver person må stå til ansvar for selv, er også deltagerne inne på at det er viktig at det er et samfunnsansvar å prøve å legge til rette for helse. Selv om det uttrykkes at mennesket tilslutt må stå til ansvar sine valg. En slik måte å snakke om valg i forbindelse med helse, er i tråd med den samme forståelse som Moen (2011); Säfvenbom (2010) trekker frem som uheldig, nemlig at helse er noe individet må ta ansvar for selv. Ansvaret ligger på individet, og en slik forståelse virker å være kollektiv blant deltagerne.

6.4.1 Sentrale tematikker – diskusjon om diskursen om valg

Måtene intervjupersonene snakker om helse i forhold til å ta valg, kan relateres til at den enkelte bør «være seg bevisst» at helse har med det å trene og spise sunt, sove tilstrekkelig og unngå risikofaktorer som alkohol og rusmidler. Eller å gjøre seg selv lykkelig ved å velge å tenke positive tanker. Det har med hvordan enkelte «velger» å leve sitt liv i relasjon til disse tema. Tankegangen sammenfaller med det patogenetiske helsesynet som Antonovsky (1979) kritiserer i «Stress, health and coping». Nemlig at så lenge en person engasjerer seg i kloke lavrisikofaktorer når de lever livet sitt så unngår de sykdom. Individets personlighet kommer i skyggen for sykdom og helse.

Å anvende forståelser som bygger på at elevens helse er noe de må stå til ansvar for selv, betyr, utfra Moen (2011) at lærerne har en for enkel og snever oppfatning av helse. Det kan være problematisk å undervise innenfor en forståelse av at det er individets eget ansvar å ha helse fordi det forteller elevene at hvis en person blir syk så har vedkommende feilet, fordi det i utgangspunktet bare var å følge «oppskriften» på god helse. Sett i sammenheng med at helse ikke er et endelig produkt som kan oppnås og vedvare når du først har det, Haglund et al. (1991), blir denne snevre forståelsen noe som kanskje kan gjøre barn engstelige og bekymret over at de for eksempel ikke klarer å «oppnå» god helse selv. At mennesker i økende grad er usikker på egen kropp og helse hevder Schilling, (2003), er et faktum. Lærerne forteller også i diskursen om kroppsform under at mange elever er kritisk til seg selv, mest med tanke på eget utseende, fordi de sammenligner seg med det de ser i media. Slik helse blir presentert i

massemedia gis det tips og råd om «innsatsen» den enkelte kan gjøre for egen helse, både med tanke på fysisk aktivitet og «riktig kosthold». Elever som opptatt av helse, trening, kosthold og utseende er ofte de som er kritiske til seg selv, og hvis de tillegg blir fortalt at det er noe det har ansvar for selv kan det medføre enda større usikkerhet og følelse av utilstrekkelighet, hvis de selv skulle føle at de ikke har mestret dette godt nok. Et paradoks angående helse blir at den som «jobber mye» med egen helse, får dårligere helse, i alle fall hvis forståelsen av helse ligger nær Gadamer, (1996, 2003), perspektiv.

At alt livet skal handle om er å forebygge sykdom og skade og ta vare på helsen en har er ifølge, Gadamer, (1996, 2003) nettopp ikke et heldig utgangspunkt. Snarere tvert i mot hevder han at det å fokusere på helse kan i seg selv gjøre mennesker syke. Å gå rundt å arbeide mot noe som ikke er avgrenset og endelig definert kan gjøre at en føler seg utilstrekkelig fordi en aldri kan komme frem til nok helse, og man kan alltid gjøre sunnere og bedre valg. Det er også motstridende med synet på helse som en kontinuerlig prosess jamfør Antonovsky (1987) fordi det høres ut som det helse er noe enhver kan komme til – noe både Haglund et al. (1991) og Antonovsky (1987) hevder at helse ikke er.

Ut i fra hva tidligere forskning sier oss om helse og medias bilde av helse, sett i sammenheng med (Gadamer, 1996, 2003) blir alt helsefokuset noe som virker å være et dilemma ved det at det slår tilbake på den enkelte. Helse kan ut i fra de stadige påvirkninger, tips og meninger bli noe hver enkelt stresser med for å oppnå, selv om helse skal være positivt og handle om overskudd. Og blir stresset for stort uteblir KASAM – følelsen av sammenheng, noe Antonovsky (1991) vektlegger som en viktig del av helsen.

Både Gadamer (2003) og Antonovsky (1991) er opptatt av at mennesker ikke skal arbeide med helsa si, fordi det kan gi flere ulemper enn det kanskje gir fordeler, i alle fall hvis en tenker helse som noe som handler om hele mennesket.

Underveis i intervjuet stilte jeg spørsmål til hva en deltager tenkte om helse i kroppøving hvis en elev ikke trives i faget. Deltageren trakk koblingen til overvekt, og sier: «så lenge du kan delta på ditt nivå så er det helse, også fordi det er sosialt».

Helseforståelse ligger her, som nevnt flere ganger allerede, i at fysisk aktivitet er bra for den fysiske helsen, og at å delta er sosialt. Men hvordan en har det med seg selv, eller eventuelle negative tanker blir ikke uttrykt når det kommer til trivsel i aktiviteten.

Intervjudeltagernes virker å «ta-for-gitt» at det er helse i fysisk aktivitet, selv om enkelte elever kan være bekymret i situasjonen. Bårdsen og Thornquist, (2010) retter oppmerksomhet mot nettopp dette; at noen barn har negative assosiasjoner til det å være i fysisk aktivitet. Å ha negative tanker om seg selv når det kommer til det å delta er ikke helse ifølge Gadamer, (2003), selv om de det gjelder svetter.

Å forstå helse som noe individer selv står til ansvar i å påvirke, er å forstå helse som en form for helseismeideologi som er nevnt i tidligere forskning. Denne måten å inkorporere helse på forutsetter troen på at mennesker selv er ansvarlige for egen gevinst i skole, arbeid og idrett og er noe som kan medføre en forsnævret helseforståelse blant kroppsøvingslærere som skal arbeide med barn som kommer til skolen med ulikt utgangspunkt hjemmefra (Moen, 2011). Å gi barn en forståelse av at egen helse er noe de må arbeide med, og er elevens eget ansvar å lykkes med, kan være et relativt ødeleggende prosjekt. I forhold til diskursen om valg er det en deltager som uttrykker at ansvaret for elevers helse ligger hjemme hos foreldrene, men at det også er viktig at skolen bidrar, spesielt viktig for de som ikke har støtte hjemme. Denne deltageren viste nyanserte forståelser av helse og var inne på flere aspekter ved helse, som kan identifiseres ut fra teorien. Deltageren sa for eksempel at det er viktig at livet leves, og ikke at en går rundt å er helsehysterisk. Helsehysteri mente deltageren har blitt en egen sykdom. I intervjuet fikk vi avklart at det var ortoreksi vedkommende mente. Ortoreksi betyr korrekt spisemønster og er en relativt ny betegnelse innenfor spiseforstyrrelser, hvor personer viser seg å være for opptatt av å spise sunt. Dette kan resultere i en fysisk syk kropp fordi det ikke finnes noe som er sunt nok. I tillegg stresset det medfører å konstant tenke på hva som kan og ikke kan spises.

Det var også en deltager som utelukkende snakket om helse som i aktivitets- og kostholdsdiskursen og som ikke snakket om helse som noe som angår en psykisk. Av alle deltagerne snakket de fleste både nyansert og unyansert om helse i løpet av intervjuet. I diskursen om valg er deres helseforståelse relatert til en patogenetisk forståelse, som handler om å engasjere seg i lavrisikofaktorer for å opprettholde helse slik som Antonovsky, (1991) er svært kritisk til å kalle helse.

6.5 Helse og kroppsform

Da jeg gjorde intervjuene og vi snakket om helse, kom intervjudeltagerne innom temaet kropp og kroppsform. Både i formålet med faget og i kompetansemålene er helse og kroppsideal nevnt i forbindelse med hverandre (Utdanningsdirektoratet, 2012). Flere av intervjudeltagerne gjør det klart at elevene virker å være mer opptatt av hvordan de ser ut fremfor å ha god helse. Kroppsform er blant annet noe som gikk igjen i bekymringene lærerne trakk fram. Måten lærerne snakket om dette på viste at de ikke liker at elevene er opptatt av dette og at de er bekymret for elevene. Det kommuniseres som noe negativt å være opptatt av kroppsfasong. Deltagerne fortalte også om hvordan de prater om denne tematikken med elevene sine. Når vi snakket om dette med kroppsform, kroppsideal og helse kom mange av intervjudeltagerne inn på spiseforstyrrelser, vekt og kroppsfokus. Det er noe de prøver å snakke med elevene om, men at det er noe de synes det kan være vanskelig å prate om. For eksempel sier en deltager:

«(...) Så prøver jeg å få dem til å forstå at et vanlig kroppsideal er hvordan en vanlig person ser ut. Ikke for tung, ikke for tynn, at du er noe midt i mellom og at du trenger ikke ha magemuskler som synes for å ha en god kropp (...). Det er ikke en Northug-kropp man skal ha liksom, det er ikke det man skal gå mot når man skal ha en god helse, og en sunn kropp. For all del, det er ikke noe feil med det, men det er ikke der det ligger da»

(Deltager C)

Deltager C snakker her om at kroppsideal som noe som har en hvis form. Videre sier Deltager B at elevene er opptatt av kropp og at det gir status å være i en viss fysisk form. Deltager B hevder videre at jentene er opptatt av å være slanke og pene og ha en fast kropp med muskler. Det skisseres at elever hevder at det er viktigere å ha en viss kroppsfasong fremfor å ha kondisjon.

«Alle jentene vil jo være slanke og pene og være faste med muskler. Jeg hørte en elev som sa at det viktigste med trening er jo ha fasong, ikke det å ha kondisjon eller være i form, men det å se fin ut»

(Deltager B).

Kroppsfokus og spiseforstyrrelser er temaer kroppsøvlingslærere må forholde seg til. De fleste uttaler som sagt at elever virker å være opptatt av kroppsform og at det ikke er

heldig. Det forekommer i forbindelse med å lære elevene ulike måter å trene på som for eksempel styrke og kondisjon, det uttrykkes i forbindelse med dusjing og i forbindelse med kompetansemålet som sier at målet for opplæringen er at elevene skal kunne forklare hvordan ulike kroppsideal og ulike bevegelseskultur påvirker trening, ernæring, livsstil og *helse* (Utdanningsdirektoratet, 2012).

Noen av lærerne problematiserer det å ta dette opp i plenum fordi det kan berøre elevene. Flere poengterer at det er vanskelig. De fleste snakker om det å være midt mellom, ikke for tykk ikke for tynn eller at målet ikke er birken eller «Northug-kropp», men «en vanlig slank kropp». Det å holde seg unna yttergrensene blir gjort et poeng ut av. Det viktigste for lærerne er at elevene har kropper som fungerer, enten de er tykke eller tynne. Flere av intervjudeltagerne gjør også et poeng ut av at spesifikke kroppsfasonger ikke nødvendigvis er god helse selv om mange forbinder en viss fasong med det å ha god helse. «Du kan se tynn ut, men være ganske usunn og du kan være tyngre, men være ganske sunn». Deltager F forteller at en hvis type kropp ikke alltid indikerer god fysisk form selv om mange forbinder en slank kropp med helse som Kirk (2006) hevder.

«Vi har jo elever som er veldig overvektig og det er jo dårlig helse vil jeg si. Selvefølgelig er det de elevene som er veldig slank, men likevel er i dårlig form. De har ikke utfordret og trent kroppen nok»

(Deltager F)

Lærerne gjør et poeng ut av at elever sammenligner seg med andre elever og forbilder de har og at dette ikke nødvendigvis er heldig. Intervjudeltagerne kommer med eksempler på undervisning hvor dette kommer opp som tema og at de prøver å snakke med elevene om dette med kropp, trening, ernæring og livsstil, men at det er et vanskelig og sårt tema. De registrerer at det er noe elevene er veldig interesserte i. Måtene de uttrykker dette på er blant annet:

«(...) de er opptatt av sin egen kropp og sammenligner seg med de de ser på nettet, reklame, det er jo på en måte disse personene de ser opp til og en slik kropp de ønsker(...)»

(Deltager F)

«Elevene er veldig opptatt av å være tynne. Det er skremmende. Det er jo vår jobb å gå inn å fortelle dem at det er helt okay å ikke være radmager»

(Deltager A)

Deltager A hevder her at lærere i kroppsøving har et ansvar for å gi elevene informasjon og veiledning i forhold til tanker om egen kropp og helse.

I diskursen rundt kroppsform kommer det også frem at lærerne har enkelte elever som ikke vil dusje sammen med andre elever på grunn av problemer med egen kropp og at de også derfor kvier seg for å delta i kroppsøvningsundervisningen. Å ha overvekt eller å være overvektig blir på måten lærere snakker på, sett på noe som bør unngås fordi det hemmer en person både fysisk og psykisk. Overvekt blir forbundet med dårlig helse.

6.5.1 Sentrale tematikker – en diskusjon om kroppsform og helse

I diskursen om kroppsform og helse hevder lærere at helse ikke betyr «en bestemt type kropp». Kroppens utseende er mindre viktig ifølge lærerne, de er heller opptatt av at kroppen fungerer i hverdagen. Lærerne har imidlertid registret at elevene er svært opptatt av kroppsform, idealer og utseende mer enn helse. Flere intervjudeltagere uttrykker bekymring for at elever er opptatt av å være tynne og slanke. I denne diskursen kommer lærerne inn på at elever er opptatt av kroppsform, og i forbindelse med det kommer det frem ord som bodybuilding, blogging, fitness, bulimi, anoreksi, fedme, overvekt, og detox når lærerne snakker om dette. Lærerne forteller at elever leser magasiner, blogger, avisoverskrifter som handler om trening og kosthold – og at de er interessert i å gjøre eller prøve det de leser. En deltager forteller at enkelte jenter hadde lest om detox på internett og ville prøve det, læreren ble med elevene og ba de finne fram det de hadde lest slik at de kunne prate om dette sammen. Læreren fikk da forklart dem at det kanskje ikke var noe de hadde behov for. Medias store påvirkningskraft er noe som kritiseres av lærere fordi mye av det som står i tabloidene ikke gir god og helhetlig informasjon, og er derfor noe som må leses med en klype salt. Enkelte deltagere tar frem problematikken med at 13- og 14-åringer kanskje ikke er kritisk til alt som leses og blir derfor i større grad påvirket av det enn voksne. I måten lærerne snakker om dette på kommer det frem at de får inntrykk av at elevene er lett påvirkelige og vil prøve tingene som de leser og det kan resultere i at de stresser rundt forholdet til hva de tror de selv bør gjøre og de leser at andre gjør. Elevers interesse for kropp kan

gjøre dem engstelige og syke fordi de bare ser på trening som et middel til for eksempel å slanke seg eller endre kroppsform. Det er et paradoks at lærerne er kritiske til medias påvirkningskraft, men at deres egen måte å prate om helse på i forbindelse med kroppsøving minner om noe av den samme informasjonen som en bombarderes med i aviser og magasiner. At helse blir «tatt for gitt», at det handler om å ha en sunn, aktiv, frisk og sterk kropp, og at individet selv må trene og spise riktig for å ha helse, noe som sammenfaller med funn gjort av (Burrows & McCormack, 2012; Moen, 2011).

Lærerne er bekymret, men sier at å snakke med elevene er utfordrende fordi de er redd for å si noe som kan oppfattes «feil». Som for eksempel at elever med spiseforstyrrelser føler seg uthengt. Lærerne viser seg å være bekymret for elevenes forhold til kroppsformen, men bekymringen kommer først frem når det blir snakk om kroppsideal og helse senere intervjuene.

Ifølge Gadamer (2003) handler helse om livet som leves. Han er ikke opptatt av at helse har med en viss type kropp å gjøre. Og lærere snakker om at både slanke elever og de som har overvekt ønsker å slanke seg. Elever ser ut til å være fanget i en flom av informasjon om kropp, helse, trening og ernæring fremfor fokus på hva de faktisk liker å gjøre og hva som gjør dem glad i hverdagen. I sitatene over forteller noen av deltagerne at de prøver å fortelle elevene hva som kan være en sunn kroppsform. I forbindelse med dette fremholder en av lærere at det handler ikke om kroppsfasong, men at du har en kropp som fungerer. Lærerne snakker relativt vagt om kroppsform og idealer og vrir fokus ikke vekk fra kroppsform, men prøver å duse ned hvor viktig formen er for om det er helse eller ikke. Kroppsform blir her et uttrykk for helse – selv om det er uklart akkurat hva det betyr.

Noen av intervjudeltagerne fokuserer på at helse er å ha en kropp «litt midt i mellom tykk og tynn», og at en person som er tynn kan være usunn. Overvekt er imidlertid unison enighet om at er en usunn kropp, og hvis lærerne kommuniserer til elevene at «ikke for tynn og ikke for tykk» gjelder, er de selv normaliserende med tanke på den «rette» kroppen. Elevene som enten er «for tynne» eller «for tykke» kan tro at helse handler om en bestemt kropp som Kirk (2006) er kritisk til, nemlig at helse og «rett kropp» kommer av balansen mellom «energi inn» og «energi ut». Da intervjudeltagerne uttrykte seg om kroppsform virket de å ta for gitt at det er lett for barn å forstå hva som

er riktig mat og nok trening og det høres ut som helse er et endelig mål du kan komme til. De uttrykker at kropp og spiseforstyrrelser er vanskelig å ta opp med en klasse, men de løfter ikke fram hvorfor det er vanskelig. I måten lærerne snakker om kroppsform og helse på virker de igjen å ta for gitt at tyngden på hva helse angår er først og fremst det fysiske mennesket, med en frisk kropp som fungerer.

Gadamer og Antonovskys helseperspektiver kan kanskje bidra til at lærere i større grad kan omfavne helse på en mer mangfoldig måte i kroppsøving enn det viser seg at det gjøres i dag. Ved å bli flinkere til å kommunisere alle aspektene ved helse, og prøve å åpne opp for en forståelse av helse bort fra en bestemt type kropp, kan det i stedet løftes fram psykiske og sosiale egenskaper i et godt liv og dermed redusere kropps fokuset til ungdomsskoleelever i noen grad. Det viser seg at elever trenger å lære seg strategier i å filtrere ut informasjonen som strømmer rundt i samfunnet, spesielt i media i forbindelse med hva man skal engasjere seg i for å opprettholde helsa. I likhet med funnene til Burrows og McCormack (2012) i sin studie, virker ikke intervjudeltagerne uttalelser i forbindelse med helse å være begrunnet i en faglig profesjonalitet, men noe de selv hevder med egen interesse som utgangspunkt.

6.6 Det skal være artig – en trivselsdiskurs

En felles enighet blant deltagerne er at kroppsøving er bra når det er artig. Fokuset på at fagets innhold skal være artig for elevene går igjen hos deltagerne uavhengig av hvor i selve intervjuet de snakker om dette. Det er viktig for lærerne at innholdet i faget er artig slik at de engasjerer elevene i aktivitet. Innholdet blir i denne sammenhengen som oftest omtalt som en form for fysisk aktivitet. Kroppsøvingslærerne er opptatt av at elevene skal trives og ha glede av fysisk aktivitet. Under siteres deltagerne fra intervjuene om det å ha det artig, glede av og trivsel i kroppsøving.

«Jeg er opptatt av at de skal trives i aktivitet, de skal innom mange aktiviteter slik at de kan finne noe de trives med og vil fortsette med»

(Deltager G)

Når man har snakket om det å kunne bruke kroppen sin uttrykker intervjudeltagere at det skal være en positiv opplevelse. En deltager sier:

«Jeg ønsker at de skal få gleden av å kunne bruke kroppen sin»

(Deltager D)

Jeg stilte spørsmål om lærerne mente at kroppsøving var et fag som skulle trene elevene. Deltager A kom da inn på at faget ikke nødvendigvis skulle trene elevene, men heller bidra til at elevene er aktive og at de finner noe de synes er gøy å gjøre. Slik kommuniseres dette:

«(...) Å prøve å få elevene til å bli mer interessert i noe som har med fysisk aktivitet å gjøre. Og da synes jeg kanskje ikke det med trening i ordets forstand er det beste å fokusere på, men det å være i aktivitet, finne en aktivitet som du liker og som du selv synes gir deg noe, at det er lystbetont, at det er gøy som gjør at du får lyst å fortsette med de(...)»

(Deltager A)

Ord som motivasjon, mestring, glede, gøy, artig og lystbetont går igjen hos deltagerne når de snakker om kroppsøving, i forbindelse med bruk av kroppen og det å være fysisk aktiv. For eksempel snakkes det også om dette i forbindelse med å trekke inn lek i kroppsøving fordi det kan bidra til at elever ikke tenker ikke over at de trener. At de synes det er artig, men at de også har vært i ganske hard fysisk aktivitet uten å «merke det». Og at leken kan være med på å bidra til at elevene opplever mestringsfølelse i fysisk aktivitet. I forbindelse med lek i kroppsøving sier deltager B og D følgende:

«(...) morsomme sistenleker og danseleker og slike ting, det synes de ofte er morsomt og da får vi med mange, mange flere. Da kan du kjøre lekinspirert intervalløker som egentlig er ganske hard som de ikke tenker at er hard. Så kan de si at det var jo kjempeslitsomt (...)»

(Deltager B)

«I dag skal vi ha kort intervall og da er det masse lek og stafetter og to og to, der en jobber og den andre har pause. Det er lek. De skjønner egentlig ikke at de trener. Det kan jeg si etterpå og spør da hva har vi gjort og hva har vi påvirket i denne timen»

(Deltager D)

Videre sier også deltager E dette i forbindelse med valg av aktivitet i kroppsøving:

«Aktivitetene skal være artig, lystbetont. At elevene skal få mestring i det de gjør da. Det synes jeg er viktig.»

(Deltager E)

Som allerede nevnt var dette med trivsel, glede og å ha det artig i kroppsøving viktig for kroppsøvingslærere i faget. De gjør et poeng ut av at det er viktig at elevene trives med det de gjør, hvis ikke vil de ikke fortsette med det og da har det kanskje ikke noe poeng i seg. Flere intervjudeltagerne poengterer at elevene skal lære seg å like fysisk aktivitet slik at de også vil fortsette med det på fritiden.

6.6.1 Sentrale tematikker – en diskusjon rundt trivselsdiskursen

I denne diskursen viser kroppsøvingslærere at de verdsetter at elevene trives, har det gøy og opplever glede både i undervisningen og ellers. Dette kommer frem ved flere anledninger i intervjusituasjonene. Det er likevel ikke slik at de direkte kobler det å ha det gøy og det å trives opp mot helse. Eller at de sier at det å ha det gøy handler om overskudd eller avkobling, men heller at det skal være gøy fordi da ønsker elevene å være aktive og aktivitet er bra for helsen. Igjen kobles helse mer mot den fysiske kroppen og ikke nødvendigvis at å ha det gøy er helse i seg selv. Selv om de ikke eksplisitt uttrykker koblingen mellom trivsel og helse, så viser måten de snakker om trivsel på at de praktiserer helse, nettopp fordi de er opptatt av at elevene trives. Gadamer (2003) på sin side hevder at helsa ligger i det å kunne gjøre noe med glede. At det er trivsel i det en medvirker i og interesserer seg for. At å bevege seg daglig har helsefordeler er det ikke noe poeng å nekte for, men hvis det i tillegg finnes trivselsskapende, favner aktiviteten enda mer helse, i alle fall hvis en skal tenke som Gadamer gjorde. Deltagerne snakker om at de ønsker at elevene skal kunne gjøre aktiviteter som de liker. Å trives med det en engasjerer seg i, handler om å ha velvære i pågående bevegelsesaktiviteter noe som Quennerstedt (2006) foreslår å rette en større oppmerksomhet mot i kroppsøving. Intervjudeltagerne er opptatt av at elevene de underviser skal finne gleden av å bruke kroppen sin og å være i aktivitet, selv om det kun kobles mot fysisk helse. De snakker om at det er viktig at fysisk aktivitet er gøy, men de uttrykker ikke nødvendigvis at dette er helse i seg selv. Selv om lærerne ikke omtaler sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske, indikerer det de snakker om en forståelse av at det er det totale aspektet ved mennesket og dets helse som påvirkes jamfør Antonovsky (1996a). Tematikken rundt trivsel i aktivitet virker å være

noe lærerne er svært opptatt av i kroppsøving – de ønsker å motivere og engasjere elevene, og ikke minst hjelpe elevene til å finne ut hva de liker. I måten lærerne snakker om trivsel på ligger det en felles enighet i at de ønsker at elevene skal ha det bra og at de skal ha trivsel i hverdagen.

En del av intervjudeltagerne er også inne på mestringsaspektet i aktivitetene de legger opp til. De ønsker at elevene skal lykkes i det de gjør i faget. Uten at det uttrykkes eksplisitt av lærerne er det en sammenheng mellom å mestre og det å ha en følelse av sammenheng som Antonovsky, (1987) var opptatt av. Hvis elevene går til kroppsøvingstimene med erfaringer fra tidligere, hvor ting har gått bra og at de har hatt gode opplevelser, vil de ha større sannsynlighet for å se på kroppsøving som en arena hvor de har «kontroll» og kjenne på en «følelse av sammenheng» (KASAM), og det er ifølge den salutogenetiske helsemodell svært viktig for elevens helse. Ved å ha med seg erfaringer som har vært positivt fra tidligere vil en i større grad ha opparbeidet seg motstandsressurser - GMR mot stresset nye utfordringer medfører. Ifølge Antonovskys vil mennesker med høyere GMR ha høyere motivasjon for å prøve å takle utfordringer som kommer – det er derfor et viktig poeng blant lærerne at elevene skal trives og oppleve mestring i pågående bevegelsesaktiviteter.

Ovenfor har jeg presentert og diskutert de 6 ulike tematikkene. Neste del er oppgavens avsluttende del hvor jeg oppsummerer, trekker kobling mellom lærernes uttrykk om helse til helsebegrepet, avsluttende kommentarer og tanker om videre forskning.

7. Avslutning

Avslutningsvis vil jeg kort oppsummere hovedfunn i analysen. Mitt utgangspunkt var min egen «forvirring» over hvordan helse forstås og at det omgir en fra «alle kanter». Jeg søkte informasjon om hvilke forståelser av helse lærere i ungdomsskolen uttrykte. Med dette som utgangspunkt formulerte jeg problemstillingen:

«Hvordan uttrykker et utvalg kroppsøvlingslærere sin forståelse av helse i kroppsøvlingsfaget?»

Ved å belyse denne problemstillingen vil jeg også kunne si mer om hva læreres forståelser av helse kan fortelle om selve begrepet. Jeg formulerte derfor følgende underspørsmål til problemstillingen.

«Hva kan lærernes forståelser si om helsebegrepet?»

For å belyse denne problemstillingen falt valget mitt på kvalitative intervju med lærere i ungdomsskolen. Jeg var opptatt av hvordan deltakerne uttrykte seg og hva deres forståelsesmåter om helse forteller om helse. Jeg har jobbet ut fra en sosialkonstruktivistisk teoretisk tilnærming og tatt i bruk en diskursinspirert analysemetode.

Nedenfor vil jeg kort oppsummere de seks diskursene om helse jeg fant og kort kommentere hva slike forståelsesmåter kan fortelle om helsebegrepet.

7.1 Oppsummering

Lærerne uttrykker at helse først og fremst handler om at individer tar valg om riktig kosthold og deltagelse i fysisk aktivitet. Det å ha helse forbindes med å avstå fra alkohol og røyk og unngår overvekt samt ta ansvar for å spise riktig kosthold og være fysisk aktiv.

Helse blir også forstått som «noe mer» som angår hvordan en person føler seg, både psykisk og sosialt. Forståelsen av helse blant lærerne viser at helse først og fremst handler om å ha en frisk fysisk kropp som fungerer. Forståelsen av helse som «noe

mer» er ikke selve hovedfokuset til lærerne i faget. De anerkjenner samtidig at helse handler om fysisk, psykisk og sosial velvære. I måten de uttrykker seg på kommer det frem at de ikke får frem et like helhetlig helseperspektiv i undervisningen. I forbindelse med å ha en fysisk frisk kropp forteller deltagerne om hvordan de snakker om hjerte- og lungefunksjon med elever, hvordan de underviser i å få en sterk og smidig kropp som fungerer i hverdagen. Når det kommer til hvordan elever opplever kroppsøving, eller hvordan elevene føler seg problematiserer lærerne at ikke like lett blir tatt opp i kroppsøvingsundervisningen fordi det ikke er tid, eller at en slik undervisning ikke står til elevens forventning. Spiseforstyrrelser, overvekt og fedme er tema deltagerne uttrykker som vanskelige å ta opp i plenum fordi det ofte angår noen av elevene, og deltagerne ønsker ikke å gjøre elevene det angår beklemt.

Kort oppsummert ligger læreres forståelse av helse nær den patogenetiske, hvor helse er sett på som det normale og sykdom er fravær av det normale. Lærerne snakker først og fremst om at helse handler å ha en sunn, frisk, og velfungerende kropp, men det kommer også frem at alt for mye fokus på kropp og prestasjon, kan medføre bekymringer rundt mat og trening for elevene noe lærerne prøver å engasjere seg i når det skjer. Lærere er også opptatt av at elevene trives, opplever mestring i kroppsøving og det sosiale med faget vektlegges, men ved slike uttrykksformer kommer helse som begrep mer i bakgrunnen. Helse virker også å bli praktisert av lærerne, selv når de ikke eksplisitt kobler det opp med helse.

7.2 Hva lærernes forståelser kan si om helse

Blant lærernes uttrykkes det at deres forståelse av helse kommer av livserfaring og interesser, fremfor at det er kunnskap de har ervervet gjennom utdanningen. De som forteller at de har hatt om helse i sin utdanning har da hatt om helse i forbindelse med ernæring og trening.

Gjennom de seks forståelsesmåter lærerne uttrykte i forbindelse med helse i kroppsøving viser det seg at helse er vanskelig å få en entydig forståelse av. Det er et flyktig tema som ikke lett lar seg «gripe» og sammenfatte.

Helse er populærkultur - det skrives og snakkes om helse overalt. Samtidig viser helse seg å være vanskelig å definere - nettopp det at det er et komplekst begrep som mange «vet mye om» gjør det til et tema som ofte «tas-for-gitt».

Det er et paradoks i at helse er noe som alle snakker om, men det er utydelig hva de mener. Det kan som Gadamer hevder være et poeng i at det ikke er noe konkret og derfor så vanskelig lar seg «begripe». En lærer uttrykker eksplisitt at det er en litt diffust begrep, men hevder samtidig at det absolutt er noe. Helse viser seg vanskelig å begripeliggjøre, det består av nyanserte aspekter som er innvevd i hverandre og viser seg dermed vanskelig å avklare i kommunikasjon.

7.3 Avsluttende kommentar – refleksjoner om prosessen og produktet

Min utdanning har gitt en større forståelse av helse i kroppsøving, noe som jeg ut i fra litteratur og egne erfaringer i praksis og som deltager i skolen som assistent, vikar og elev selv ikke har opplevd at har vært tema. Det var mitt utgangspunkt å finne ut hvordan lærere omtaler helse i kroppsøving. Jeg gikk inn i prosjektet med en forestilling om at helse ble «tatt-for-gitt» i faget. Jeg var opptatt av å finne ut hvordan lærerne uttrykte sin forståelse om helse, ut i fra at de underviser i temaet. Denne oppgaven var «min egen idé» uten at jeg visste at det var gjort lignende forskning på feltet. Å arbeide med temaet helse har vært utfordrende og interessant på samme tid fordi jeg selv har funnet det vanskelig å vite hva det konkret «er prat om» da jeg selv ikke hadde funnet det jeg synes var en dekkende og konkret definisjon på helsebegrepet.

Ved å intervju lærere fant jeg at de hadde seks forståelsesmåter når det kom til helse. Ved å «se» funnene gjennom teorier om helse fant jeg at deltagerne operasjonaliserer helse, selv når de ikke eksplisitt uttrykker at det er helse.

Oppgaven gir innblikk i hvordan det at helse tas for gitt foregår og hvordan det veves inn unyanserte meninger om helse som finnes i samfunnet for øvrig. Mange elever får sitt første møte med organisert aktivitet i kroppsøving, noe som understreker betydningen til at de som skal møte dem er profesjonelle og at de har en gjennomtenkt forståelse av at de skal undervise i hele helseaspektet og ikke bare deler av det.

Oppgaven bidrar med kunnskap om forståelser av helse i kroppsøvingsfaget. Kroppsøvingsfaget tilføres dermed filosofiske refleksjoner og «nye måter» å tenke og handle på. Ved at tidligere forskning viser at elever selv er bekymret for kroppsøving, trening og helse, er det en indikator på at lærere har en viktig faglig jobb på dette feltet. Elevene trenger kunnskap for å tilegne seg nyansert forståelse av helse for å slik sett bli rustet til å møte alle de påvirkningskanalene om helse som er «der ute». Slik sett viser oppgaven en status som kan stimulere andre lærere til å reflektere over sitt helsebegrep i kroppsøving per i dag.

For de som jobber med å utvikle læreplanen i kroppsøving på et ideologisk nivå, kan denne oppgaven gi informasjon om hvordan lærere oppfatter læreplanens innhold og således gi en pekepinn på konsensus mellom det ideologiske nivå og den oppfattede læreplanen. Helse er et tema kroppsøvingslærere skal undervise i. Denne oppgaven belyser læreres helseforståelse – ifølge et sosialkonstruktivistisk perspektiv er forståelse og praktisk nært knyttet, slik sett vil denne oppgaven også gi informasjon om hvordan helse undervises i selv om det ikke er oppgavens hovedhensikt.

7.4 Tanker om videre forskning

Masteroppgaven belyser som nevnt ungdomsskolelæreres forståelser av helse. Jeg har ikke funnet lignende undersøkelser gjort på lærere i ungdomsskolen i Norge. Likevel som tidligere nevnt i oppgaven finnes det forskning gjort i andre land på litt av det samme tema merk Burrows og McCormack (2012). Det har allerede blitt gjort en lignende masteroppgave med elever i norsk videregående som deltagere (Aspen, 2008).

Mine funn skiller seg ut og er relevante fordi deltagerne er valgt innenfor en stor geografisk spredning. Deltagerne er fra skoler i Nordland, Trøndelag og Oslo/Akershus. Deltagerne er lærere i kroppsøvingsfaget i ungdomsskolen. Min masteroppgave har blitt gjort etter revidert læreplan kom ut i 2012 og er således fersk anno 2014. Den konsentrerer seg først og fremst om lærere og gir informasjon om deres måter å forstå et tema på som jeg har savnet. Jeg håper at andre kjenner seg igjen i funnene, noe som jeg finner sannsynlig i og med at lignende forskning kan vise til noe av det samme.

Veien videre med bakgrunn i denne masteroppgaven som jeg synes kunne vært interessant er å gjøre et lignende, men større prosjekt med flere deltagere over lenger tid

med tema helse. Å intervjuer både lærere og elever ville gitt et enda grundigere innblikk i status på det komplekse temaet. For eksempel hadde det vært interessant å se etter konsensus mellom lærere og elevers helseforståelse ved samme skoler.

Jeg håper at min masteroppgave inspirerer de som leser den til å reflektere over hvordan de selv forstår helse. Hvis de underviser eller skal undervise i kroppsøving håper jeg oppgaven kan være med å bidra til at de får et mer gjennomtenkt perspektiv på helse i kroppsøving. Selv har jeg lært mye om helse i kroppsøving og min rolle som lærer i løpet av det siste året som masterstudent.

At helse vanskelig lar seg definere bør i seg selv vekke interesse og oppmuntre til at det gis mer plass i læreres utdannelser slik at de «vet mer om helse» i lys av ulike perspektiver på helse som eksempelvis Antonovsky, Gadamer og Quennerstedt viser til.

Referanser

Kilder

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.
- Annerstedt, C. (2007). *Att (lära sig) vara lärare i idrott och hälsa*. Göteborg: Multicare Förlag AB.
- Annerstedt, C. (2008). Physical education in scandinavia with a focus on Sweden: a comparative perspective. *Physical Education & Sport pedagogy*, 13(4), 303 - 318.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco;: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Antonovsky, A. (1996a). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (1996b). The sense of coherence: an historical and future perspective. *Israel journal of medical sciences*, 32(3-4), 170-178.
- Aspen, K. T. H. (2008). *Helse og kroppsøving: en identifisering av ulike helsediskurser i kroppsøvingssfaget*. Oslo: [K.T.H. Aspen].
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. [Oslo]: Helsedirektoratet.
- Bjørk, I. T., & Breievne, G. (2011). Kropp og velvære. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 1, pp. 371 - 401): Gyldendal akademisk forlag.
- Burrows, L. (2008). "Fit, Fast, and skinny": New Zealand school students 'talk' about health. *Physical Educator - Journal of Physical Education New Zealand*, 41(3), 26-36.

- Burrows, L., & McCormack, J. (2012). Teachers' talk about health, self and the student 'body'. *Discourse-Studies in the Cultural Politics of Education*, 33(5), 729-744. doi: 10.1080/01596306.2012.696502
- Burrows, L., & Wright, J. (2004). The good life: New Zealand children's perspectives on health and self. *Sport Education and Society*, 9(2), 193-205. doi: 10.1080/1357332042000233930
- By, I.-Å. (1998). Utvikling av læreplanene i kroppsøving i grunnskolen i perioden 1992-1997. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Bårdsen, Å., & Thornquist, E. (2010). Må vi trene for å ga god helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(15), 130:1487-1488.
- Dowling, F. (2010). Fysisk aktivitet og god helse i kroppsøvingsfaget: problematisk, ikke automatisk. In K. Steinsholt & K. P. Gurholt (Eds.), *Aktive Liv* (pp. 205-218). Trondheim: Tapir akademisk.
- Evans, J. (2004). Making a difference? Education and 'ability' in physical education. *European Physical Education Review*, 10(1), 95-108.
- Evans, J., & Davies, B. (2004). Sociology, the body and health in a risk society. *Body knowledge and control: studies in the society of physical education and health*, 3-18 & 35-51.
- Evans, J., Davies, B., & Wright, J. (2004). *Body knowledge and control: studies in the sociology of physical education and health*. London: Routledge.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforl.
- Goodson, I. F. (2005). *Learning, curriculum and life politics: the selected works of Ivor F. Goodson*. London: Routledge.

- Gurholt, K. P., & Jenssen, R. (2007). Reformpedagogikkens innpass i kroppsovingsfaget (Vol. 91(2007)nr 6, pp. S. 447-459). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haglund, B. J. A., Pettersen, B., Finer, D., & Tillgren, P. (1991). *"We can do it!": from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden June 9-15 1991*. Stockholm: Karolinska Institute, Department of Social Medicine.
- Imsen, G. (2005). *Elevens verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Imsen, G. (2009). *Lærerens verden: innføring i generell didaktikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Jonskås, K. (2010). *En kunnskapsoversikt over FOU-arbeid innen kroppsovingsfaget i Norge fra januar 1978-desember 2010*. Oslo: [K. Jonskås].
- Jørgensen, M., Winther, & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kirk, D. (2006). The 'obesity crisis' and school physical education. *Sport Education and Society*, 11(2), 121-133. doi: 10.1080/13573320600640660
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kårhus, S. (2010). Physical education teacher education on the education market - who's defining what physical education teachers need to know? *Physical Education & Sport Pedagogy*, 15(3), 227-241.
- Larsson, H., Fagrell, B., & Redelius, K. (2009). Queering physical education. Between benevolence towards girls and a tribute to masculinity. *Physical Education & Sport pedagogy*, 14(1), 1-17.
- Larsson, H., & Redelius, K. (2008). Swedish physical education research questioned - current situation and future directions. *Physical Education & Sport pedagogy*, 13(4), 381-398.
- McKenzie, T. L. (2007). The preparation of physical educators: A public health perspective. *Quest*, 59(4), 346-357.

- Meyer, S., & Sirnes, T. (1999). *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Moen, K. M. (2011). *"Shaking or stirring"?: a case-study of physical education teacher education in Norway*. Oslo: Norwegian School of Sport Sciences.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Neumann, C. E. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: en metodebok om situering*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- O'Sullivan, M. (2004). Possibilities and pitfalls of a public health agenda for physical education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 23(4), 392-404.
- Ommundsen, Y. (2008). Hvorfor vi har et kroppsøvingsfag. *Bedre skole*(2), 78-82.
- Quennerstedt, M. (2006). *Att lära sig hälsa*. (15 PhD), Örebro Universitet, Örebro.
- Quennerstedt, M. (2008). Exploring the relation between physical activity and health - a salutogenic approach to physical education. *Sport Education and Society*, 13(3), 267-283. doi: 10.1080/13573320802200594
- Shilling, C. (2003). *The body and social theory*. London: Sage.
- Sigmundsson, H., & Ingebrigtsen, J. E. (2006). *Idrettspedagogikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Skjervheim, H. (2001). Deltakar og tilskodar *Mennesket* (pp. 19 - 35): Universitetsforlaget.
- Säfvenbom, R. (2010). Om å lede de unge ut i fristelse: og det gode liv *Aktive liv* (pp. 155-173). Trondheim: Tapir akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Utdanningsdirektoratet. (2012). Læreplanen i kroppsøving. In Kunnskapsdepartementet (Ed.). Udir.no: Utdanningsdirektoratet.

Velija, P., Capel, S., Katene, W., & Hayes, S. (2008). 'Does knowing stuff like PSHE and citizenship make me a better teacher?': Student teachers in the teacher training figuration. *European Physical Education Review*, 14(3), 389-406. doi: 10.1177/1356336x08095672

Wright, J., & Burrows, L. (2004). 'Being Healthy' : the discursive construction of health in New Zealand children's responses to the national education monitoring project. *Discourse: Studies in the Cultural of Education*, 25(2), 211 - 230.

Elektroniske kilder

Dommerud, T., & Bugge, M. (2014). Helsedirektoratets nye råd: tren dere svette! Retrieved 08.04.2014, from <http://www.aftenposten.no/helse/Helsedirektoratets-nye-rad-Tren-dere-svette-7491360.html> - .U0Qjlv06FyQ

Flåm, K. (2014). Forskere: vi bør spise syv om dagen. Retrieved 08.04.2014, from <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/forskere-vi-boer-spise-syv-om-dagen/a/10146843/>

Helse-og-omsorgsdepartementet. (2012a). Verdens helseorganisasjon, WHO. Retrieved 16.08.2013, from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

Skaret, P. S. (2013). Her er Lene Alexandras råd for en sunn og stram kropp. Retrieved 08.04.2014, from http://www.dagbladet.no/2013/08/03/tema/pluss/lene_alexandra_oien/trening/trening_og_kosthold/28508301/

Sundbye, B. (2014). Middagen som kan forebygge overvekt. Retrieved 08.04.2014, from <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/mat/middagen-som-kan-forebygge-overvekt/a/10138069/>

Utdanningsdirektoratet. (2006). Læreplanen i mat og helse. In Kunnskapsdepartementet (Ed.). <http://www.udir.no/kl06/MHE1-01/>: Utdanningsdirektoratet.

Forkortelser

GMR	«Generelle motstandsressurser» - et svensk uttrykk fra Hälsans mysterium fra Antonovskys salutogenetiske helsemodell. GMR er en oversettelse av GRR – «general resistance resources» fra Antonovskys salutogene helsemodell
KASAM	«Känsla av sammenheng» – svensk uttrykk fra boken Hälsans mysterium. På norsk har jeg oversatt dette til ”følelse av sammenheng”. KASAM må ses i sammenheng med GMR. KASAM er en oversettelse av SOC – «Sense of Coherence» fra Antonovskys salutogene helsemodell
NIH	Norges idrettshøgskole
NSD	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
WHO	Verdens helseorganisasjon. WHO er FNs særorganisasjon for helse og ble grunnlagt 7 april 1948. 193 land er medlemmer og 34 land er representert i WHO's styre.

Vedlegg

Intervjuguide

Første fase: Oppstarten i intervjuet

Først vil jeg starte med en løs uformell prat hvor jeg blant annet presenterer meg selv.

Tema for min masteroppgave er helseforståelse. Jeg er opptatt av hva dine tanker om helse er, dine erfaringer og det du har å fortelle. Jeg er interessert i å høre dine forståelser, synspunkter eller meninger på de spørsmålene jeg stiller. Jeg har lagt opp intervjuet slik at vi kan prate så løst og ledig som mulig om dine tanker og erfaringer. Informanten har på forhånd blitt informert om anonymitet og min taushetsplikt gjennom et informasjonsskriv. Informasjon om at jeg vil ta i bruk lydbånd i intervjusituasjonen har informanten også sagt seg enig i på forhånd. Dette forsikrer jeg meg om at er i orden før jeg starter selve opptaket i intervjusituasjonen.

Andre fase: Om personen

- Hvilken utdanning har du?
- Hvor mange timer per uke underviser du i kroppsøving?
 - o Har du noe ekstra ansvar innenfor kroppsøving?
 - o Underviser du i andre fag ved skolen?
- Er dere mange som underviser i kroppsøving på din skole?
- Har du undervisning alene eller sammen med andre i kroppsøving?
- Utformer dere lokale læreplaner i kroppsøving på denne skolen? Hvem tar del i en slik planlegging?
- Diskuterer du eller planlegger undervisningen sammen med kollegaer?
 - o Hva er det som blir diskutert?
 - Innhold, læreplan, vurdering, elever etc
- Fortell hvordan det er å jobbe som kroppsøvingslærer?
 - o Trives du/mistrives du?
- Hvordan blir faget prioritert på din skole?
 - o Er det noen annen misnøye rundt hvordan kroppsøvingsressurser brukes her på skolen?
 - Tid, arena, utstyr?

Tredje fase/helseforståelse: Fokusering av intervjuet

- Vil du si at dere er opptatt av læringsmål i kroppsøving her på skolen? For eksempel læringsmål til hver undervisningstime eller for perioder av undervisningen.
 - o Har du noen eksempler på læringsmål?
- Hva mener tenker du at elevene skal lære i kroppsøving?
- Hva tenker du om viktigheten av å ha kroppsøvingsfaget i skolen?
 - o Hvorfor?

Videre når jeg føler det passer seg vil jeg komme inn på helse og deres helseforståelse.

- ”Jeg legger merke til at du nevner/ ikke nevner helse – hva tenker du om helse i kroppsøving?”
- Hvis jeg sier ordet helse, hva tenker du da?
 - o Hva innebærer ”god helse” for deg? Og hvorfor?
 - o Og motsatt – er det noe du forbinder med ”dårlig helse” og hvorfor?
- Jobber du for å formidle helse til elevene?
 - o Hvorfor?
 - o Hvordan?
- Er du enig i at det er helse i alt som har med fysisk aktivitet å gjøre?
- Hva tenker du at kroppsøving kan bidra med når det gjelder helse?
 - o I befolkningen
 - o Hos eleven selv?

I formålet med kroppsøving står det blant annet at: ”I faget skal elevene tilegne seg kunnskap om trening, livsstil og *helse* og bli motivert til aktivitet og trening”

- Hva mener du at kunnskap om helse består av?
 - o Hvorfor mener du det?

Ett av kompetansemålene i læreplanen sier at ”mål for opplæringen er at elevene skal kunne bruke lek og treningsformer for å utvikle egen kropp og *helse*”.

- Hvordan opplever du dette kompetansemålet?
- Har du noen tanker om hva det vil si å utvikle egen kropp?

Videre sier et annet kompetansemål at eleven skal kunne forklare hvordan ulike kroppsideal og ulik bevegelseskultur påvirker trening, ernæring, livsstil og *helse*.

- Hva tenker du om dette kompetansemålet?
- Har du noen eksempel på kroppsideal?
- Opplever du at elevene er opptatt av slike idealer?
- Hva tenker du at kroppsideal har med ordet helse å gjøre?
 - o Hvorfor tror du det?
- Mener du at kroppsøving er et fag som skal trene elevene?

- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Noen mener at helse kan måles. Har du hørt om det? Hva tenker du om det?
- Noen mener at helse først og fremst har med opplevelser å gjøre – hva tenker du om det?
- Noen hevder at helse er 'ingenting'. Det er sykdom som er vesentlig – hva tenker du om det?
 - For eksempel så viser jo ikke helse seg på kroppen vår slik som sykdom gjør i form av symptomer
- Noen hevder at en må 'jobbe' med sin helse – gir det mening for deg, i så fall hvordan?
 - Tenker du at ansvaret ligger hos den enkelte?
 - Hvorfor i samfunnet/Hvorfor ikke i samfunnet?

Avslutningsfase:

- Hva har formet din forståelse av helse?
 - Er det noe du har erfart selv, lært, lest, diskutert med andre?
 - Utdanningen, media, magasiner, bøker – egeninteresse etc.
- Leser du helsestoff?
 - Hva får du ut av det?
 - Hva synes du om *helsestoffet* som presenteres i media?
 - Hva liker du/ liker du ikke av medias råd om helse?
 - Hvorfor?
- Oppfatter du i kroppsøving at elevene er opptatt av kroppen sin?
 - På hvilken måte er de opptatt av den (Utseende? Form/erfaring/følelse)
 - Snakker du noe med elevene om de tematikkene du lister over?
- Opplever du at elevene er opptatt av helse?
 - Hvordan?
 - Gir det deg noen utfordringer i undervisningen?

Tilslutt vil jeg prøve å oppsummere noe av informasjonen informanten har gitt meg underveis i intervjuet. Har intervjuet åpnet opp for noen refleksjoner om temaet. Intervjuet vil bli avrundet med løs og uformell prat hvor jeg blant annet takker for tiden og svarene

Informasjonsskriv

Forespørsel om å delta i datainnsamling til masteroppgave.

Hei. Mitt navn er Cathrine Løvli. Jeg er masterstudent på seksjon for Kroppsøving og pedagogikk ved Norges Idrettshøgskole.

I løpet av studieåret 2013/2014 skal jeg skrive masteroppgave med tema fra kroppsøvingsfaget. Jeg kontakter deg fordi jeg ønsker å intervju lærere om deres forståelser av kroppsøvingsfaget og dets innhold. Jeg ønsker derfor informanter som kan delta i et intervju. Du bør undervise i eller ha utdanning innenfor kroppsøving. Spørsmålene vil dreie seg om kroppsøvingsfaget, lærerrollen, helse med mer. I intervjuene vil jeg bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil være på maksimalt 60 minutter. I hovedsak ønsker jeg å gjøre intervju i oktober 2013, men tid og sted kan vi bli enige om sammen.

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg underveis eller etter intervjuet er gjort vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert og slettet. Opplysningene vil under hele masterprosjektet bli behandlet konfidensielt, og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er bare meg selv og min veileder som har tilgang til datamaterialet. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014.

Dersom du har lyst å være deltager i mitt masterprosjekt er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer/sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan jeg kontaktes på telefon 47643717, eller e-post cathrinel@student.nih.no. Du kan også kontakte min veileder Gunn Engelsrud ved seksjon for kroppsøving og pedagogikk på telefon 40875564, eller epost gunn.engelsrud@nih.no

Studien er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Cathrine Løvli

Olav M. Troviksvei 4, H210

0864 Oslo

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Telefonnummer:

Signatur:

Svar NSD-søknad

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 1
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Gunn Engelsrud
Seksjon for kroppsøving og pedagogikk
Norges idrettshøgskole
Postboks 4042, Ullevål stadion
0806 OSLO

Vår dato: 30.08.2013

Vår ref: 35205 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet

35205	<i>Kroppsøvingslæreres helseforståelser</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gunn Engelsrud</i>
<i>Student</i>	<i>Cathrine Løvli</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cathrine Løvli, Olav M. Troviksvei 4, H210, 0864 OSLO

Afdelingskontorene / Contact Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uo.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7431 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. lgire.wano@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@uvt.no

Svar NSD-søknad

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35205

Personvernombudet kan ikke se at det innhentes verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger i prosjektet. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at datamaterialet anonymiseres ved transkribering

Forventet prosjektslutt er 30.05.2014. Lydopptak og samtykkeerklæringer slettes ved prosjektslutt.

