

Pia Jeanette Løvstad

---

## Ungdommers forståelser av helse

---

Masteroppgave i idrettsvitenskap  
Seksjon for kroppsøving og pedagogikk  
Norges idrettshøgskole, 2016



## Sammendrag

Målet med denne studien er å belyse et utvalg ungdommers forståelse av helse generelt, opphavet til deres forståelser, og deres erfaringer og forståelser av helse i skolens kroppsøvfingsfag.

Bakgrunnen for valg av tema er det stadig økende fokuset på helse i samfunnet generelt og helse sin plass, og betydning i kroppsøvfingsfaget. Helse er et begrep og fenomen som alle mennesker forholder seg til på en eller annen måte. Ungdom og helse er også et sentralt tema, da det både i media, politikken og i allmenheten rettes ulike helsebudskap mot ungdom som spesifikk gruppe.

Oppgaven baserer seg på et sosialkonstruktivistisk perspektiv, og datamaterialet er analysert gjennom en diskursinspirert temasentrert analyse. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju med ti ungdommer i alderen 15-16 år, som var elever ved tre ulike ungdomsskoler i Oslo.

Ungdommenes intuitive forståelser av helse kan i hovedsak plasseres innenfor et patogent perspektiv. De unge uttrykte først og fremst helse som kroppens fysiske «stand». Kroppens stand ble videre uttrykt som observerbar og representerte et resultat av kosthold og trening. Da ungdommene ble oppfordret til å reflektere mer over sin egen umiddelbare og intuitive forståelse uttrykte de imidlertid også i større grad mer holistiske helseforståelser.

De unge forstod helse som noe mennesket automatisk lærer. Helse ble betegnet som «overalt», og kildene for deres forståelse var mange. Media, venner, familie og deretter skole ble uttrykt som mest sentrale kilder. Flere trakk også frem kroppsøvfingsfaget, men kroppsøvfingsfaget ble uttrykt som lite betydningsfullt i forhold til andre kontekster. Resultatene indikerer at helse som tematikk i kroppsøvfingsfaget sjeldent reflekteres rundt. I følge ungdommene formidler kroppsøvfingsfaget helse som noe objektivt og noe som alle automatisk oppnår gjennom en sunn livsstil.

Nøkkelord: Helse, kroppsøving, ungdom, Gadamer, Antonovsky.

# Innhold

<b>Sammendrag.....</b>	<b>3</b>
<b>Innhold .....</b>	<b>4</b>
<b>Forord.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Bakgrunn og formål.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Kontekst.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Helse og ungdom .....	8
1.2.2 Helse og kroppsøvingsfaget.....	9
<b>1.3 Min forforståelse .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Oppgavens problemstillinger .....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Oppgavens struktur og oppbygging .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Kunnskapsstatus på feltet.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Teori .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Sosialkonstruktivisme.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Diskursteori og diskursanalyse.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3 Helse.....</b>	<b>26</b>
3.3.1 Et medisinsk helseperspektiv .....	27
3.3.2 Et holistisk helseperspektiv .....	28
3.3.3 Hans – Georg Gadamer .....	29
3.3.4 Aaron Antonovsky’s helseperspektiv .....	32
3.3.5 Salutogene og patogene perspektiv på helse.....	33
<b>4. Metode.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Kvalitativ forskning.....</b>	<b>35</b>
4.1.1 Utvalg .....	36
<b>4.2 Det kvalitative forskningsintervju.....</b>	<b>38</b>
4.2.1 Prøveintervjuer .....	40
4.2.2 Gjennomføringen av intervjuene .....	41
4.2.3 Forskerrollen i kvalitative intervju .....	43
<b>4.3 Behandling av data .....</b>	<b>45</b>
4.3.1 Transkribering – prosessen om å skrive ut intervjuet .....	45
4.3.2 Validitet, reliabilitet og overførbarhet .....	47
<b>4.4 Etske refleksjoner .....</b>	<b>50</b>

4.4.1	Informert samtykke.....	51
4.4.2	Konfidensialitet, eventuelle konsekvenser og formell godkjenning.....	52
<b>4.5</b>	<b>Analyse.....</b>	<b>53</b>
4.5.1	Forskerrollen i analysen.....	53
4.5.2	Oppgavens analysestrategi.....	54
<b>5.</b>	<b>Resultater og analyse .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1</b>	<b>Ungdommenes forståelser av helse.....</b>	<b>57</b>
5.1.1	Helse som kroppens «stand» .....	57
5.1.2	Trening + kosthold = helse .....	59
5.1.3	Dualistiske forståelser.....	60
5.1.4	Holistiske forståelser .....	62
5.1.5	Helsepress og måtehold .....	64
<b>5.2</b>	<b>Opphavet til deres forståelser .....</b>	<b>68</b>
5.2.1	Helse – noe man automatisk lærer.....	68
<b>5.3</b>	<b>Ungdommenes forståelser av helse i kroppsøvfingsfaget .....</b>	<b>70</b>
5.3.1	Helse er essensen i gym.....	70
5.3.2	Helse, et resultat av trening og kosthold.....	71
5.3.3	Kroppsøvfingsfaget som helseforebyggende .....	73
5.3.4	Helse, noe man skal gjøre og lære .....	75
5.3.5	Helse som noe mer enn fysisk aktivitet og kosthold .....	76
<b>6.</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>79</b>
<b>6.1</b>	<b>Hvordan forstår ungdommer helse? .....</b>	<b>79</b>
<b>6.2</b>	<b>Hvilke kilder/opphav kan deres forståelser relateres til? .....</b>	<b>86</b>
<b>6.3</b>	<b>Hvordan erfarer og forstår ungdommer helse i kroppsøvfingsfaget?.....</b>	<b>87</b>
<b>7.</b>	<b>Avsluttende kommentar.....</b>	<b>95</b>
7.1	Refleksjon rundt forskningsprosess og tanker om videre forskning.....	96
	<b>Referanser.....</b>	<b>98</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>107</b>

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og innholdsrik prosess hvor jeg har gjort meg utallige mange lærerike erfaringer. Det har vært svært utfordrende og skremmende, men samtidig givende.

Jeg vil først og fremst benytte dette forordet til å takke de ti ungdommene som sa seg villig til å delta i min studie. Ungdommene var engasjerte og åpne, dette gjorde samtalene med dem svært læringsrike.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Reidar Säfvenbom, som med sin faglige dyktighet, og sine konstruktive tilbakemeldinger har hjulpet meg gjennom hele prosessen.

Og ikke minst vil jeg også benytte anledningen til å takke familie og venner for deres støtte, tid og oppmuntrende tilbakemeldinger. Karoline du har, som alltid, vært en bestevenn av høy kvalitet. Jeg vil også takke mine medstudenter som alle har bidratt til å gjøre prosessen langt over middels interessant både faglig og ikke minst sosialt! En ekstra stor takk rettes til Mathias som gjennom to år har bidratt med en enorm støtte, og mye glede.

Takk!

Oslo, 31. Oktober 2016

Pia Jeanette Løvstad

# 1. Innledning

## 1.1 *Bakgrunn og formål*

Samfunnet bruker store ressurser på befolkningens helse, og ‘helse’ er et ord og et fenomen som er rundt oss overalt i dagliglivet (Mæland, 2009). Alle mennesker forholder seg til helse på en eller annen måte. Begrepet og fenomenet helse tar plass i ulike kontekster i menneskers hverdag og enten det er ønskelig eller ikke omgis vi av ulike helsediskurser gjennom utdanning, arbeid og gjennom media. Informasjon om helse utgjør et stadig økende fokus i nyhetsbildet, og mennesker selv uttrykker helse som svært viktig for å oppnå lykke (Mæland, 2009). «Til tross for at folkehelsen objektivt sett aldri har vært bedre, er stadig flere opptatt av hvordan helsen kan styrkes og perfektioneres, både gjennom egen livsstil, men også gjennom alskens helsetilbud» (Mæland, 2009, s. 17). «God helse» viser seg som sentralt i menneskers «livsprosjekt», og det florerer ulike helsebudskap eller helsediskurser i det moderne samfunn (Mæland, 2009). Disse generer helseforståelser hos det enkelte mennesket som i seg selv kan bli avgjørende for det enkelte menneskets helsetilstand.

Fugelli & Ingstad (2014) hevder at mennesker ikke fødes med en helseforståelse, men at deres forståelser av helse skapes gjennom den tid og kultur de lever i. «Helse er en kulturell kategori. Begrepet innhold og oppfatninger om hva som tjener helsen kan variere mellom ulike befolkningsgrupper, kulturer og med historien» (Gjernes, 2004, s.145). Ungdomstiden er sentral innen de fleste helsediskurser og ungdom er en målgruppe i folkehelsearbeidet. Helse angår ungdom, ungdom snakker om helse og ungdom blir frivillig og ufrivillig deltakere i utviklingen av nye helseforståelser.

Denne masteroppgaven har et sosialkonstruktivistisk perspektiv på helse og helseforståelser. Med det menes det at menneskers helseforståelser betraktes som sosialt konstruerte gjennom de ulike sosiale prosesser og kontekster det enkelte menneske tar del i (Thagaard, 2013). Menneskers forståelser er kontekstuelle og må ses i sammenheng med det samfunnet de er skapt innenfor (Aadland, 2011; Burr, 1995; Thagaard, 2013). Meningsinnholdet mennesker legger i helse som fenomen og begrep vil skapes utfra det samfunnet mennesket tar del i og egen kreativitet (Fugelli & Ingstad, 2014). Ungdommers forståelser av helse vil derfor ha utspring i, og være påvirket fra mange ulike kontekster, samt variere fra individ til individ.

I skolen generelt og i kroppsøvningsfaget spesielt er helse et aktuelt tema. Både i kroppsøvningsfagets læreplan og i selve legitimeringen av faget står helse sentralt (Ommundsen, 2013).

Ahlberg (2016) hevder at dersom læreres forståelser av hvordan unge forstår helse øker, så er det mer sannsynlig at kroppsøvningsfaget kan gi en undervisning om helse som erfares som betydningsfull og meningsfull for de unge.

For å få innsikt i kroppsøvningsfagets betydning i konstruksjonen av ungdommenes helseforståelser valgte jeg å se på ungdommenes forståelse av helse generelt, og hvilke kilder/opphav deres forståelser kan knyttes til.

## **1.2 Kontekst**

### **1.2.1 Helse og ungdom**

Gjernes (2004) hevder at både menneskers forståelse av helse, og opplevelse av helse varierer i løpet av livsløpet. Våre forståelser av helse blir kontinuerlig preget av informasjon og meningsdannelser vi møter i ulike kontekster (Hannerz, 1992. I: Gjernes, 2004). Mennesker møter i sin hverdag en rekke aktører som lever av helse og våre forståelser av helse og helsefremming (Gjernes, 2004). Mange av disse aktørene retter seg også spesifikt mot ungdom. I NOVA (2015) hevdes det at det generelt er større fokus på helse i dagens samfunn enn det har vært tidligere, og at det i ulike ungdomsmiljøer har blitt «in» å være sunn. Økt kunnskap om risikofaktorer har ført til at mennesker er mer opptatt av å forebygge dårlig helse enn tidligere (NOVA, 2015).

Ungdomstiden er en egen epoke i menneskers liv hvor en stilles ovenfor mange forandringer, utfordringer og valg. Ungdomstiden er preget av store kroppslige endringer (Aagre, 2014), både fysiologisk, psykologisk og sosialt. De er i ferd med å bli «voksne» og må over kort tid bli mer selvstendige, utvikle egne meninger og holdninger. Helt fra vi mennesker er barn utvikler vi en forståelse av helse gjennom de kulturene og sosiale kontekstene vi tar del i, men det er kanskje først i ungdomstiden vi blir nødt til å «handle» og ta valg ut fra egne forståelser av, og holdninger til helse. For eksempel starter vi kanskje i ungdomstiden å lage vår egen mat, kanskje vi merker et økt fokus på kropp og selvbilde, kanskje vi får vår første jobb eller ønsker å melde oss seg inn i helsestudio eller på andre aktiviteter. Livsstilsvaner etableres ofte i



ungdomsårene (Nova, 2015). Ungdomstiden er en periode hvor en blir stilt ovenfor utallige mange inntrykk og buskap, og helse står her sentralt.

Fra ulike kontekster rettes det ofte et bekymringsblikk mot ungdommers helse. Det rettes og en bekymring mot at ungdommer kanskje har urealistiske høye forventinger til seg selv. Forskning (Ahlberg, 2016; Andersen, 2016; Aspen, 2008; Burrows, 2008) og andre aktører, eksempel media, har problematisert at ungdom kanskje har en for enkel konseptualisering av hva helse er, og hvilke konsekvenser dette kan få.

Spiseforstyrrelser, overtrening, usunne og urealistiske idealer, prestasjonsangst, og stress er teamtikker som i denne sammenheng blir tatt opp. Ungdom blir eksponert for mediens og andre aktørers fremstillinger av helse, men som Aagre (2014) hevder, uten at de nødvendigvis har kunnskap nok til å kunne være kritiske mottakere.

Ungdommers forståelser av helse preger de valg de gjør angående helse (Mæland, 2009). Det å arbeide mot en større klarhet om hvordan ungdom forstår helse kan gi utgangspunkt for en økt forståelse av ungdommers livsverden. Slike forståelser kan brukes i for eksempel utviklingen av kroppsøvningsfaget, slik at det kan skapes en undervisningspraksis om helse som de unge kan erfare som meningsfull.

### **1.2.2 Helse og kroppsøvningsfaget**

Kroppsøvningsfagets forhold til folkehelse har en lang historie. Gjennom flere tidsperioder har helsebegrepet stått svært sentralt i selve faget og i legitimeringen av det, og vi finner enda helseargumentet som begrunnelse for kroppsøvningsfaget (Augestad, 2003; Lyngstad, 2003). Som flere (Lyngstad, 2003; Ommundsen, 2008b) hevder så blir kroppsøvningsfaget av mange først og fremst oppfattet som et nyttig tiltak for å fremme folkehelsen. Faget blir, og er ilagt ansvar for å lære elevene om helse og hvordan en opprettholder helse.

Hvilke forståelser av helse som skal ligge til grunn for, og fremmes i kroppsøvningsfaget er mye debattert. Forskning viser at det både er uenigheter og uklarhet omkring helsens plass og meningsinnhold i faget. Det legges av mange (Aspen, 2008; Aspen & Dowling, 2009; Gard & Wright, 2001; Green, 2010; Ommundsen, 2008a) frem bekymringer om at kroppsøvningsfaget i dag baseres på, og fremmer for snevre syn på helse. Flere (Kirk, 2006; Lyngstad, 2003; Ommundsen, 2008a, 2013) hevder at faget ofte legitimeres ut fra

en snever helsediskurs hvor fokuset rettes mot trening og forebygging av overvekt og sykdommer. Dette for å gi faget økt status og legitimering i skolen og samfunnet generelt (Ommundsen, 2008a).

Gjennom språk og praksis skapes meningsinnholdet i helse som fenomen. Diskurser om helse formes gjennom konkurrerende kunnskap innenfor ulike kontekster. Eksempel på dette er ernæring, medisin, psykologi og treningslære (Dowling, 2010). Dowling (2010) hevder at det i populærkulturen fremmes en ideologi hvor regelmessig trening+ riktig mat+ tynn/veltrent= god helse (s. 206). «Regelmessig trening, riktig kosthold, en tynn kropp og helse fremstilles med andre ord som betinget av hverandre, og kompleksiteten og de utallige forbeholdene i forhold til når, for hvem, hvordan og under hvilke omstendigheter en slik påstand kan opprettholdes, blir visket bort» (Dowling, 2010, s. 206). Med utgangspunkt i at det eksisterer slike diskurser og ideologier legger Dowling (2010) frem at det kan være hensiktsmessig å undersøke hvordan dette virker inn på vår forståelse av helse i kroppsøvingsfaget.

## Læreplanen

Dagens læreplan i kroppsøving ble revidert i 2015 og var gyldig fra 01.08.2015 (Utdanningsdirektoratet, 2015). Helsebegrepet står sentralt i læreplanen og uttrykkes eksplisitt i både fagets formål, hovedområder og kompetansemål.

I formålet til kroppsøvingsfaget uttrykkes helse som et formål:

*«Rørsle er grunnleggjande hos mennesket og fysisk aktivitet er viktig for å fremje god helse».*  
*«Faget skal bidra til at barn og unge utviklar sjølvkjensle, positiv oppfatning av kroppen, sjølvforståing og identitetskjensle. Det skal ruste elevane til vurdering av kroppsideal og rørslekulturar som kan påverke sjølvkjensla, helse, ernæring, trening og livsstil», og «I faget skal elevane tileigne seg kunnskap om trening, livsstil og helse og bli motivert til aktivitet og trening»* (Utdanningsdirektoratet, 2015).

I hovedområdet trening og livsstil (8-10.trinn) skal helse reflekteres over:

*Hovudområdet trening og livsstil omfattar korleis ulike aktivitetar kan påverke helsa hos den enkelte. Samanhengar mellom aktivitet og livsstil, baserte på interesser og meistring hos den einkilde, er sentrale emne på dette området. Det skal òg leggjast vekt på kunnskap, erfaring og refleksjon for å gjennomføre ulike aktivitetsformer og eigentrening som grunnlag for ein aktiv*

*livsstil, og ta omsyn til egne og andre sine føresetnader. Korleis ein kan drive helsefremjande aktivitet og arbeide ergonomisk rett, er òg viktige emne» (Utdanningsdirektoratet, 2015).*

I kompetansemålene for 8-10.trinn uttrykkes det at elevene skal kunne anvende bevegelse for å utvikle helse:

*«bruke lek og ulike treningsformer for å utvikle eigen kropp og helse», «forklare samanhengen mellom fysisk aktivitet, livsstil og helse», «forklare korleis ulike kroppsideal og ulik rørslekultur påverkar trening, ernæring, livsstil og helse» (Utdanningsdirektoratet, 2015).*

### **1.3 Min forforståelse**

«Vi har alltid våre fordommer eller vår forforståelse med oss inn i en undersøkelse» (Dalland, 2012, s 117).

Enhver forsker vil allerede ha en mening om fenomenet han eller hun skal studere. Forskerens forhistorie, kunnskaper og holdninger vil virke inn på hvordan dataene tolkes og bearbeides (Dalland, 2012). Det er derfor, som Dalland (2012) hevder, sentralt at forskeren er egen forforståelse bevisst slik at det vil være mulig å skille denne fra nye forståelser som viser seg etter hvert.

Forskerens posisjon og ståsted innenfor det miljøet som studeres vil ha betydning både for relasjonen til deltakerne i felten og tolkningsgrunnlaget (Thagaard, 2013). En forsker som allerede er innenfor miljøet kan med sin bakgrunnskunnskap og innsikt ha et godt utgangspunkt for forståelse av de fenomenene som studeres (Hitching, Nilsen & Veum, 2011; Thagaard, 2013). Den erfaringen forskeren har i miljøet blir et utgangspunkt for forståelsen forskningen kommer frem til. «Tolkningen utvikles i relasjon til egne erfaringer» (Thagaard, 2013, s. 206). Imidlertid påpeker Thagaard (2013) at en tilknytning til miljøet også kan ses som en begrensning da forskeren kan komme til å overse nyanser som ikke samstemmer med egne erfaringer. En posisjon i miljøet som studeres gir derfor ikke automatisk et bedre grunnlag for at tolkningene er gyldige. Gyldigheten må heller knyttes til mulighetene leseren av forskningen blir gitt for å vurdere hvordan forskerens ståsted kan ha påvirket tolkningene av resultatet (Thagaard, 2013). Disse mulighetene innebærer at forskeren gjennomgående i

forskningsprosessen reflekterer over, og er bevisst egen rolle og betydning (Hitching, et.al 2011).

Før jeg startet med oppgaven så jeg på helse som et komplekst begrep som jeg selv strevde med å både definere og ilegge en fast mening. Jeg strevde også med å ha de holdningene til begrepet og fenomenet som jeg egentlig ville ha. Jeg hadde en forståelse av helse som noe mangfoldig som omhandlet hele mennesket, men jeg merket at jeg i hverdagen kunne redusere denne forståelsen. Spørsmålet om helse blir ofte ble redusert til et spørsmål om kroppens fysisk anliggende. Jeg erfarte at god helse stadig ble ilagt en idealtilstand, hvor en «sunn» livsstil blir sett som fasiten på det å oppleve god helse, uten at det reflekteres rundt hva en «sunn» livstil egentlig vil være for forskjellige mennesker. Jeg betraktet god helse, og betrakter fortsatt god helse som det å ha det godt med seg selv og gjøre det man selv ønsker. Problemet er at det å føle seg bra kan være vanskelig om man ikke føler man er «slik man burde være», eller gjør «slik man burde gjøre». Det å forholde seg til helse som fenomen annerledes enn «alle andre», og annerledes enn hva eksempel media legger frem som helse kan derfor være utfordrende.

Jeg er utdannet faglærer i kroppsøving og idrettsfag, og dette gir meg en tilknytning til fagfeltet som studeres. Når det gjelder helse i kroppsøvingfaget var min erfaringsbaserte og kunnskapsbaserte forforståelse at helse som begrep i kroppsøvingfaget ofte kan være bygget på «tatt-for-gitt-heter», og at det i for liten grad reflekteres rundt begrepet og fenomenet. Jeg hadde en antakelse om at kroppsøvingfaget verken «møter» eller utfordrer ungdommers forståelser av helse. Jeg var bekymret for at kroppsøvingfaget til tider kunne fremstå som en kontekst som i stor grad kun bekreftet eksisterende helseforståelser hos elevene konstruert gjennom sosiale medier og ukritiske samtaler elevene imellom. Jeg ser på kroppsøvingfaget som et helsefremmende fag og mener kroppsøvingfaget bør kunne kalles og forventes å være helsefremmende på grunn av flere faktorer. Den enkleste å trekke frem, er at bevegelse er vesentlig for menneskers helse. Andre like vesentlige faktorer bør være sosiale faktorer som samarbeid, livsglede og mestring, og ikke minst refleksjon. Jeg betrakter faget som en kontekst som kan gi ungdommer mulighet til å vurdere, og lære å forstå ulike helsebudskap. Først da kan kroppsøvingfaget betraktes som et allmenndannende fag.

Dalland (2012) hevder med utgangspunkt i Tranøy (1986) at vi som forskere skal etterstrebe å møte fenomener så forutsetningsløst som mulig, men at det imidlertid ikke vil være mulig å unngå å ha en egen forforståelse (s. 117). Jeg har gjennom mitt arbeid fokusert på å være egen forforståelse bevisst i de valg og tolkninger jeg har gjort. Jeg har forsøkt å møte ungdommenes helseforståelser så fordomsfritt som mulig. Jeg har prøvd å se på oppgavens data fra ulike ståsted og stilt meg kritisk til egne tolkninger (Hitching, et.al, 2011).

#### **1.4 Oppgavens problemstillinger**

Gjennom en sosialkonstruktivistisk og diskursinspirert tilnærming ønsker jeg å utforske ungdommers forståelser av helse. Det betyr at ungdommens forståelser vil bli betraktet som konstruert gjennom de sosiale kontekster de tar del i. Oppgaven baseres på følgende problemstillinger:

- Hvordan forstår et utvalg ungdommer helse?
- Hvilke kilder/opphav kan deres forståelse relateres til?
- Hvordan erfarer og forstår et utvalg ungdommer helse som begrep og fenomen i kroppsøvfaget?

#### **1.5 Oppgavens struktur og oppbygging**

Oppgaven er bygd opp av 7 kapitler. Kapittel 2 redegjør for eksisterende kunnskapsstatus på feltet før kapittel 3 fremstiller oppgavens teoretiske utgangspunkt med en redegjørelse av sosialkonstruktivisme, diskursteori og diskursanalyse, og helse. Kapittel 4 er oppgavens metode kapittel hvor oppgavens metodiske valg blir presentert. I kapittel 5 presenteres oppgavens resultater og analyser, før jeg videre i kapittel 6 diskuterer oppgavens resultater og analyser opp mot oppgavens problemstillinger. Kapittel 7 består av en oppsummering av oppgavens resultater, en avsluttende kommentar og en refleksjon rundt egen forskningsprosess og videre forskning.



## 2. Kunnskapsstatus på feltet

Jeg ønsker i det kommende å plassere oppgaven, og dens problemstillinger i en større kontekst med å presentere eksisterende kunnskap på feltet. Aspektene helse, kroppsøving og ungdommers forståelse av helse står sentralt.

Det er flere som har gjort forskning på nordmenns forståelser av helse. Blant annet Fugelli & Ingstad som i perioden 1997-2000 gjennomførte en studie av nordmenns helsebegrep. De intervjuet 80 mennesker (16-93 år) om hva god helse var for dem. Deltakerne i studien hadde ulik sosial bakgrunn og kom fra ulike steder i Norge. Deres resultater visste at det folkelige perspektiv på helse hadde tre kjennetegn: 1) Helse omhandler alle sider ved menneskers liv, det handler om helhet. 2) Helse er et relativt og pragmatisk fenomen. Det erfarer og vurderes utfra menneskers forventninger til egne forutsetninger. 3) Helse er personlig og individuelt fenomen som ikke kan generaliseres. Hvert menneske er unikt og våre veier til, og opplevelser av helse vil derfor også være forskjellige (Fugelli & Ingstad, 2001, 2014).

Når det gjelder kroppsøvingfaget så utarbeidet Klaudia Jonskås i 2010 en kunnskapsoversikt hvor hun inkluderte rapporter, masteroppgaver/hovedfagsoppgaver, doktoravhandlinger og artikler om kroppsøvingfaget, som var publisert av norske forfattere i tidsperioden januar 1978 til og med desember 2010. Kunnskapsoversikten visste at omfanget av forskning på høyere nivå enn master/hovedfagsoppgaver er lite. Det mest mangelfulle var «kunnskap om hva elever lærer og hvordan undervisningen foregår» (Jonskås, 2010, s. 7). Imidlertid fremhever Jonskås at det på tross av mangler på vitenskapelig kvalitetsforskning viste seg å være stor interesse for faget.

I likhet med kroppsøving generelt er emnet *helse og kroppsøving* også et område hvor det er gjennomført lite forskning på høyere nivå i norsk sammenheng. Emnet er likevel høyaktuelt og forholdet mellom kroppsøving og helse er en pågående diskusjon både i og utenfor fagmiljøet. Kroppsøvingfagets legitimitet har lenge vært knyttet til helse, og det potensielle bidraget faget har til å lære barn og unge om god helse (Aspen & Dowling, 2009; Green, 2010; Lyngstad, 2003; Ommundsen, 2008a; Svendby, 2013). Svendby (2013) hevder at hvis vi ser på kroppsøvingfagets historie og det store helsefokuset i samfunnet generelt ikke er overraskende at faget knyttes til helse.

Forskning (Gundersen, 2012; Svendby, 2013) har vist at både kroppsøvningsfagets legitimitet og oppfatninger om hva elevene skal lære i faget knyttets til kroppsøving som helsefag. Kompleksiteten i helsebegrepet, og hva det vil si å ha god helse har imidlertid vært lite i fokus. I de senere årene har forskning problematisert den antatte lite nyanserte og dominerende helsediskursen i kroppsøvningsfaget og samfunnet generelt, og det er satt et kritisk søkelys mot den direkte koblingen mellom fysisk aktivitet, kroppsøving og god helse (Aspen & Dowling, 2009; Dowling, 2010; Green, 2010; Svendby, 2013).

I norsk sammenheng er Yngvar Ommundsen en sentral bidragsyter innen området helse og kroppsøving. Ommundsen har publisert flere artikler hvor han tar opp ulike begrunnelser for kroppsøvningsfagets verdi, og eventuelle konsekvenser. Ommundsen (2005) hevder at kroppsøvningsfaget har fått ny respekt i samfunnet gjennom bekymringer for inaktivitet og overvekt. Dette har gitt faget økt legitimitet basert på helseargumenter. Ommundsen (2005, 2008b) tar for seg ulike perspektiver på legitimering av kroppsøvningsfaget, og tar opp spørsmål om kroppsøvningsfaget formål i lys av, aktivitet vs. læring og danning vs. helse. Spørsmålet er om kroppsøvningsfaget skal legitimeres gjennom fagets helsefremmende funksjon eller, som Ommundsen (2008b) argumenterer for, gjennom kroppslig bevegelseslæring i vid forstand.

De siste årene har det blitt utarbeidet ulike masteroppgaver innen feltet «Helse og kroppsøving» (Aspen, 2008; Løvli, 2014; Myhrer, 2014; Syvertsen, 2014). Med unntak av Aspen (2008), har masteroppgavene til felles at de ønsker å belyse læreres tanker om og forståelser av helse i sammenheng med kroppsøving. Kroppsøvningslæreres helseforståelser ses i lys av denne oppgavens sosialkonstruktivistiske tilnærming som relevante for ungdommers helseforståelser, da de forståelsene ungdommene har er preget av de kulturene og sosiale kontekstene de tar del i (Thagaard, 2013). Gjennom samtaler med andre, eksempel kroppsøvningslærere, utvikles deres forståelser av helse.

Løvli (2014) presenterer i sine resultater at kroppsøvningslærerens forståelser av helse først og fremst handlet om at mennesker må velge riktig kosthold og deltagelse i fysisk aktivitet. Helse blir også uttrykt noe mer holistisk, hvor både sosiale og psykiske dimensjoner ble nevnt, men dette viste seg ikke å være hovedfokuset (Løvli, 2014). Myhrer (2014, s. 74) sin studie omkring kroppsøvningslæreres tanker om helsere relatert



kroppsøving, viste at de intervjuede lærerne både i deres definisjoner av helse og i deres praktisering av kroppsøvingsfaget så på helse relatert kroppsøving som fysisk helse og fysisk aktivitet. Syvertsen (2014) hevder i sine resultater at lærerne han intervjuet hadde en patogen helseforståelse, hvor fokuset i undervisningen lå på å gjennomføre forebyggende og helsefremmende trening.

Aspen (2008) ville identifisere hvilke helsediskurser som konstrueres i dagens kroppsøvingsundervisning gjennom dybdeintervjuer med elever på videregående skole. Resultatene fra studien indikerte at elevene hadde et forenklet syn på helse, hvor trening = veltrent kropp = helse. Elevene definerte helse som en bra livsstil, og konstruerte gjennom sine forståelser kroppen som et objekt som måtte trenes opp. Resultatene viste at elevene så på helse som et individuelt ansvar, og at det var lite refleksjon rundt hvordan andre faktorer, for eksempel sosial bakgrunn, kjønn og økonomi, kan påvirke det enkelte menneskets helse (Aspen & Dowling, 2009).

Det er også gjennomført andre masteroppgaver som har gitt kunnskap innen områdene *helse og kroppsøving, og ungdommers helseforståelser*. Wiken (2011) undersøkte hva elevene selv oppfattet at de lærte i kroppsøvingsfaget og hvorvidt dette var i tråd med Kunnskapsløftet 2006. Resultatene indikerte et noe «ensidig fokus på helse som kunnskapsobjekt og formål med faget» (Wiken, 2011, s.73). Gundersen (2012) så på elevers sosiale læring i kroppsøvingsfaget fra et elevperspektiv. Studien tok utgangspunkt i et sosiokulturelt perspektiv på læring, og ønsket å belyse hvordan de intervjuede elevene erfarte og forstod kroppsøvingsfaget og innholdet i undervisningen. Resultatene viste at elevene forstod kroppsøvingsfaget som et helsefremmende fag, og at helseaspektet ved å være i bevegelse var sentralt i elevenes forståelser. Andresen (2016) analyserte ungdoms gutter sine forståelser av helsebegrepet og hvilke faktorer de mente påvirket helsen. Studiens resultater viste at informantene først og fremst forstod «helse som et objektivt, fysisk anliggende, hvor fysisk aktivitet og kosthold både er og skaper helse» (Andresen, 2016, s. II) Imidlertid, påpeker Andresen at når ungdommene reflekterte over helsebegrepet så viste det seg mer holistiske helseforståelser hvor subjektiv, personlig velvære ble fremstilt som viktig for helsen.

Annerstedt (2008) hevder at det eksiterer lite forskning om kroppsøving i norsk skole sammenlignet med andre land. Internasjonalt er det et større etablert forskningsfelt, med

flere vitenskapelige organisasjoner og fagtidsskrifter (Jonskås, 2010). Annerstedt (2008) utførte en komparativ analyse av kroppsøvingfaget i de skandinaviske landene Norge, Sverige, Finland og Danmark, og hans resultatene viste at det var mange likheter i kroppsøvingfaget mellom landene. Annerstedts (2008) forskning gir dermed grunn til å tro at mye av forskningen gjort innen kroppsøving i andre land også vil være gjeldende for det norske kroppsøvingfaget, til tross for at det eksisterer ulike læreplaner for faget.

Gjernes (2004) hevder at internasjonale studier har vist at mennesker først og fremst oppfatter helse som fravær av sykdom, men også som menneskers evne til å takle livshendelser som for eksempel sykdom, og til slutt som menneskers evne til å utfylle de sosiale rollene de ønsker å ha, eller blir tilholdt.

*Helse og kroppsøving* er et aktuelt forskningstema internasjonalt. Litteraturen viser at det er uenigheter og uklarhet gjeldene helsens plass i kroppsøvingfaget og hvilke forståelser av helse som skal ligge til grunn for faget. Trost (2006) påpeker at det ofte ses en link mellom fysisk aktivitet, kroppsøving i skolen og den generelle folkehelsen. Han hevder at kroppsøvingfaget (Physical Education) i skolen i mange tilfeller ikke er optimalt og ikke i samsvar med målet om å fremme livslang bevegelsesglede. Trost (2006) hevder at politikk og praksiser knyttet til skolens tilbud innen fysisk aktivitet og kroppsøving har behov for å bli nøye gransket og modifisert, slik at en større andel av elevene får oppleve et kvalitetstilbud.

Mikael Quennerstedt publiserte i 2006 doktoravhandlingen «Att lära sig hälsa». Målet med avhandlingen var å bidra til en forståelse av det faglige innholdet i Sveriges kroppsøvingfag ‘*Idrett och hälsa*’ hovedsakelig fra et helseperspektiv. Quennerstedts resultater viste at helse ble uttrykt som fysisk aktivitet, fitness trening og kunnskap om fysisk aktivitet. Kunnskapen om helse viste seg å være basert på vitenskapelige fakta fra fysiologi og anatomi, og helse i *Idrett och hälsa* ble i hovedsak uttrykt gjennom en patogen helsediskurs (Quennerstedt, 2006).

Ahlberg (2016) så på hva helse var og betydde for et utvalg (N 48) elever (14-15år) i ‘*Idrett och hälsa*’. Elevene i studien gav uttrykk for et komplekst helsebegrep. De hadde få problemer med å definere helse, men uttrykte at det kunne være vanskelig å leve opp til det de forstod som en helsegunstig livsstil. Noen av elevene presenterte en

følelse av stress i relasjon til helse, og erfarte et press på å måtte leve helsegunstig. Ahlberg (2016) påpeker at dette ikke gjaldt alle, og hevder at majoriteten av elevene hadde forståelse for ulike helseaspekter. Studien viste at elevene ønsket mer fokus på, og ønsket å lære mer om helse. Imidlertid hevder Ahlberg (2016) at det kan virke som et økt fokus på kunnskap om helse kan lede mot nye idealbilder og at elevene stiller høyere krav til seg selv, enn det leder elevene mot å finne balanse i sin livsverden.

I 2007 ble det i New Zealand gjennomført en studie (Burrows 2008) som hadde mål om å belyse elevens forståelser av helse og fysisk velvære. Det ble sett på hva de anså som viktige indikatorer på helse, og hvilken informasjon og resurser de refererte til for å komme til sine konklusjoner. Resultatene fra studien viste at elevene hovedsakelig relaterte helse til vekt, kroppsstørrelse og kroppsform, og at elevene så på riktig kosthold og fysisk aktivitet som en oppskrift på god helse (Burrows, 2008).

Harris & Cale (2000) påpeker at det de siste årene har vært stor utvikling innen emnet barn, trening og helse. De hevder at kroppsøvningsfaget har en sentral rolle i promoteringen av fysisk aktivitet og helse, men at faget ikke alltid når sitt fulle potensiale når det gjelder å fremme livslange helsevaner hos barn og unge. Harris & Cale (2000) påpeker at det uavhengig av hvilke metoder som brukes for å fremme og øke helse relatert fysisk aktivitet er viktig at fysisk aktivitet blir promotert på en positiv måte. Kortsiktige og langsiktige positive helseeffekter må settes i fokus framfor ‘‘ trusler’’ om risikoene ved inaktivitet. Harris & Cale (2000) hevder med utgangspunkt i Harris (1995) at helsekunnskapen i kroppsøvningsfaget i hovedsak er basert på fysiologisk kunnskap, med begrenset kunnskap om psykiske og sosiale dimensjoner knyttet til helse. Harris & Cale (2000) referer til Smith & Biddle (1995) og hevder at kroppsøving blir sett som et middel til å få unge til å være mer fysiske aktive uten at det i stor nok grad tar hensyn til sosiokulturelle faktorer.

Annerstedt (2008) legger frem helse som et sentralt begrep i kroppsøvningsfaget i de skandinaviske landene, men påpeker at hva helse betyr i praksis sjeldent blir diskutert, og at lærere har problemer med å definere begrepet. Slik det er visst over er helse i kroppsøvningsfaget et felt hvor det er utført relativt lite norsk forskning, og dermed et felt hvor det er mange muligheter for ny kunnskapsutvikling.



### 3. Teori

«En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver» (Malterud, 2013, s. 26).

Uttrykket teoretiske perspektiv representerer ifølge Dalland (2012) at det velges å se på forskningens problemstillinger i lys en bestemt forståelse. Det teoretiske perspektiv blir dermed avgjørende for hvordan forskeren tilnærmer meg empirien, og hvordan den senere blir belyst og tolket (Dalland, 2012).

Oppgavens utgangspunkt er ungdommers forståelser av helse og hvordan kroppsøvingfaget og andre kilder i de unges liv bidrar til denne forståelsen. Oppgaven baserer seg på et sosialkonstruktivistisk perspektiv, og datamaterialet er analysert gjennom en diskursinspirert temasentret analyse. Helse som begrep og erfart fenomen står sentralt i oppgaven. I dette kapittelet presenteres ulike teoretiske perspektiver på helse som vil brukes som et teoretisk rammeverk i oppgaven.

#### 3.1 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivisme<sup>1</sup> er en betegnelse på et perspektiv i samfunnsfagene hvor en betrakter virkeligheten som samfunnsskapt. Menneskers virkelighetsforståelse ses som kontinuerlig preget av de erfaringene og opplevelsene de har i ulike sosiale situasjoner, menneskers forståelser tar utgangspunkt i ulike sosiale faktorer (Troja, 2012, 2015). Sosialkonstruktivisme representerer en mye anvendt referanseramme innenfor samfunnsvitenskapen, og perspektivet dekker en stor variasjon av teorier (Aadland, 2011; Alvesson & Sköldberg, 2008).

Innenfor radikal sosialkonstruktivisme ses virkeligheten som skapt av mennesker gjennom språk. Det ses ingen virkelighet utenfor språket og det vil derfor aldri kunne etableres faste forståelser, for eksempel verdier om hva som er rett og galt (Aadland, 2011, 2014). En mer moderat versjon, som vil være utgangspunktet i denne oppgaven,

---

<sup>1</sup> Alvesson & Sköldberg (2008) hevder at det råder en viss språkforvirring rundt selve begrepet sosialkonstruktivisme. Noen ganger brukes, som det vil bli gjort her sosialkonstruktivisme andre ganger brukes sosialkonstruksjonisme. Madsbu (2004, s. 13) hevder at «for enkelte vitenskapsfilosofer synes det å være det samme hvilket av begrepene som benyttes (...) mens for andre er det et vesentlig skille mellom begrepene».

«aksepterer at virkeligheten finnes, men at den sosiale livsvirkeligheten der mennesker oppfatter og organiserer sine liv er utformet gjennom sosiale prosesser av tanke, tale og praksis» (Aadland, 2011, s. 265).

Thagaard (2013, s. 124) hevder at en sosialkonstruktivistisk tilnærming innebærer «at vi forstår omverden gjennom de kategorier vi gir uttrykk for». Forståelser og kunnskap oppfattes som konstruert gjennom sosial interaksjon. Ulike fenomener blir skapt gjennom menneskers ideer og idealer (Thagaard, 2013). Sosialkonstruktivisme forsøker å «avdekke hvordan mening oppstår, utvikler seg og etablerer seg i ulike tider og kulturer» (Aadland, 2011, s.265). Alvesson & Sköldberg (2008) legger frem at sosialkonstruktivistiske forskere, har som oppgave å undersøke hvordan sosiale konstruksjoner blir til. I et samfunn vil det alltid være etablerte verdier og forestillinger som vil påvirke menneskets oppfatning av virkeligheten. Våre forståelser blir skapt gjennom historisk utviklede diskurser, og er derfor relative. «Hverdagssannheter som vi tar for gitt (...) kunne like gjerne sett annerledes ut» (Aadland, 2011, s. 287).

Lock & Strong (2014) hevder at det er en rekke tanker og ideer som føres sammen i nåtidens sosialkonstruktivisme, og at den praktiseres på ulike måter. De omtaler sosialkonstruktivismen som et «vidtfavnende kirkesamfunn» preget av mangfold, men påpeker samtidig at det er noen samlede grunnforståelser. I likhet med Lock & Strong (2014) påpeker Burr (1995) at det ikke eksisterer et trekk som kan sies å identifisere et sosialkonstruktivistisk perspektiv, men at en kan gruppere en sosialkonstruktivistisk tilnærming om tilnærmingen bygger på en eller flere kjennetegn.

Burr (1995) legger med utgangspunkt i Gergen (1985) frem fire kjennetegn på sosialkonstruktivistiske perspektiver. 1. Sosialkonstruktivistiske tilnærminger har en kritisk holdning til menneskers ‘tatt for gitt’ måter å forstå verden og dem selv på. De fremhever at menneskers forståelser av verden ikke kan ses som objektive sannheter. 2. Menneskers forståelse av verden, de kategoriene og begrepene de bruker er historiske og kulturelt frembrakte. Mennesker konstruerer verden gjennom deres sosiale liv og interaksjoner, noe som fører frem til en felles versjon av «virkeligheten». 3. Menneskers måter å forstå verden på er et produkt av sosiale prosesser og interaksjoner med hverandre. 4. Kunnskap og sosial handling går hånd i hånd, bestemte forståelsesformer

fører til bestemte handlinger. Våre forståelser av virkeligheten fører til at noen former for handlinger anses som naturlige mens andre ikke (Burr, 1995, s. 3-5).

Burr (1995) påpeker at det innenfor sosialkonstruktivisme ikke eksisterer objektive fakta, men at alle former for kunnskap betraktes som historisk og kulturelt bundet. Våre forståelser av verden kommer ikke fra en objektiv virkelighet, men fra andre mennesker. I slike prosesser blir språket derfor helt sentralt. Hvordan mennesker tenker, og de kategorier og begreper som gir dem mening kommer fra språket de bruker (Burr, 1995). Språket blir avgjørende for hvordan mennesker forstår seg selv og verden rundt seg (Hitching & Veum, 2011). Språket blir sett som en form for sosial handling, og gjennom menneskers både verbale og nonverbale kommunikasjon blir verden konstruert (Burr, 1995). «Sosialkonstruktivismen erkjenner at verden blir konstruert gjennom vår betegnelse av den, eller konstituert gjennom språket» (Hitching & Venum, 2011, s. 31). Kunnskap blir ikke sett på som noe en person har eller ikke har, men som noe som mennesker skaper sammen. Kunnskap opprettholdes og endres gjennom sosiale prosesser, og mennesker konstruerer kunnskap gjennom daglig interaksjon (Burr, 1995).

Sosiologene Peter Berger og Thomas Luckmann's bok *The Social Construction of Reality* fra 1966 blir av flere (Aadland, 2014; Tjora, 2015) trukket frem som svært betydningsfull for forståelsen og utviklingen av det sosialkonstruktivistiske perspektivet. Aadland (2011, s. 266) hevder, med utgangspunkt i Hacking (1999), at Berger og Luckmann gjennom boken leverer en teori om hvordan «vår fornemmelse av, følelse for, opplevelse av og fortrolighet med hverdagslige virkelighetsoppfatninger er sosialt konstruert».

Veiden (2011) legger i innledningen til den norske utgaven av *The Social Construction of Reality*<sup>2</sup> frem at Berger og Luckmann hevder at språket blir en selvfølge for oss. Språket blir en lagringsplass for erfaringer, uten at mennesket selv må gjenreise det opprinnelige meningsinnholdet. Imidlertid vil språket heller aldri være avsluttet. I takt

---

<sup>2</sup> Berger, P.L & Luckmann, T. (2015). *Den samfunnsskapte virkelighet* (oversatt av F. Wiik).

med nye generasjoner og samfunnsendringer vil noen ord og begreper komme til mens andre forsvinner (Veiden, 2011). Hva som ligger i helse som et språklig fenomen vil altså aldri være avsluttet. Noen ord eller begreper kommer til mens andre forsvinner, og dermed kan også meningsinnholdet endre seg.

Berger og Luckmann ønsket å belyse hvordan interaksjon mellom mennesker skaper en felles virkelighet, og de prosessene dette skjer igjennom (Tjora, 2015). I følge Aadland (2011) ønsket Berger og Luckmann (1996) å vise hvordan «tatt-for-gitt» kunnskap og «sannheter» oppstår og etablerer seg. Aadland hevder videre at Berger og Luckmann (1966) ser det slik at mennesker trenger å *lære seg* livet, og at dette skjer gjennom sosialisering. Først primærsosialiseringen, hvor barn oppdras av foreldre, lærere og andre. Her lærer de språk, moralregler og etikette. Når barnet møter samfunnet utenfor hjemmet opptrer sekundærsosialiseringen, som kan ses som sosialisering i det offentlige rom. Sekundærsosialiseringen skjer i møte med samfunnet institusjoner, som skolen, arbeidslivet, idretten og ikke minst media og ulike kommunikasjonskanaler. Sosialiseringen gir mennesker evne til å forstå, og kunne håndtere den sosiale omverden og seg selv (Aadland, 2011, s. 266).

Våre forståelser av oss selv og samfunnet utvikles gjennom en blanding av hva andre sier og vi selv tenker (Aadland, 2011). Gjennom samspillet mennesker seg imellom skapes samfunnet, og de forståelsene mennesker møter i sekundærsosialisering skapes derfor av mennesker selv. Vi taler og handler i sosiale kontekster i samvær med andre mennesker, og alt som blir sagt og former derfor både oss selv og samfunnet (Aadland, 2011). «Hver enkelt av oss blir på samme tid medskaper av og gjenstand for samfunnets normer, språk, virkelighetsforståelse og oppmerksomhetsfokus» (Aadland, 2011, s. 267). I ulike sosiale miljøer møter mennesker allerede etablerte sannhetene og rutiner, og ved å følge de bidrar de også til å bekrefte de (Aadland, 2011). Ungdommens forståelser av helse er et resultat av sosiale konstruksjoner som er blitt skapt i deres omgang med omverden. De unge møter etablerte sannheter, normer og idealer omhandlende helse, og velger de å følge disse så bidrar de også til å bekrefte og forsterke dem.

De sosiale samfunnsmeningene som mennesket selv har bidratt til setter rammer for hva som anses som «sant» og fornuftig, og fungerer som normer og forskrifter for hvordan mennesker bør leve. I følge Aadland (2011) kalles denne prosessen objektivering.



Menneskers talehandlinger blir eksternalisert - flyttet fra det subjektive og private rom og inn i den kollektive bevissthet, hvor de bidrar til å institusjonalisere mening.

«Familien, pengenes verdi, religion, og velferdsstaten fungerer som institusjoner i vår kollektive bevissthet» (Aadland, 2011, s.268). Vi kan ha egne meninger om hvordan ting bør være og ilegges mening, men uavhengig av hva vi tenker så må vi forholde oss til de etablerte oppfatningene som eksisterer i samfunnet. Vi mennesker medvirker til samfunnets objektivisering av mening, samtidig som vi internaliserer samfunnets meninger (Aadland, 2011). Slik er ungdommer på samme tid både med-skapere og gjenstander for samfunnets normer, språk, moraler og virkelighetsforståelser om helse.

Fenomener mennesker normalt oppfatter som uavhengige og opplagte er «i virkeligheten er frembragt eller ” konstruert” igjennom menneskers tenkning, sprog og sociale praksisser» (Collin, 2003, s. 11). Et sosialkonstruktivistisk grunnsyn synes derfor til å fungere som et godt utgangspunkt for en analyse av ungdommers forståelse av helse og hvilke kilder/opphav denne forståelsen kan relateres til. Med et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil ungdoms helseforståelser ses som konstruert gjennom ulike sosiale prosesser og kontekster, deres forståelse er kontekstuell og kan ikke løsrives fra det samfunnet som den er skapt innenfor. Hvordan ungdommene snakker om de aktuelle temaene, og hvordan de presenterer seg selv i forhold til temaene kan knyttes til etablerte mønstre som kulturen representerer, og de forståelsene de har vil representere et utgangspunkt for sosiale handlinger (Thagaard, 2013). Gjennom at ungdommers forståelser av helse er knyttet til de sosiale kontekstene og kulturene ungdommene tar del i blir de å betrakte som noe mer enn individuelle forståelser. De avspeiler det de unge er en del av og mest sannsynlig den retningen forståelsene er i ferd med å ta.

### **3.2 Diskursteori og diskursanalyse**

Diskursteori og diskursanalyse er et bredt, tverrvitenskapelig felt hvor det eksisterer mange tilnærminger med ulike teoretiske konstruksjoner, metoder og mål (Lock & Strong, 2014; Thagaard, 2013). Jørgensen & Phillips (1999) understreker at diskursanalyse som en analysemetode ikke er løsrevet fra det teoretiske og metodologiske grunnlag. De ser på diskursanalyse som en metodisk og teoretisk helhet, og forankrer diskursanalyse i sosialkonstruktivistiske perspektiver, men selv om sosialkonstruktivismen kan ses som en fellesbetegnelse på flere teorier, så er diskursanalyse kun en av flere sosialkonstruktivistiske tilnærminger.

Diskursteori bygger på en forståelse av at betydningen av ulike sosiale fenomener aldri blir bundet, og kan brukes som et teoretisk grunnlag i sosialkonstruktivistiske tilganger til diskursanalyse (Jørgensen & Philips, 1999).

I boken *Diskursanalyse som teori og metode* definerer Jørgensen & Phillips diskurs som «en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på» (Jørgensen & Philips, 1999, s. 9). Malterud (2013, s.143) hevder at diskursbegrepet «viser til kulturens måter å omtale et fenomen på – vi snakker for eksempel om diskurser om fedme eller homoseksualitet». En diskurs kan altså betegnes som den *aksepterte framstillingen* av et fenomen innenfor en gitt tids- og stedshorisont (Aadland, 2011).

Sirnes (1999, s. 31) beskriver at «ein diskurs er det mentale mogligheitsrommet for kva som kan gi meining, og ikkje minst for kva som kan bli viktig, seriøst, legitimt, godt, truande, akutt osb». I følge Sirnes (1999) handler ikke diskurser kun om det språklige, men om kommunikasjon i utvidet forstand. Tale og språk blir sett som omfattende kommunikasjon hvor man også må se på kroppslige gjester, holdninger og uttrykk, og hvordan mennesker uttrykker seg gjennom sine materielle omgivelser (Sirnes, 1999). I følge Lock & Strong (2014) ligger diskurser «ferdig tilgjengelig» for mennesket, og representerer felles måter å forstå og kommunisere på. Diskurser «forsyner oss med spesifikke meninger, betydninger og måter å bruke disse på» (Lock & Strong, 2014, s.354). Lock & Strong (2014) hevder videre at de diskursene mennesker bruker for å forstå og kommunisere er de som er lettest tilgjengelig for dem. I følge Jørgensen & Philips (1999) viser diskurs begrepet til at språket mennesker bruker er strukturert i forskjellige mønstre som deres uttalelser følger når de taler eller handler i ulike sosiale felt. En analyse av slike mønstre kan betegnes som en diskursanalyse (Jørgensen & Philips, 1999).

I kontekst til oppgaven vil diskurser representere bestemte måter å snakke om og forstå helse på. De ulike diskursive forståelsene informantene har rundt helse kan betegnes som aksepterte fremstillinger av helse innenfor en gitt tids- og stedshorisont. Informantenes forståelser av helse som sosialt fenomen vil aldri være bundet, men noen diskursive fremstillinger vil dominere mer enn andre (Jørgensen & Philips, 1999).

Jørgensen & Philips (1999) baserer diskursanalytiske tilnærminger innen strukturalistisk og poststrukturalistisk språkfilosofi. Gjennom språk skaper mennesker representasjoner av virkeligheten. Slike representasjoner ses ikke kun som avspeilinger av en allerede eksisterende virkelighet, men de bidrar til å skape den (Jørgensen & Philips, 1999). Menneskers språk tar alltid utgangspunkt i allerede etablerte oppfatninger, og reproducerer dermed tidligere diskursive forståelser. Imidlertid kan et konkret språkbruk også forandre en diskursivforståelse ved å sammensette elementer fra ulike diskurser (Jørgensen & Philips, 1999). I følge Jørgensen & Philips (1999) tar diskursanalyse utgangspunkt i at språket ikke kun avspeiler menneskers omverden, sosiale relasjoner og personligheter, men spiller en aktiv rolle i å skape og forandre dem (s.21). Ungdommers måter å prate om helse på vil ikke kun avspeile en allerede eksisterende virkelighet, men bidra til å skape virkeligheten og dermed hvordan mennesket prater om, forstår og forholder seg til helse.

I følge Burr (1995) vil det alltid befinne seg flere diskurser rundt hvert enkelt fenomen som ønsker å representere eller belyse fenomenet på forskjellige måter. Disse vil bringe ulike aspekter i fokus, reiser ulike problemer som må vurderes, og har forskjellige implikasjoner for hva mennesker bør gjøre. Man kan derfor si at diskurser, gjennom hva som blir sagt, skrevet eller representert på andre måter konstruerer verdens fenomener, og forskjellige diskurser konstruerer disse på forskjellige måter (Burr, 1995). Gjennom hva som blir sagt, skrevet eller representert på andre måter skapes det ulike diskurser om helse som vil gi ulike sosiale konsekvenser.

Kvale & Brinkmann (2009) hevder at man i en diskursanalyse ønsker å belyse hvordan kunnskap og sannhet skapes gjennom diskurser. Jørgensen & Philips (1999, s. 31) legger frem at i en diskursanalyse handler det om å «arbeide med det, der faktisk er blevet sagt eller skrevet, for at undersøge, hvilke mønstre der er i utsagnene – og hvilke sosiale konsekvenser forskjellige diskursive fremstillinger af virkeligheden får». Man er ute etter å avdekke selvfølgeligheter, og studere hvordan noen utsagn blir akseptert som sanne mens andre ikke (Jørgensen & Philips, 1999). Lock og Strong (2014) hevder at diskursanalyse i bred forstand er et eksempel på at det rettes et vitenskapelig søkelys mot det som ofte blir tatt for gitt i menneskers språk og handlinger. Diskursanalyse omhandler å undersøke etablerte sosiale fenomener og vaner «som er så naturaliserte at de oppfattes som «naturlige»» (Hitching & Veum, 2011, s 14). Dermed vil en

diskursanalytisk tilnærming by på muligheter til å se om og eventuelt hva som kommer frem som «sannheter» og «tatt-for- gittheter» om helse i ungdommenes uttrykkelser.

I følge Malterud (2013, s. 143) har diskursanalyse «utviklet seg til en flerfaglig forskningstradisjon som i praksis innebærer mange ulike strategier og prosedyrer». Diskursanalyse er dermed en term som dekker en stor variasjon av forskningspraksiser, fremgangsmåter, mål og teoretiske perspektiver (Burr, 1995). Alle har språket som hovedfokus og tar derfor ofte utgangspunkt i datamateriale bestående av for eksempel intervjutranskripsjoner, taleopptak eller andre skriftlige kilder (Burr, 1995). Burr (1995) hevder at diskursanalyse skiller seg fra mange andre metoder da den ikke kan beskrives gjennom «oppskriftsmessige» termer, men påpeker samtidig at det eksisterer noen retningslinjer for diskursanalyse, men at disse naturlig faller utenom en «hvordan gjøre det» beskrivelse da naturen av diskursanalyse i seg selv er subjektiv og fortolkende.

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver i likhet med Malterud (2013) at det har blitt utviklet mange ulike tilnærminger til diskursanalyse, hvor noen er formelle og tekniske mens andre er mindre forskriftsbundne. Når man skal gjennomføre en diskursanalyse er det nødvendig å gjøre relevante tilpasninger til fagfelt og problemstilling (Malterud, 2013). Malterud (2013, s. 143) understreker at man kan «bruke diskursanalyse som et perspektiv uten nødvendigvis å gjennomføre en fullstendig formell diskursanalyse».

### **3.3 Helse**

Helse er et allment kjent begrep og fenomen som alle mennesker forholder seg til i en eller annen sammenheng. Fokuset på helse har økt, og helse er et aktuelt tema i dagens samfunnsdebatt både nasjonalt og internasjonalt (Mæland, 2009). Quennerstedt (2006) påpeker at hva som er, og hva som kan ses på som helse ikke er selvklart. Mæland (2009) hevder at helse er et begrep som ilegges ulik mening utfra kontekst og formål. Han påpeker at det ofte eksisterer en intuitiv forståelse av hva helse betyr, men at det ikke er enighet om en allmenngyldig definisjon.

*«Begrepet helse er på en paradoksal måte både umiddelbart forståelig og samtidig nærmest u-be-gripelig. Som et glatt såpestykke glipper det når vi forsøker å holde det fast.» (Mæland, 2009, s.10).*

Det eksisterer ulike perspektiver på, og forståelser av helse. Gjernes (2004) legger frem at disse ulike forståelsene kan kalles helsemodeller. Hun hevder at i analyse kan slike helsemodeller brukes som analytiske redskaper fordi de sier noe om tenkningen til grupper av mennesker. Inspirert av Gjernes (2004) vil jeg i denne oppgaven bruke ulike teoretiske perspektiver på helse som analytiske tilnærminger for å undersøke hvilke former for tenkning om helse som gjøre seg gjeldende i, og har innvirkning på ungdommenes helseforståelser. Jeg vil i det kommende først ta for meg det medisinske og holistiske perspektivet på helse. Før jeg videre redegjør for Hans-Georg Gadamer og Aaron Antonovskys helseperspektiver. Disse perspektivene er valgt på bakgrunn av at de utfra hva tidligere forskning viser, mest sannsynlig skiller seg fra hvordan helse oftest fremtrer og blir forstått i dagens samfunn generelt og kroppsøvningsfaget spesifikt. Perspektivene kan dermed bidra til å se ungdommens helseforståelser i et «nytt» lys.

### **3.3.1 Et medisinsk helseperspektiv**

Fugelli & Ingstad (2014) hevder at medisinsk eller biologisk basert viten i kraft av sin rolle som hegemonisk kultur har hatt monopol på å forme det «offisielle» helsebegrepet. Innen det medisinske perspektivet blir helse forstått som fravær av sykdom (Gjernes, 2004). Helse blir sett som en tilstand når det ikke er forstyrrelser i kroppens biologiske strukturer eller funksjoner (Mæland, 2009). «Helse blir oppfattet som normaltilstanden mens sykdom som avvik fra normalen» (Gjernes, 2004, s. 147). Fokuset er rettet mot kroppen, og helse er et enten – eller. Det er epidemiologisk forskning og kunnskap som dominerer, og «ekspertkunnskap» står sterkt, noe som fører til at helsepolitiske programmer blir utformet med tanke på å forebygge og redusere sykkelighet (Andrews, 1997). Ekspertene vet hva som er best for den biologiske kroppen. Vi andre blir informerte om hva som er det sunne og «rette» valget, og det forventes at vi forholder oss til det ekspertene har erklært som veien til god helse (Nettleton, 1995, 1997: I Gjernes, 2004).

I følge Mæland (2009) er det den amerikanske filosofen Christopher Boorse som regnes som den som har levert det best begrunnende svaret på hva helse er ut fra en biomedisinsk posisjon. Boorse så kroppen som en mekanisk enhet bestående av enkelt deler som har ulike funksjoner og formål (s. 26). Perspektivet gjør helse til «et «naturlig, objektivt og gitt fenomen som kan studeres vitenskapelig uten basis i gitte verdier eller (subjektive) vurdering» (Mæland, 2009, s. 27). «Health in a member of the

reference class is normal, functional ability: The readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency» (Boorses, 1977, I: Fugelli & Ingstad, 2009, s.39).

### **3.3.2 Et holistisk helseperspektiv**

Andrews (1997) hevder at det medisinske perspektivet på helse som fravær av sykdom møtte en vendepunkt på starten av 1990 tallet, og at dette førte til at det ble rettet mer oppmerksomhet mot i større grad holistiske og positive helseforståelser.

Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte sitt helsebegrep som en kritikk mot det biomedisinske meningsinnholdet, med den begrunnelse at dette meningsinnholdet ikke dekket viktige sider ved fenomenet helse. WHO definerer helse som: «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (WHO, 2015). WHO representerer dermed et holistisk perspektiv på helse som kan betegnes som positiv, da motpolen til helse ikke er sykdom (Gjernes, 2004). WHO gir en bred definisjon hvor det vektlegges at helse omhandler flere aspekter ved mennesket, og er en tilstand som avgjøres både av kroppslige (fysiologiske), emosjonelle og sosiale egenskaper hos mennesket. Quennerstedt (2007) legger frem at dette innebærer at helse betraktes som en ressurs som skapes og utvikles i relasjon til individ- miljø.

Den svenske filosofen Lennart Nordenfelts helseperspektiv kan også benevnes som et holistisk perspektiv (Fugelli & Ingstad, 2014). Nordenfelt (1987) hevder at menneskers helse kan betegnes gjennom deres evne til å meste egne mål og fungere i sin sosiale kontekst (Nordenfelt, 1987). Han formulerer det slik: «A är fullkomligt frisk, om och endast om A är i ett sådant kroppslig och mentalt tillstånd at A kan realisera alle sina vitala mål mot baggrund av standardomständigheter» (Nordenfelt, 2000, s.40). Helsen avgjøres dermed av individuelle forhold og forutsetninger. Det kan derfor verken settes en øvre grense for helse, eller betegnes en optimal helsetilstand (Andrews, 1997). «Veltrente mennesker kan nå mål som krever god fysisk form, men de er ikke av den grunn sunnere enn andre som innfrir andre typer mål, fordi målene ikke rangeres. Det er evne til å nå egne mål som avgjør graden av sunnhet» (Andrews, 1997, s. 47).

### 3.3.3 Hans – Georg Gadamer

Slik som det tidligere har kommet frem har mennesker som vane å tenke på helse og sykdom som biologiske forstyrrelser som omhandler menneskets kropp, og ikke menneskets selv og hans eller hennes liv. Den tyske filosofen Hans – Georg Gadamer (1900 – 2002) hevdet at et slikt helsebegrep var utilstrekkelig, da det ikke fanger fenomenet helse slik det opptrer i hverdagen (Svenaesus, 2003). Gadamer gav i 1993 ut boken «*Über die Verborgenheit der Gesundheit*»<sup>3</sup> hvor han ytret seg om problemer innen helsevesenet og medisinen.

Gadamer (2003) hevdet at helse hører hjemme i en vidt omfattende sammenheng og representerer en livsoppgave for alle mennesker. Gadamer (2003) påpeker at verden som omgir oss i høy grad formes gjennom vitenskapens innflytelse og at vi lever i et miljø som vi nesten ikke lengre kan kalle «natur». Han begrunner dette med at vi mennesker lever i et samfunn som er fult med ulike forskrifter og reguleringer som alle på hver sin måte byråkratiserer livet til mennesker. Han stiller spørsmål om dette bidrar til at mennesker kan miste motet til å på egen hånd utforme retningen av sitt liv. Han hevder videre at vitenskapens domener stadig strekker seg lengre inn i menneskers liv, men understreker at hver og en av oss også har sine egne erfaringer og vaner. Når det handler om egen helse er det derfor vesentlig at mennesket ikke betrakter seg selv kun utfra et vitenskapelig perspektiv (Gadamer, 2003).

Et av hovedpoengene i Gadamer's (1996) helseperspektiv er at sykdom ikke eksisterer uten helse, og at man for å forstå helse først og fremst må forstå sykdom. «Medical science is not only concerned with illnesses, for illness cannot exist without health» (Gadamer, 1996, s. 96). Gadamer (1996) legger frem at sykdom i fra et medisinsk perspektiv kan ses som et «opprør» eller en motstand, som viser seg når noe mister sin «funksjon», altså når noe er galt. Sykdom fremtrer som en «gjenstand» eller et «objekt», som mennesker må ødelegge, og sykdom kan gjennom å ta bruk av den moderne vitenskapen kategoriseres og undersøkes. I følge Gadamer (1996) er helse derimot noe som må betraktes utenfor eller bakenfor de overnevnte perspektivene. Helse er ikke noe man kan avsløre, undersøke eller kategorisere, men snarere heller noe som manifester

---

<sup>3</sup> Boken ble i 1996 oversatt (av Jason Gaiger og Nicholas Walker) og utgitt på Engelsk med tittelen «*The Enigma of Health*». Før den i 2003 ble oversatt (av Jim Jakobsson) og utgitt på svensk med tittelen «*Den gåtfulla hälsan*».

seg nettopp fordi den har kraft til å unnsnippe vår oppmerksomhet. Det overnevnte viser til et av hovedpoengene i Gadammers perspektiv på helse: Vi mennesker tenker ikke over helse slik vi tenker over sykdom. «Health (...) is not something which invites or demands permanent attention. Rather it belongs to that miraculous capacity we have to forget ourselves» (Gadamer, 1996, s. 96).

Gadamer ser på helse som en tilstand av likevekt, hvor de krefter som balanserer hverandre kun viser seg når likevekten blir forstyrret, ellers er helsen «stille» (Svenaesus, 2003). Det er sykdom og ikke helse som viser seg frem, og vår bevissthet om helse trer først frem når helsen trues (Mæland, 2009). I Gadammers helseperspektiv er helsens fremste kjennetegn nettopp fravær av bevissthet om helse. Gadamer understreker at «helsen» er noe vi ikke legger merke til. Helse er en tilstand når alt flyter av seg selv uten at vi tenker nærmere på det (Svenaesus, 2003). Vi er ikke bevisst egen helse før en smerte, et symptom eller en sykdom viser seg, og først da tenker vi tilbake på helse som en etterlengtet tilstand (Merok, 2001).

Han fremmer helse som «vel-væren» og hevder at helse er tilstede uten at vi kan peke på den eller se den i lys av normalverdier eller ulike skalaer (Merok, 2001). Det er sykdom og ikke helse som objektiviserer seg selv, og det virkelige mysterium ligger i helsens skjulte natur (Gadamer, 1996). «Health does not actually present itself to us» (Gadamer, 1996, s. 107). Gadamer (1996) påpeker at det alltid vil være mulig å forsøke å etablere standardverdier for helse, men at et forsøk på å pålegge disse verdiene på et friskt menneske vil kunne resultere i å gjøre personen syk. Dette fordi det ligger i helsens natur at den har sin egen naturlige balanse og proporsjoner (Gadamer, 2003).

For den moderne naturvitenskapen betyr det å objektivere noe at man måler noe (Gadamer, 1996). Den moderne vitenskapen kan ifølge Gadamer (1996) derfor kjennetegnes av sin kapasitet for å organisere konkret informasjon om observerte fenomener i henhold til generelle lover. Ulike fenomener blir målt, og det etableres standardverdier for hva som er passende eller rett (Gadamer, 1996). Gadamer (1996) viser stor respekt for den moderne naturvitenskapen og beskriver den som nødvendig, men påpeker samtidig at ikke alt kan oppnås ved hjelp av kvantitative målinger. I følge Merok (2001) rettet Gadamer derfor en bekymring om at kunnskap om helse reduseres til naturvitenskapelig basert kunnskap om sykdom, og at helse reduseres til et «jag» om



å gjøre «det riktige». For å være med helse må mennesket følge alle livsstilhenvisninger som blir produsert av risikofaktorforskning (Merok, 2001). Gadamer (1996) fremmer at mennesker i lys av sykdom og helse ikke må tenke på seg selv som en “ case”, men som en del av en “ life world”, hvor man må finne sin egen vei og lære å akseptere egne grenser (Gadamer, 1996). Han hevder at det ligger i helsens vesen at den selv holder seg innen sine særskilte grenser. Helse kan ikke påtvinges eller måles utfra gjennomsnittlige standarder, fordi helse er en tilstand av indre balanse og er i overenstemmelse med seg selv, noe som ikke kan overgås av ytre kontroll. Helse er ikke noe man kan «gjøre», «skape» eller «produsere» (Gadamer, 2003). Helse kan heller ikke beskrives gjennom språk, da det er en taus individuell opplevelse (Fugelli & Ingstad, 2014).

«Det enkelte mennesket har en erkjennelse av hva helse er, men helsen holder til i bevissthetens underetasje» (Fugelli & Ingstad, 2014, s.61). Gadamer ser ikke på helse som det som gjør et menneske lykkelig, men helse ses som en forutsetning som gjør mennesket i stand til å nå egne mål og er derfor av avgjørende betydning (Svenaesus, 2003). Gadamer (1996) tar også opp, og problematiserer forholdet mellom kropp og sjel i et helseperspektiv. Han hevder at helse ikke kan deles i kropp og sjel eller fysisk og psykisk, men er en helhetstilstand (Svenaesus, 2003). Kropp og sjel er så dypt forbundet med hverandre at et hvert forsøk på å objektivere kun en av dem vil være absurd (Gadamer, 1996).

I følge Merok, Ragazzi, Wifstad og Hole (2001, I: Merok, 2001) påpeker Gadamer at menneskers tilværelse blir fremmedgjort gjennom manglende kontakt med helse som «vel-væren». Gadamer problematiserer at innenfor en naturvitenskapelig basert kultur vil menneskers egen dømme- og handlingskraft forsømmes. Når en erfaring kun er gyldig om den er kontrollerbar, fører dette til den fremmedgjøring av mennesket selv. Vitenskapens «sanne» svar om helse fører til at menneskers egne erfaringer mister sin legitimitet (Merok, 2001).

### 3.3.4 Aaron Antonovsky's helseperspektiv

Aaron Antonovsky (1923- 1994) var en israelsk- amerikansk professor i medisinsk sosiologi som ble kjent for sin forskning på forholdet mellom stress, helse og velvære (Antonovsky, 1987; Lønne, 2015). Antonovsky så begrensinger i det etablerte biomedisinske helseperspektivet og utviklet teorien om salutogenese som en motstandsteori til patologien (Lønne, 2015).

Antonovsky (1987) beskriver i sin bok «Unraveling the mystery of health» at han i 1970 analyserte resultatene fra en studie hvor det ble sett på hvordan israelske kvinner i ulike etniske grupper tilpasset seg stressfaktorene som viste seg ved overgangsalderen. En av analysene i studien var en sammenligning av den psykiske helsen til en gruppe kvinner som hadde vært i konsentrasjonsleir, mot en kontrollgruppe. Det visste seg at 51% av kvinnene i kontrollgruppen sammenlignet med 29% av kvinnene som hadde vært i konsentrasjonsleir hadde ganske god almen psykisk helse. Selv om 51% var betydelig mer enn 29% beskriver Antonovsky forholdet mellom størrelsen på god psykisk helse i de to gruppene som en betydningsfull observasjon. Denne observasjonen var hans inspirasjonen til å formulere den salutogene modellen som han først fremstilte i 1979 i sin bok *Health, stress and Coping* (Antonovsky, 1991).

Antonovsky (1991) hevder at alle mennesker blir utsatt for stress på ulike nivå, men at de fleste mennesker klarer seg bra tros for relativt høye stressbelastninger. Han hevder at det bortsett fra de stress faktorer som har en direkte nedbrytende effekt på organismen, ikke er mulig å forutse hvilke konsekvenser stress kan ha for menneskers helse. Det er dette mysterium det salutogene perspektivet prøver å løse (Antonovsky, 1991). Når mennesker stilles ovenfor stress leder det til en spenningstilstand som må håndteres. Om resultatet av stresset ender med sykdom eller helse vil avhenge av hvor suksessfull håndteringen av det aktuelle stresset var (Antonovsky, 1991). Antonovsky (1991) påpeker at gjennom en salutogen tilnærming vil den sentrale oppgaven for helsevitenskapen være å studere faktorene bak hvordan mennesker håndterer stress og utfordringer. Antonovsky (1991, 1996) presenterte derfor «*Generalized resistance resources*» (GRR) som på norsk kan oversettes til «*Generelle motstandsressurser*» (GMR) som et svar på sitt eget spørsmål. Han beskriver GMR som alt som kan gi kraft til å bekjempe ulike stressfaktorer (eksempel penger, kulturell stabilitet og sosial støtte) (Antonovsky, 1991, 1996).

Gjennom sitt arbeid mente Antonovsky (1991) at det manglet, og var behov for retningslinjer som man kunne bruke for å identifisere en GMR. Han forsøkte å utfylle denne mangelen ved å utvikle begrepet «Sense of Coherence» (SOC), som på norsk kan oversettes til «følelse av sammenheng». Begrepet vokste ut fra at Antonovsky mente at et likhetstrekk for alle GMR var at de bidro til å gjøre stress faktorer mennesker ble stilt ovenfor begripelig. «To put it at its simplest, helped one to see the world as ‘making sense’, cognitively, instrumentally and emotionally» (Antonovsky, 1996, s. 15). En GMR gir erfaringer, og vil over tid skape en sterk følelse av sammenheng (Antonovsky, 1991). Mæland (2009, s.82) beskriver Antonovskys begrep *følelse av sammenheng* som «evnen til å oppleve at man kan mestre enhver situasjon uavhengig av hva som skjer».

I det kommende vil det redegjøres for Antonovsky's salutogene perspektiv i sammenligning og sammenheng med et patogent perspektiv på helse.

### **3.3.5 Salutogene og patogene perspektiv på helse**

Quennerstedt (2007) hevder at hvis en ser på helsebegrepets historie, så er det to måter å forholde seg til helse som har vært dominerende. Et moralsk normativt og et vitenskapelig normativt. En moralsk normativ tilnærming innebærer at det er de tids- og stedsspesifikke samfunnsnormene som forstås som avgjørende for menneskers forståelser av helse. En vitenskapelig normativ tilnærming innebærer at det er vitenskapen og hovedsakelig medisinvitenskapen som ses som avgjørende (Quennerstedt, 2007, s. 39). Quennerstedt (2007) hevder at begge disse perspektivene kan kategoriseres som patogene perspektiv på helse, og medfører at det er sykdom eller det unormale som er i fokus. Innen patogene perspektiver blir helse ofte beskrevet som fravær av sykdom, og målet med å fremme helse blir ensbetydende med å forhindre og forbygge sykdommer. Helse blir forstått som motsetningen til det unormale eller sykdom (Quennerstedt, 2007).

I følge Quennerstedt (2007) rettet Antonovsky (1979) kritikk mot et ensidig patogent og biomedisinsk syn på helse, og påpekte at et slikt syn var begrensende for forståelsen av helse da tilnærmingen fokuserer på sykdommen og ikke hele mennesket. En patogen tilnærming kan gjennom sitt sykdomsfokus dermed føre til for forenklete løsninger på helseproblemer og helseutvikling (Quennerstedt, 2007). Quennerstedt (2007) hevder at salutogenese bygger på et annet filosofisk utgangspunkt om verden enn en patogenese.

Et salutogent perspektiv avkrefter dikotomier som kropp/sjel, subjekt/objekt og indre/ytre som gitte sannheter, og betrakter helse som en kontinuitet hvor hele mennesket i sin omgivelse er av interesse (s.43). Helse fremstår ikke bare individuelt, men ses på som et sosiokulturelt begrep. Dette viser til at helse alltid utvikles som en relasjon mellom individ og miljø (Quennerstedt, 2007).

Antonovsky (1991) påpeker at det ikke vil være gunstig å se helse- uhelse som en dikotomi, men at fokuset heller bør ligge på se dimensjonen helse-uhelse som et kontinuum. En salutogen tilnærming tar utgangspunkt i at mennesker befinner seg langs et mulitdimensjonelt kontinuum mellom helse og uhelse, og avviser derfor den patogene klassifiseringen av mennesker som enten syke eller friske (Antonovsky, 1991). Salutogenese viser derfor til at alle på et hvert tidspunkt alltid har helse (McCuaig & Quennerstedt, 2016).

Hovedpoenget bak Antonovskys (1991) salutogene helseperspektiv er at man bør fokusere på helsens utspring, gjennom å fokusere på hva som skaper helse i motsetning til hva som hemmer helse. Utfra en patologisk tilnærming søkes det å forklare hvorfor mennesker blir syke, mens en salutogen tilnærming «får oss att ... tänka i termer av faktorer som befrämjar en rörelse mot den friske polen på kontinuet» (Antonovsky, 1991, s.27). Sentrale spørsmål innen det salutogene perspektivet blir derfor: Hva skaper helse og hva bidrar til helseutvikling? Og hvordan kan mennesker hjelpes til å bevege seg mot den positive polen i dimensjonen helse- uhelse? (Antonovsky, 1996; Quennerstedt, 2007). I følge Fugelli & Ingstad (2014) er salutogenese en tilnærming som identifiserer og styrker positive faktorer og prosesser som fremmer helse.

Antonovsky (1991) påpeker at han ikke mener det skal gis avkall på den patogene tilnærmingen, men legger frem en forhåpning om at det patogene og salutogene perspektivet kan bli sett som supplerende til hverandre.

## 4. Metode

Metode omhandler hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012). Forskeren må velge en metode som kan gi gode data for å kunne belyse forskningsspørsmålene på en faglig interessant måte, og deretter beskrive og redegjøre for de valgene som er tatt underveis (Dalland, 2012).

### 4.1 Kvalitativ forskning

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2003). I følge Grimen & Ingstad (2013) er en viktig målsetning med kvalitative metoder å oppnå en forståelse av sosiale og kulturelle fenomener.

Kvalitative metoder «gir data om det kvalitative innholdet i personers og gruppers erfaringer, opplevelser, oppfatninger, tanker, begreper, verdier, normer, handlinger eller følelser» (Grimen & Ingstad, 2013, s. 321). Målet er å få innsikt i hvordan mennesker erfarer og fortolker egen tilværelse (Grimen & Ingstad, 2013). En kvalitativ tilnærming søker først og fremst forståelse og ikke forklaring (Malterud, 2013). «Vi leter etter kunnskap som viser hva noe består av, hvordan det kan avgrenses, hva det kan kalles, og hvordan det forholder seg til noe annet» (Malterud, 2013, s. 28). Grimen & Ingstad (2008) påpeker at kunnskap om slike fenomener er viktig for å forstå hvordan kultur og samfunn fungerer, og for vår forståelse av menneskelige handlinger.

Nilssen (2012) legger med utgangspunkt i Creswell (2007) frem at kvalitativ forskning tar utgangspunkt i enkelte grunnleggende filosofiske antakelser eller forutsetninger. «Den ontologiske forutsetningen er at det eksisterer mange virkeligheter. Virkeligheten blir sett på som kompleks, i stadig forandring og konstruert av de enkelte som er involvert i en forskningssituasjon» (Nilssen, 2012, s.25). Den kvalitative forsker søker innsikt i forskningsdeltakernes perspektiv eller forståelse av virkeligheten, men siden det eksisterer mange virkeligheter betyr det at forskningen kan gi noen svar, men ikke svaret (Nilssen, 2012). Den epistemologiske forutsetningen er at kunnskap blir skapt i relasjonen mellom forskeren og de som deltar i studien (Nilssen, 2012). Innen kvalitativ forskning må forskeren både akseptere og være bevisst egen subjektivitet og

forforståelse. Min erfaring, bakgrunn og kunnskap vil sammen med oppgavens teoretiske rammeverk følge prosessen med å forstå og skape mening i datamaterialet (Nilssen, 2012).

Denne oppgaven søker innsikt i og forståelse av ungdommers forståelser av helse generelt, opphavet til deres forståelse, og deres erfaring og forståelse av helse i kroppsøvfingsfaget. Det ble derfor sett som hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming. For å få tilgang til ungdommenes forståelser og mulighet til å belyse oppgavens problemstillinger ble det gjennomført kvalitative forskningsintervjuer. Det vil i det kommende foreligge en beskrivelse av oppgavens utvalg før jeg tar opp igjen tråden til kvalitative forskningsintervju.

#### **4.1.1 Utvalg**

Det avgjørende utvalgsprinsippet i kvalitative studier er at utvalget er egnet og sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse de problemstillingene som tas opp (Malterud, 2013; Thagaard, 2013).

Denne oppgavens hovedmål var å få innblikk i ungdommers forståelser. Jeg la følgende kriterier til grunn for deltakelse: Ungdommene måtte være over 15 år og de måtte delta regelmessig i kroppsøvfingsfaget.

Selve alderen ble valgt på bakgrunn av flere grunner. 1) Jeg anså ungdommer på 15-16 år som nok reflekterte til å kunne dele egne tanker, følelser og meninger i samtale med andre. 2) Jeg så det som interessant å undersøke «yngre» ungdommer da jeg hadde en forforståelse om at disse i større grad ville fremstå som mer påvirkelige, usikre og i mindre grad være ‘etablerte’ i sterke og personlige holdninger til temaet. 3) Aldersgruppen representerer 10.trinn på grunnskolen, noe som burde tilsi tilstrekkelig repertoar av erfaringer med kroppsøvfingsfaget.

#### **Utvalgets omfang og størrelse**

Thagaard (2013, s. 65) hevder at «en retningslinje for omfanget av kvalitative utvalg er at antall deltakere ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser». Masteroppgavens størrelse og omfang legger derfor automatisk begrensinger for størrelsen på utvalget.

Under planleggingen av utvalget avgrenset jeg meg først til Oslo kommune for å studere et område og oppnå en mer effektiv datainnsamling. Videre avgrenset jeg utvalget til et utvalg bestående av 8.ungdommer jevnt fordelt mellom kjønn, fra tre ulike ungdomsskoler i Oslo. Øia (2007) hevder at det er kontraster i ungdomsmiljøene utfra geografisk spredning mellom øst og vest i Oslo. Jeg ønsket derfor et strategisk utvalg av skoler med en skole fra Oslos vestkant, en skole fra vestkanten av østkanten, og en skole fra ytterkanten av østkanten. Det strategiske utvalget av skoler ble gjennomført med håp om at dette vil gi et datamateriale med nyanser innenfor ungdommers helseforståelser.

I følge Thagaard (2013) kan jeg i prosessen med rekruttering av deltakere vurdere størrelsen på utvalget i forhold til et «metningspunkt». «Når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene vi studerer kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort» (Thagaard, 2013, s.65). Slik det er beskrevet over var utvalgets planlagte størrelse på 8 ungdommer. Etter å ha gjennomført 7 intervjuer (4 jenter og 3 gutter) på to ulike skoler (en på vestkanten og en nordøst) følte jeg at jeg hadde nådd et slikt «metningspunkt», da ungdommene gav uttrykk for mange like refleksjoner, tanker og meninger. Imidlertid ønsket jeg å utfordre om oppgaven kunne oppspore flere nyanser i ungdommers forståelser, og valgte derfor å gjennomføre 3 intervjuer til på en skole som lå tydelig på østkanten av Oslo. Oppgavens utvalg ble dermed 10 ungdommer, jevnt fordelt mellom kjønn fra 3 ulike skoler i Oslo.

Rekrutteringen av utvalget startet ved å sende mail til et utvalg kroppsøvlingslærere som underviste i 10. trinn på 4 ulike ungdomsskoler i Oslo. Selve rekrutteringen av ungdommene skjedde i klassenes kroppsøvlingsundervisning, hvor jeg fikk låne de fem siste minuttene av timene til å presentere meg selv og prosjektet. Ungdommene som visste interesse for å delta meldte seg, og jeg avtalte derfra møtested og tidspunkt individuelt med ungdommene. Ungdommene fikk deretter med seg informasjonsskriv og samtykke erklæring slik at de kunne se på dette før intervjuene. I de klassene hvor flere enn 3-4 elever meldte seg frivillig valgte jeg tilfeldig med utgangspunkt i kjønnsbalanse som målsetning

## **Drøfting av utvalget**

Oppgavens utvalg er et strategisk utvalg fordi deltakerne representerer egenskaper som er relevante for prosjektets problemstillinger, men selve fremgangsmåten ved rekrutteringen av ungdommene er basert på et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2013). Det er et strategisk utvalg i forhold til kjønn, alder og skole, samtidig som det er et tilgjengelighetsutvalg da ungdommene som representerer utvalget var de som var tilgjengelig for meg.

I følge Thagaard (2013) kan en svakhet med tilgjengelighetsutvalg være at utvalget kun vil representere individer som er fortrolig med forskning. I dette tilfellet ungdommene som følte seg fortrolig med å bli intervjuet etter de ble informert om at temaet var helse. Utfordringen med slike «skjevheter» å vurdere hvilken betydning de kan ha, og se de i relasjon til de resultatene oppgaven kommer frem til (Thagaard, 2013).

Ungdommene deltok i studien fordi det virket interessant, spennende eller at de så på det som en mulighet for å lære mer om helse. I tillegg var alle ungdommene i utvalget aktive innen organisert idrett, og alle uttrykte at helse var viktig for dem. Utvalgets personlige interesse og relativt homogene karakter kan ses som en svakhet i utvalget. Oppgaven kunne gitt andre resultater om andre ungdommer, for eksempel ungdommer som ikke deltok i organisert idrett og ikke tenkte på helse som viktig hadde meldt seg.

Utvalget besto av ti ungdommer som gikk i 10.klasse på tre ulike skoler med beliggenhet Oslo vest, Oslo nordvest og Oslo øst.

### **4.2 Det kvalitative forskningsintervju**

Det ble gjennomført kvalitative forskningsintervjuer, også kalt dybdeintervjuer (Malterud, 2013) med alle ungdommene. Dette fordi intervjuer egner seg «for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser» (Thagaard, 2013, s. 95). Formålet med det kvalitative forskningsintervju er å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse av det fenomenet forskeren ønsker å få belyst ved at forskeren søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes perspektiv (Dalland, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvalitative forskningsintervju kan utformes på ulike måter (Malterud, 2003; Thagaard, 2013), og det vil variere fra undersøkelse til undersøkelse i hvilken grad spørsmålene og



rekkefølgen av dem er forutbestemte og bindende for intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Thagaard (2013) vil den ene ytterligheten preges av lite struktur, og kan ses som en uformell samtale mellom forsker og intervjuperson. Forskeren har fastlagt hovedtemaer på forhånd og stiller åpne spørsmål som tilpasses intervjusituasjonen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Den andre ytterligheten preges ifølge Thagaard (2013) av et relativt strukturert intervjuguide, hvor spørsmålene og deres rekkefølge er fastsatt på forhånd. Den tredje fremgangsmåten, som ble brukt i denne oppgaven, karakteriseres ved en delvis strukturert tilnærming. Det innebærer at temaene og spørsmålene var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av spørsmålene innen hvert tema kunne bli bestemt underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). Fokuset lå på å følge intervjupersonenes fortellinger, men samtidig sørge for at de temaene og spørsmålene som var viktige i forhold til problemstillingene ble belyst (Thagaard, 2013). Fremgangsmåten ble valgt i håp om at ungdommene skulle føle seg friere i møte med meg som forsker.

Oppgavens intervjuguide (vedlegg 1) ble bygd opp med utgangspunkt i fire hoveddeler. De tre første tar utgangspunkt i oppgavens problemstillinger, mens den siste var ment som en gjensidig refleksjonsdel hvor jeg som forsker sammen med intervjupersonen skulle skape en refleksjon rundt deres uttrykte svar og forståelser. Jeg ønsket å se om jeg kunne få frem flere aspekter ved deres forståelser, ved å «vekke» tanker eller refleksjoner som ikke hadde kommet frem tidligere i intervjuet.

Med utgangspunkt i egen forforståelse, tidligere forskning og litteratur hadde jeg en antakelse om at ungdommene kunne komme til å uttrykke lite nyanserte forståelser av helse generelt og i sammenheng med kroppsøvingfaget. Jeg ønsket derfor å være forberedt om dette skulle vise seg å være tilfellet, slik at intervjuene skulle få et best mulig utgangspunkt for å kunne gi relevant og ny kunnskap. Om ungdommene uttrykte seg lite nyanserte var jeg forberedt på å kunne utfordre dem, og prøve å grave dypere i deres forståelser. Denne delen av intervjuet var i liten grad mulig å planlegge, men forutsatte min evne til å lytte og fange opp interessante utsagn gjennom de første delene av intervjuene.

Når det gjelder valget om å gjennomføre denne refleksjonsdelen som siste del av intervjuet vil jeg støtte meg til Kvale & Brinkmann (2009) som påpeker at direkte

spørsmål bør utsettes til slutten av intervjuet for å være sikre på at intervjupersonene allerede har fått gitt sine egne spontane beskrivelser, og dermed uttrykt hvilke sider av fenomenet som var viktige for dem.

Jeg utformet en relativt utfyllende intervjuguide hvor jeg med utgangspunkt i prosjektets problemstillinger formulerte ulike hovedspørsmål, intervju spørsmål og en rekke oppfølgingsspørsmål innenfor hver av de fire delene. Hovedspørsmålene hadde som hensikt å introdusere de teamene jeg ønsket å få besvart. Mens oppfølgingsspørsmålene hadde som hensikt å frembringe mer detaljert informasjon om de teamene, begrepene og forståelsene som intervjupersonene beskrev (Thagaard, 2013). Jeg formulerte også spørsmål som lignet på hverandre for å utforske om ungdommene gav andre eller mer utfyllende svar når spørsmålene var ulikt formulert. I følge Kvale & Brinkmann (2009) kan forskjellige svar på henholdsvis like spørsmål både ses som en svakhet i form av at en kan stille seg kritisk til gyldigheten til svarene, eller som en styrke i form av at intervjuet har klart å få frem flere nyanser.

I følge Thagaard (2013) vil selve formuleringen av intervju spørsmålene være avgjørende for hvilket datamateriale som kan oppnås. Malterud (2013) beskriver at intervjuer skal ha en deskriptiv orientering, hvor intensjonen er å få frem rikest mulige beskrivelser. For å oppnå dette fokuserte jeg på å utforme korte, enkle og åpne spørsmål som kunne oppmuntre og invitere intervjupersonene til å presentere sine synspunkter, fortellinger og erfaringer (Thagaard, 2013). Sannsynligheten for å få spontane, levende og uventete svar vil avhenge av hvor åpen intervjusituasjonen er (Dalland, 2012). Åpne intervjuer er derfor ønskelig, men det er sentralt at forskeren holder fast ved problemstillingene slik at intervjuet blir fokusert og frembringer informasjon som kan belyse oppgavens problemstillinger (Malterud, 2013).

#### **4.2.1 Prøveintervjuer**

Etter utarbeidingen av et utkast på intervjuguide gjennomførte jeg to prøveintervjuer. Disse ble gjennomført med intervju personer som ikke kunne klassifiseres innenfor prosjektets utvalg og var kun ment som praktisk øving og erfaringsbygging. For å få erfaring med, og kvalitetsteste den planlagte datainnsamlingen ble prøveintervjuene gjennomført på samme premisser som de kommende intervjuene. Under prøveintervjuene ble informasjonsskriv og samtykkeerklæring gjennomgått. Det ble tatt

lydopptak, og jeg valgte å transkribere deler av intervjuene. Jeg opplevde prøveintervjuene som god erfaring fordi jeg ble mer oppmerksom på hvordan jeg som forsker kunne påvirke det sosiale samspillet i intervjusituasjonen. Prøveintervjuene førte også til justeringer av intervjuguiden.

#### **4.2.2 Gjennomføringen av intervjuene**

Selve gjennomføringen av intervjuene ble gjort på ulike grupperom/klasserom på ungdommens skoler og varte mellom 35-60 minutter. Intervjuene ble med godkjenning av intervjupersonene tatt opp med taleopptak.

Kvale & Brinkmann (2009) fremhever viktigheten av å iscenesette intervjuet slik at intervjupersonen ser på intervjuet som en kontekst hvor han eller hun kan beskrive sine tanker, følelser og opplevelser. Starten av intervjuene blir dermed avgjørende, da ungdommene gjerne vil ha en klar oppfatning av meg som person før de deler egne tanker (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under intervjuene var jeg opptatt av å skape god kontakt ved å vise interesse, og lytte til ungdommene. Jeg inviterte ungdommene til generell prat før jeg gjennomførte det Kvale & Brinkmann (2009) beskriver som en «brifing». Her introduserte jeg intervjuet og la frem hvordan intervjusituasjonen kom til å foregå før jeg sammen med intervjupersonen gikk igjennom informasjonsskriv og samtykkeerklæring, og åpnet for spørsmål.

Etter de to første intervjuene ble jeg tryggere på intervjusituasjonen og egen intervjuguide. Dette medførte at jeg gjorde små endringer på intervjuguiden i form av omformulering og fjerning av noen spørsmål jeg ikke erfarte fungerte optimalt til å oppmuntre ungdommene til å presentere egne forståelser og erfaringer. Jeg støtter meg her til Malterud (2013) som påpeker at det verken er nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen. Malterud (2013, s. 129) hevder at «tvert imot bør intervjuguiden revideres underveis i feltarbeidet, etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokuset bør konsentreres».

Under intervjuene la jeg vekt på å være aktivt lyttende ved å stille oppfølgingsspørsmål både for å få mer detaljert informasjon og vise at jeg var interessert, samtidig som jeg

var bevisst på å la ungdommene få komme med sine beskrivelser i det som var en naturlig rekkefølge for dem. Jeg tok utgangspunkt i intervjuguiden med hensikt å styre intervjuene i den grad at jeg var sikker på å få dekt de ulike delene. Intervjusamtalene fløt godt, noe som resulterte i at ungdommene ofte besvarte spørsmålene uten at disse nødvendigvis ble stilt av meg. I tråd med Kvale & Brinkmanns (2009) kvalifikasjonskriterier for intervjuer fokuserte jeg på å klargjøre og utdype meningen bak intervjupersonenes uttalelser mens intervjuet foregikk. Dette gjorde jeg ved å gi fortolkninger og oppsummeringer som de enten kunne bekrefte eller avkrefte. Eksempel spurte jeg ved flere anledninger «Har jeg forstått det rett at du mener/tenker/føler at ...?». I følge Malterud (2013) vil slike spørsmål bidra til at råmaterialet på lydopptakene i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og intervjuperson, og vil dermed fungerer som en validering underveis.

Under gjennomføringen av refleksjonsdelen av intervjuet ble samtalen i større grad styrt av meg som forsker. Jeg fokuserte på å ikke virke kritisk til ungdommenes svar og forståelser, samtidig som jeg prøvde å utfordre dem til å tenke dypere. Denne delen gav derfor andre forutsetninger for det sosiale samspillet i intervjuene, og dermed også for kunnskapen som ble skapt. Gjennom å stille mer direkte spørsmål kan jeg i større grad hatt innvirkning på de forståelsene som kom frem.

I noen av intervjuene fungerte etter min erfaring denne delen veldig godt, da det kom frem flere nyanser i ungdommenes beskrivelser ved at de la frem nye sider ved egen forståelse og til dels andre meninger enn det de hadde uttrykt tidligere. Jeg støtter meg her til Kvale & Brinkmann (2009) som hevder at hvis intervjupersonene under et intervju endrer egne uttalelser, meninger eller holdninger så skyldes det ikke nødvendigvis en upålitelig eller ugyldig intervjuteknikk, men kan heller vitne om intervjuteknikkens evne til å få frem flere nyanser (s. 257). Noen av ungdommene gav også uttrykk for at det var interessant å drøfte rundt deres allerede uttrykte forståelser. I andre av intervjuene fungerte ikke denne delen helt slik den var tilsiktet. Da ungdommene i liten grad presenterte nye tanker, meninger eller forståelser når jeg presenterte andre perspektiver enn hva de selv hadde lagt frem. I disse intervjuene ble dermed ikke datamaterialet rikere i mengde eller nyanser, men refleksjonsdelen fungerte mer som en valideringsprosess hvor det ble tydelig klargjort og utdypet hva disse ungdommene mente med sine uttalelser.

En negativ faktor ved selve gjennomføringen av intervjuene var at det under noen av intervjuene forekom forstyrrelser. Forstyrrelser i form av at det var bråkete utenfor rommet, eller at det var lærere eller vaskere som kom inn i rommet for å hente ting. Disse forstyrrelsene satt intervjuene på pause og bidro i noen grad til å gjøre de berørte intervjuene opphaket, men jeg erfarte det ikke som et stort problem. En annen refleksjon omhandler at jeg erfarte at intervjusituasjonene i noen tilfeller fikk preg av mitt valg om å skrive notater underveis. Dette virket til tider å være en distraksjon for intervjupersonene i form av at det så ut som de ble ops på hva jeg gjorde og datt ut av egne fortellinger. I intervjuene jeg erfarte dette avsluttet jeg å notere for å gi intervjupersonen min fulle oppmerksomhet.

Avslutningsvis i intervjuene gjorde jeg det Kvale & Brinkmann (2009) beskriver som en «debriefing». Her spurte jeg ungdommene om de hadde mer de ville si eller noen spørsmål. Jeg spurte også hvordan de hadde opplevd selve gjennomføringen av intervjuet, og takket dem for at de stilte opp.

Jeg erfarte en positivt og avslappet relasjon mellom meg og ungdommene. De fleste visste stor åpenhet rundt både positive og negative erfaringer, var prateglade, og var til dels både selvkritiske og reflekterte rundt egne forståelser og uttalelser. Andre var ikke like prateglade og hadde heller ikke samme behov eller ønske om å fortelle om personlige erfaringer og forståelser. Jeg erfarte fort at intervjuene med de sistnevnte krevde mer av meg som forsker, både i form av at det ble mer utfordrende og energikrevende å få spontane utfyllende svar. Likevel satt jeg igjen med følelsen av et vellykket intervjuarbeid, hvor jeg følte både strukturen på, og spørsmålene i intervjuguiden fungerte.

#### **4.2.3 Forskerrollen i kvalitative intervju**

Når en forsker gjennomfører et intervju innebærer det å bruke seg selv i form av at forskeren er sitt eget metodeinstrument (Dalland, 2012). Derfor må kvalitative studier alltid reflektere over hvordan forskeren selv kan ha betydning i analysene som utføres (Thagaard, 2013).

Et konstruktivistisk perspektiv på kvalitative intervju fremhever at forskningskunnskap produseres sosialt, og betrakter forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen

(Malterud, 2003; Thagaard, 2013). Intervjuuttalser blir ikke «samlet inn» av forskeren, men skapt i felleskap med intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette fremhever betydningen av at forskeren må gjøre rede for sin involvering i forskningsprosessen (Thagaard, 2013).

Thagaard (2013, s. 113) påpeker at «perspektivet på intervjusituasjonen som en sosial interaksjon mellom forsker og intervjuperson problematiserer betydningen av hvordan forskeren fremstår for intervjupersonene». Relasjonen som utvikles i intervjuet kan i seg selv ses som et metodisk poeng (Thagaard, 2013). I følge Thagaard (2013) bør forskeren møte sine informanter med «et åpent sinn», og søke å unngå at egne verdier påvirker intervjusituasjonen. Dette for å avverge at intervjupersonen svar blir påvirket utfra det han eller hun tror er forskerens interesser eller synspunkter. Thagaard (2013) påpeker imidlertid at intervjuet, uansett hvor åpen forskeren er vil påvirkes av det sosiale samspillet som tar form mellom forsker og intervjuperson. Hvordan selve intervjusituasjonen blir gjennomført vil derfor ha stor betydning for om intervjupersonen velger å «redigere» sine meninger, tanker og holdninger, eller om de svarer det de faktisk tenker og mener (Thagaard, 2013). For å oppnå et rikt datamateriale hevder Malterud (2013) at forskeren må skape en trygg og tillitsvekkende intervjusituasjon hvor det unngås å skape sosial avstand til intervjupersonen. I følge Thagaard (2013) kan en slik avstand mellom forsker og intervjuperson være uheldig da det kan lede til at intervjupersonen blir skeptisk til det forskeren representerer.

Jeg vil aldri kunne gi et endelig svar på hvilken betydning jeg har hatt i kunnskapsutviklingen, men som Thagaard (2013) påpeker kan og bør jeg reflektere over hvilke forhold som kan ha preget relasjonen mellom meg og intervjupersonene.

Både mine personlige egenskaper og ytre kjennetegn som kjønn, alder, kropp og sosial bakgrunn vil kunne påvirke utviklingen av intervjuet (Thagaard, 2013). Dette er noe jeg hadde fokus på i planlegging av, og under gjennomføringen av intervjuene. Jeg kledde meg uformelt og fokuserte på at språket og stemning under intervjuene ble lagt på et nivå som forhåpentligvis gjorde det lettere for ungdommene å føle seg tilpass og som likeverdige. På tross av disse forhånds vurderingene var det naturlig nok uansett til stede en viss sosial avstand mellom meg som intervjuer og ungdommene. Det at ungdommene ble informert om min rolle som masterstudent fra Norges Idrettshøgskole

kan i seg selv ha bidratt til å skape en avstand, eller påvirket deres oppfatning av meg som person og mine verdier. Det at jeg selv har en kropp som er i tråd med hva de unge forstår som helse, kan også ha påvirket svarene deres. Hadde jeg selv vært overvektig hadde de mest sannsynlig ikke uttalt seg like negativt om overvekt som det de gjorde.

Under intervjuene fokuserte jeg på å være åpen, lyttende og interessert i ungdommens svar, samtidig som jeg var oppmerksom på å verken gi «bekreftende» eller «avkreftende» tilbakemeldinger muntlig eller i form av kroppsspråk. For å forebygge at intervjupersonene skulle redigere sine svar utfra hvilke verdier de tok utgangspunkt i at jeg hadde, valgte jeg ved oppstarten av intervjuene å ha en uformell samtale hvor jeg klargjorde at det ikke fantes «riktige» eller «gale» svar, og at jeg ikke var ute etter å bedømme eller vurdere men å forstå. Ungdommene var slik jeg erfarte det både pågående og aktive i intervjusituasjonene, dette kan ifølge Thagaard (2013) bekrefte at ungdommene ikke opplevde seg som underordnet i intervjusituasjonen. Inntrykket jeg satt igjen med var at jeg klarte å få ungdommene til å føle at de var ekspertene, og at de svarte både spontant og ærlig.

Jeg erfarte at min rolle som intervjuer både utviklet og endret seg underveis i feltarbeidet. Jeg gjorde meg mange erfaringer, både negative og positive, under hvert intervju som jeg reflekterte rundt og tok med meg videre i de neste intervjuene. Jeg valgte også å transkribere intervjuene fortløpende, noe jeg følte gav meg større innsikt i hvordan jeg selv opptrede og resulterte i at jeg gjorde nye tilpasninger til hvert intervju. Eksempel i form av lengden på pauser, hvordan jeg stilte spørsmål og hvordan jeg fulgte opp intervjupersonenes svar.

### **4.3 *Behandling av data***

#### **4.3.1 Transkribering – prosessen om å skrive ut intervjuet**

Transkribering av intervjuer handler om å i størst mulig grad ivareta det som opprinnelig skjedde, selve transkripsjonen får derfor stor betydning for det endelige datamaterialet (Dalland, 2012).

Malterud (2013, s 75) påpeker at «all forskning bygger på fortolkning av representasjoner av den virkeligheten vi ønsker å studere». De virkelige rådata er den faktiske hendelsen, mellom de som deltok og deres opplevelse av den (Malterud, 2013).

Fra denne faktiske hendelsen til det endelige datamaterialet i form av tekst er det flere abstraksjoner forskeren ikke kommer utenom, og hvordan disse håndteres vil gi utslag for hvor godt forskeren klarer å ta vare på de virkelige rådataene (Malterud, 2013). Lydopptaket av intervjuet medfører en første abstraksjon fra den faktiske hendelsen, og medfører tap av kroppsspråk og kroppsholdning. Selve transkripsjonen, hvor den muntlige samtalen blir til skriftlig form, vil innebære enda en abstraksjon hvor stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187).

I følge Kvale & Brinkmann (2009) kan transkripsjoner ses som oversettelser fra talespråk til skriftspråk. Å transkribere er «en fortolkningsprosess der forskjellene mellom talespråk og skrevne tekster kan skape en rekke praktiske og prinsipielle problemer» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 186). Elementære ting som hvor man skal sette punktum og komma vil i seg selv være en fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsøk på ordrette transkripsjoner er ikke nødvendigvis det som bevarer rådataene best. Slike forsøk kan føre til at meningsinnholdet verken blir dekkende for den muntlige samtalen som tok sted, eller for de skriftlige tekstenes formalistiske stil (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Malterud (2013) vil det alltid skje en fordreining av intervjuet, selv ved detaljert ord for ord gjengivelse. Kvale & Brinkmann (2009) fremhever at det ikke eksisterer en fasit på hvordan man skal oversette fra muntlig til skriftlig form, men at enhver forsker bør stille seg spørsmålet om hva som er en nyttig transkripsjon for den aktuelle forskningen.

For å bevare mest mulig av de opprinnelige rådataene skrev jeg notater omkring hvordan intervjupersonenes erfaringer og forståelser ble formidlet og oppfattet (Malterud, 2013). Dette ble gjort både underveis i intervjuene og under transkriberingen. Intervjupersonene hadde et aktivt kroppsspråk under intervjuene, både i form av at de brukte egen kropp til å vise og forklare ting, og i form av stor variasjon i ansiktsuttrykk, stemmeleie og selvsikkerhet. Jeg merket derfor tidlig i arbeidet med transkribering og analyse at egne notater fungerte justerende for meningsinnholdet i det som ble sagt.

Under transkriberingen utførte jeg nesten gjennomgående ord for ord transkripsjon, men det var ved noen anledninger behov for å ombygge talesetninger slik at meningsinnholdet også kom frem i skriftlig form. Transkripsjonsprosessen ble, for å øke



dens pålitelighet, gjennomført i to omganger. I første omgang transkriberte jeg fortløpende mens jeg hørte på opptaket før jeg i andre omgang hørte igjennom opptaket en gang til og gikk igjennom egen transkripsjon.

Jeg tok jeg hensyn til konfidensialitetsprinsippet (Kvale & Brinkmann, 2009) ved at jeg slettet de tilfellene hvor ungdommene delte personopplysninger om seg selv, eller andre som ikke var innenfor prosjektets godkjente behandling av personopplysninger. Eller ikke var relevante. Jeg strukturerte intervju samtalen slik at de ble bedre egnet for analyse ved å sette tydelige skiller mellom hvem som pratet, og hvilke spørsmål som ble besvart. Jeg skrev også inn egne notatene i samme dokument for å få en samlet oversikt over dataene.

#### **4.3.2 Validitet, reliabilitet og overførbarhet**

«While the credibility in quantitative research depends on instrument construction, in qualitative research, ‘the researcher is the instrument’» (Patton, 2001 I: Golafshani, 2003).

Mens kvantitative forskere så godt som det lar seg gjøre prøver å objektivere forskningsprosessen, må kvalitative forskere omfavne sin involvering og rolle i forskningen (Golafshani, 2003). Denne oppgavens vitenskapsteoretisk forankring innen sosialkonstruktivismen anser forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, noe som får betydning når det kommer til å beskrive forskningens troverdighet (Thagaard, 2013).

Det eksisterer ulike forståelser av begrepene validitet og reliabilitet innen kvalitativ forskning (Golafshani, 2003). Golafshani (2003) hevder at selv om reliabilitet og validitet ofte blir behandlet separat i kvantitative studier, så blir de ikke alltid behandlet separat i kvalitative studier. I stedet blir terminologi som troverdighet, overførbarhet og tillit brukt til dels om hverandre (Golafshani, 2003). Thagaard (2013, s. 23) påpeker imidlertid at det ikke har «nedfelt seg noen etablert praksis innenfor kvalitativ forskning som anvender alternative begreper for å vurdere spørsmål om forskningens legitimitet». Thagaard (2013) velger derfor i sin bok *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitativ metode* (4.utg) å bruke begrepene reliabilitet og validitet.

## Validitet

Validitet omhandler spørsmål om forskningenes gyldighet (Thagaard, 2013). Seale (1999, I: Thagaard, 2013, s 205) skiller i likhet med Malterud (2013) mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet knyttes til vurderingen av fortolkninger som omfatter en enkelt studie, mens ekstern validitet knyttes til om forståelsene i den enkelte studie også kan være relevante i andre sammenhenger (Thagaard, 2013).

Kvale & Brinkmann (2009) hevder at når gyldigheten ved funn skal fastslås så må det vurderes i hvilken grad undersøkelsen undersøker det den søker å undersøke. I følge Thagaard (2013) kan en også vurdere forskningsvaliditet ved å se på funnene i lys av annen relevant forskning. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at valideringen av forskning ikke hører til en spesiell undersøkelsesfase, men er gjennomgående i hele forskningsprosessen. Å validere er å kontrollere og stille spørsmål. Forskeren bør ha et kritisk syn på egne fortolkninger og vise leseren veien til forståelsene oppgaven resulterer i (Kvale & Brinkmann, 2009). Malterud (2013, s.188) fremhever at «når vi skal stille spørsmål om validitet i en kvalitativ studie, er utfordringen å lese de mange konkurrerende alternative svar i materialet, og å gi en begrunnet overveielse om hvorfor noen resultater har sterkere gyldighet enn andre i forhold til problemstillingen som skulle belyses». Hofmann & Hold (2013) hevder at gyldigheten av en vitenskapelig fortolkning avhenger av forskerens evne til å redegjøre for hvilke ideologier og interesser som kan ha påvirket egen forskningsprosess. For å styrke forskningens validitet må forskeren gjøre rede for fremgangsmåter i prosjektet, relasjoner i felten, og reflektere over sin posisjon under feltarbeidet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg har i tråd med hva Kvale & Brinkmann (2009) fremhever som viktig for forsknings gyldighet fokusert på å ha et kritisk syn til egen prosess og egne fortolkninger. Jeg har i hovedsak brukt metode kapitlet for å tydeliggjøre hvordan jeg i samhandling med intervjupersonene kom frem til de forståelsene oppgaven resulterer i. Her vil jeg trekke frem hvordan jeg underveis i intervjuene gav ungdommene mulighet til å vurdere egne uttalelser. Jeg har også belyst egen forforståelse og posisjon innen forskningsfeltet innledningsvis, samt som jeg har reflektert rundt egen forskerrolle i intervjuene og vil senere redegjøre egen forskerrolle i analysene. I resultat og analyse kapitlet vil jeg presentere oppgavens funn og egne tolkninger i lys av relevant teori og tidligere forskning. Det vil gjennomgående bli presentert sitater og utdrag fra selve empirien for å

redegjøre for egne tolkninger, og gi leseren innblikk i, og forståelse av selve datagrunnlaget i undersøkelsen. Slik at leseren selv har mulighet til å kunne tolke dataene, og dermed også kunne vurdere gyldigheten av mine tolkninger.

## **Reliabilitet**

Lincoln & Guba (1985: I Golafshani, 2003, s. 601) hevder at det ikke kan snakkes om validitet uten reliabilitet, da forskningens reliabilitet (påliteligheten) blir sett som en konsekvens av dens validiteten (gyldigheten).

«Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). «Normen sier at presentasjonen av resultatene skal gjøres slik at den tillater kontroll, etterprøving og kritikk» (Dalland, 2012, s. 118). Når det gjelder kvalitativ forskning får denne normen et annet utgangspunkt enn i kvantitativ forskning, da det aldri vil være mulig å identisk reprodusere et kvalitativ intervju. Utfra oppgaves sosialkonstruktivistiske perspektiv vil heller ikke spørsmål om en slik repliserbarhet være relevant (Thagaard, 2013). Kunnskapen forskningen fører til ses som utviklet gjennom den sosiale relasjonen som utspilte seg mellom forsker og intervjuperson, dermed vil den aldri identisk kunne reproduseres av andre. Dalland (2012) hevder at utfordringen i kvalitative studier derfor blir å beskrive fremgangsmåten så grundig at leseren får mulighet til vurdere de tolkningene som er blitt gjort, og de resultatene som blir lagt frem.

Reliabilitet i kvalitativ forskning kan derfor knyttes til om, og hvordan jeg har gjort rede for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Oppgavens reliabilitet vil derfor kunne vurderes utfra oppgavens metode kapitel hvor jeg har forsøk å beskrive fremgangsmåten i oppgaven, både i form av det rent praktiske, og det mellommenneskelige feltarbeidet som er blitt gjort. Oppgavens reliabilitet må også ses i lys av min forskerrolle både under intervjuarbeidet, transkribering og analyse.

## **Overførbarhet**

Ifølge Malterud (2013) og Thagaard (2013) er det å vurdere forskningens eksterne validitet det samme som å stille spørsmål om forskningens overførbarhet. Malterud

(2013, s. 62) hevder at det «å spørre etter overførbarhet er en måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern validitet på».

Malterud (2013) fremhever at det er viktig å være bevist på at de ulike kriteriene for overførbarhet ikke kan oppfylles fullstendig i et forskningsprosjekt. Dataene undersøkelsen kommer frem til vil kun representere en avgrenset del av virkeligheten, og den enkelte forsker vil alltid på en eller annen måte ha betydning i forskningens resultater (Malterud, 2013). Malterud (2013) beskriver med utgangspunkt i Kohak (1978) at målet derfor ikke blir å eliminere problemene, men å synliggjøre og diskutere dem for å gi innsikt i de aspektene kunnskapen utvikles under (s. 23). Representative utvalg og mulighet for repliserbarhet vil sjeldent være relevant i kvalitativ forskning (Malterud, 2013). De fleste intervjuundersøkelser vil være umulig å identisk reprodusere, og utvalget vil som oftest være for lite til at resultatene skal kunne generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2009). Å spørre etter relevans kan derfor være mer gunstig. Vi kan drøfte hvordan og hvorfor en enkelt studie også kan være relevant i andre sammenhenger (Malterud, 2013).

Utvalget i denne oppgaven består, som tidligere utdypet, av fem gutter og fem jenter fra tre forskjellige skoler i Oslo. Utvalget kan på den ene siden argumenteres for som mangfoldig, da de tre skolene representerer ulike miljøer og kulturer utfra sin geografiske beliggenhet. På den andre siden kan også utvalget klassifiseres som både for homogent, og for lite til å kunne si noe om ungdommers forståelser utover dette spesifikke prosjektet.

Selv om denne oppgaven i hovedsak gir mye informasjon om relativt få enheter, så er den til en viss grad overførbar og relevant til å også kunne gjelde andre ungdommer enn utvalget sine forståelser. Ungdommene viser i stor grad samstemte forståelser og resultatene samsvarer med funn i andre lignende studier. I følge litteraturen indikerer dette både gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

#### **4.4 Etiske refleksjoner**

«Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre, det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater» (Dalland, 2012, s 94).

Enhver forsker må underordne seg etiske prinsipper, og må innen rammen for sitt forskningsprosjekt betrakte de etiske prinsipper og retningslinjer som eksisterer i forskningskonteksten (Johannessen, et.al 2010; Thagaard, 2013). Sentrale etiske krav og hensyn i forskningsprosesser omhandler: *forskerens rolle, kravet om frivillig og informert samtykke, kravet om konfidensialitet, eventuelle konsekvenser av forskningen, og formell godkjenning av forskningen* (Kvale & Brinkmann, 2009).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil etiske problemstillinger prege hele forløpet i intervjuundersøkelser og *forskerens rolle* som person vil derfor være avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutningene som tas. Innsikt i verdspørsmål, etiske retningslinjer og teorier kan hjelpe forskere i prosessen med å ta ulike etiske hensyn, men det er hovedsakelig forskerens integritet i forhold til ærlighet, erfaring, kunnskap og rettferdighet som vil være mest avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2009).

#### **4.4.1 Informert samtykke**

Det informerte samtykke skal orientere deltakerne i forskning om hva deltakelsen innebærer, og skal forsikre at de som involveres gjøre dette på et fritt selvstendig grunnlag (Dalland, 2012). Kvale & Brinkmann (2009) legger frem at deltakerne bør informeres om forskningsprosjektets overordnede formål, hovedtrekkene i designen, og mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at det å informere om en undersøkelse krever nøye avveining om hvilken informasjon som skal gis og når, det kan på den ene siden bli gitt for mye informasjon og på den andre siden kan det utelates opplysninger som kan ha betydning for deltakerne. Oppgaves informasjonsskriv (vedlegg 2) ble utformet i tråd med retningslinjene til norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Samtykke inneholdt informasjon om prosjektets overordnede mål, personvern, hva selve deltakelsen i prosjektet innebar, og påpekte at valget om deltakelse var frivillig og at det var mulighet til å trekke seg når som helst uten begrunnelse. Bevisst ble ikke oppgavens problemstillinger presentert i detalj, dette for å unngå at informantene skulle forberede seg eller ledes mot spesifikke svar. Etikken bak dette kan diskuteres da heller ikke kroppsøvingslærerne fikk noe mer informasjon enn det utvalget fikk, og var derfor til

dels uvitende om kroppsøvingsfagets rolle i oppgaven. Dette var et bevisst valg for å unngå at lærerne, og da kanskje undervisningen skulle påvirkes på forhånd.

Deltakerne i studien fikk ved første møte opplest og utdelt oppgavens informasjonsskriv, og under intervjuene ble informasjonsskrivet gjennomgått på nytt for å sikre deres forståelse. Dermed ble det gitt både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, og alle deltakerne gav både muntlig og skriftlig samtykke til deltakelse.

#### **4.4.2 Konfidensialitet, eventuelle konsekvenser og formell godkjenning**

Gjennom intervjuarbeidet fikk jeg som forsker innblikk i mine informanternes personlige forståelser, tanker og meninger. Jeg fikk også innsikt i deres identitet. Dette fører til at jeg som forsker må ta ulike avgjørelser og hensyn ut fra etiske prinsipper for å sikre personvernet til mine deltakere. I den sammenheng har jeg forholdt meg til prinsippet om konfidensialitet. De som gjøres til gjenstand for forskning har krav på at all informasjon blir behandlet konfidensielt, og at jeg som forsker ilegges et etisk ansvar for å forhindre bruk og formidling av informasjon som kan skade mine intervjupersoner (Thagaard, 2013). Jeg har derfor under arbeidet med oppgaven anonymisert mine deltakere og deres skoler ved å gi dem fiktive navn. Malterud (2013) hevder at en god hovedregel er å etablere et fysisk skille mellom tekst for analysen og persondata om deltakerne, jeg har derfor oppbevart samtykkeerklæringene til deltakerne i oppgaven i et låst skap, mens lydopptakene og de transkriberte tekstene har vært lagret på en passord beskyttet minnepenn. Både opptak og transkribert datamateriale vil bli slettet ved prosjektets slutt i henhold til retningslinjene gitt fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Et annet etisk prinsipp omhandler at jeg som forsker må vurdere og informere om eventuelle konsekvenser deltakere kan få ved å delta i et forskningen. Dette innebærer at jeg har et etisk ansvar med å beskytte integriteten til deltakerne ved å tilrettelegge for at forskningen ikke medfører dem negative konsekvenser (Thagaard, 2013). For å unngå at mine informanter skulle oppleve negative konsekvenser har jeg fokusert på at deres anonymitet skulle bli ivaretatt, slik at de ikke vil stå i fare for å oppleve negative tilbakemeldinger på grunnlag av egne uttalelser.

De metodologiske valg tatt i min oppgave medførte direkte kontakt mellom meg som forsker og utvalget, noe som medførte at jeg fikk personopplysninger som direkte eller indirekte kunne knyttes til de ulike enkeltpersonene (Thagaard, 2013). Prosjektet ble derfor meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste høsten 2015 (Vedlegg 3).

## **4.5 Analyse**

### **4.5.1 Forskerrollen i analysen**

Kvalitativ forskning er preget av flytende overganger mellom innsamling og analyse av data (Nilssen, 2012, Thagaard, 2013). Analysen starter allerede under intervjuarbeidet når forskeren utvikler en forståelse av det som blir studert, og må ta ulike valg basert på egne fortolkninger av de situasjonene som oppstår (Thagaard, 2013). Transkripsjonen av intervjuene må også ses som en del av analysen i form av at det vil være naturlig at forskeren gjennom transkripsjonen gjør seg opp ulike tolkninger og forståelser av materialet. Arbeidet med å få oversikt over materialet innebærer at forskeren tenker over deres betydning og utvikler perspektiver på hvordan dataene kan forstås (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2013). Forskerrollen i analysen kan derfor betraktes som en gjennomgående aktivitet under store deler av forskningsprosessen.

Skille mellom analyse og tolkning er et interessant tema innen kvalitativ forskning. Nilssen (2012) hevder at dette kan være vanskelig, men påpeker at analyseprosessen er når forskeren kommer frem til funn, mens tolkningsprosessen er det som hjelper forskeren å skape mening i funnene.

Thagaard (2013) påpeker at det gjennom analyse og tolkning er viktig å være seg selv bevisst. Min faglige plattform vil prege min forståelse av resultatene, og min forståelse vil alltid kun være en fortolkning av ungdommens forståelse. Gjennom egen utdanning og jobb er jeg knyttet til oppgavens tematiser, og det kan da være fort gjort å «se seg blind». Slik Jørgensen & Phillips (1999, s. 31) legger frem «Det kan være svært at undersøge de diskurser, man selv er tæt på og har en mening om». Med inspirasjon fra den fenomenologiske tradisjonen hevder Jørgensen & Phillips (1999, s. 31) at forskeren må prøve å «sætte parantes om sig selv og ens egen 'viden', så godt man kan, så ens egne vurderinger ikke overskygger analysen». Det å beherske å reflektere utenfor egen

forforståelse, og i en vis grad «fremmedgjøre» seg selv fra materialet vil være sentralt (Jørgensen & Philips, 1999).

Selv om kvalitativ forskning er preget av analyse gjennom hele forskningsprosessen blir det ofte opprettholdt et skille mellom innsamling av data og analyse av data (Nilssen, 2012; Thagaard, 2013). Dette skillet oppstår ved «den situasjonen hvor forskeren forlater kontakten med personer i felten og går over til å analysere og fortolke den teksten som er et resultat av arbeidet i felten» (Thagaard, 2013, s. 120). Under arbeidet med selve analysen fikk det som var en direkte interaksjon mellom meg som forsker og intervjupersonene en indirekte karakter (Thagaard, 2013). Min relasjon til intervjupersonene foregikk gjennom transkripsjonstekster, notater og egne minner. Dette ga meg som forsker et ekstra ansvar. Intervjupersonene hadde ikke lengre direkte medvirkning, og min egen innflytelse over forskningen blir mer fremtredende (Thagaard, 2013). Det vesentlige ble som Thagaard (2013) legger frem å ta vare på ungdommens perspektiv gjennom analysen og prestasjonen av data. Det var min lojalitet ovenfor intervjupersonene som sikret deres interesser.

Selv om det oppstår et skille mellom feltarbeid og analyse vil jeg i presentasjonen av oppgavens analyser og resultater, på samme måte som jeg har forsøkt å gjøre gjennomgående i metode kapittelet, fokusere på å få frem ulike tolkninger og erfaringer som ble gjort underveis i intervjuarbeidet for å bevare alle deler av analysen.

Datamaterialet som presenteres og analyseres i de kommende kapitlene består av: 10 transkriberte intervjuer (83 sider tekst), notater fra intervju og transkriberingsarbeidet, og egne erfaringer og opplevelser under intervju og transkripsjonsarbeidet.

#### **4.5.2 Oppgavens analysestrategi**

Jeg vil gjennom analysene se oppgaves datamateriale i lys av oppgavens teoretiske utgangspunkt, tidligere forskning og annen relevant litteratur.

Kvalitative data representerer store mengder informasjon, og det må tas valg i forhold til hvilke deler av materialet en skal konsentrere seg om. Denne prosessen representerer ifølge Matlterud (2013) en filtrering av datamaterialet. For min studie handlet dette om å filtrere hvilke deler av datamaterialet som bidro til utvikling av ny kunnskap og hvilke



deler som viste seg å være mindre relevante. Analysen handlet om å stille spørsmål til materialet, og i analysefasen bestemmes hvilket fokus disse spørsmålene skulle ha (Malterud, 2013). Slik Malterud (2013, s. 92) påpeker, kan jeg «ikke samtidig spørre etter motsigelser som variasjonsbredde og fellestrekk». I analysearbeidet fokuserte jeg på å stille ulike spørsmål til, og rettet ulike fokus mot datamaterialet med mål om å få frem både variasjonsbredden og fellestrekkene i forståelsene til ungdommene. Jeg startet selve analysen med å skrive sammendrag fra hvert intervju. Før jeg gikk en ny runde i datamaterialet hvor jeg samlet ungdommenes svar under like/samme spørsmål for å gi meg selv en bedre oversikt og helhetlig forståelse av datamaterialet. Deretter tok jeg en tredje runde i materialet hvor brukte jeg ulike fargekoder for å koble sammen fellestrekk og variasjoner i ungdommenes forståelser.

Sitatene som presenteres i analysene er valgt utfra hvor godt de representerte ungdommens forståelser, både med tanke på å få frem nyansene og fellestrekkene. Jeg ønsker gjennom presentasjonen av oppgavens resultater og analyser å ha fokus på å være tett knyttet til eget datamateriale med mål om å få frem ungdommenes forståelser så detaljert og lojalt som mulig både for å bevare deres integritet, og for å gi leseren innsikt og forståelse i oppgavens datamateriale.

Slik det tidligere er presentert vil analysen, med bakgrunn i oppgavens sosialkonstruktivistiske tilnærming være inspirert av et diskursanalytisk perspektiv. Her vil jeg bruke diskursanalyse som en tilnærming uten at jeg gjennomfører en formell diskursanalyse (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2013).

Hitching & Veum (2011) påpeker at diskursanalyse dreier seg om å studere sosialt konstruerte fenomener og vaner som er så naturaliserte at de oppfattes som «naturlige». I min analyse handlet diskursanalyse om å arbeide med hva som var blitt sagt for å undersøke hvilke mønstre det var i utsagnene, og hvilke sosiale konsekvenser de ulike diskursive fremstillingene kunne skape (Jørgensen & Phillips, 1999). Gjennom oppgavens analyser ønsket jeg å rette et vitenskapelig søkelys mot eventuelle tatt for gitt heter i ungdommens forståelser av helse. Jeg ville studere hvilke mønstre, og «sannheter», angående det å prate om helse som viste seg i ungdommers uttrykkelser og hvordan disse kan gi implikasjoner for deres sosiale handlinger. Jeg ønsket å belyse hvordan ungdommene skaper mening i helse gjennom hvordan de uttrykker seg. Sirnes (1999, s. 31) hevder at «dersom diskursanalysen lykkast, kan han vise kva som har makt

over tenkinga og kategoriseringen til folk – men også over kjenslene og emosjonane – og som derfor er opphavet både til forståelsen og engasjementet». Jeg ønsket gjennom oppgavens analyse å se hvilke kontekster som har hatt betydning i konstruksjonen av ungdommens helseforståelse.

Under arbeidet med analysen har følgende analytiske spørsmål stått sentralt.

- *Hvilke bestemte måter å forstå eller snakke om helse på viser seg i datamaterialet*
- *Hvilke aksepterte fremstillinger om helse innenfor gitte tids og stedshorisonter kan ses i datamaterialet*
- *Viser det seg «tatt-for-gitt-heter» rundt helse i ungdommens forståelser*
- *Hvordan skaper ungdommens språk representasjoner, og forståelser av helse*

## 5. Resultater og analyse

Presentasjonen av oppgavens resultater og analyser består av tre deler. Del 1 (5.1) er en analyse av informantenes forståelser av helse. I del 2 (5.2) analyseres opphavet til deres forståelser mens del 3 (5.3) er en analyse av informantenes forståelser av hvordan helse kommer til uttrykk i kroppsøvningsfaget. Gjennom en diskursanalytisk tilnærming har jeg kommet frem til ulike diskurser/temaer som var sentrale i ungdommenes måter å forstå og uttrykke helse. Disse vil bli tematisk presentert og tolket. Deretter følger diskusjonskapittelet hvor jeg gjennom tre ulike diskusjoner, basert på oppgavens problemstillinger sammenfatter og ser oppgavens mest sentrale funn i lys av oppgavens teoretiske utgangspunkt og tidligere forskning.

### 5.1 Ungdommenes forståelser av helse

#### 5.1.1 Helse som kroppens «stand»

Ungdommene trengte ikke tenke seg mye om før de uttrykte visshet om hva helse var. De uttrykte seg som om svaret var åpenbart. De virket å ta for-gitt at de selv og andre vet hva helse er. I tråd med hva Mæland (2009) hevder viste det seg imidlertid at flere etter hvert fikk problemer med å presentere sin intuitive eller middelbare og litt skråsikre forståelse.

*'' Ja, jeg vet hva det er. Men det er litt vanskelig å finne en god definisjon på det. Jeg tenker helse handler om i hvilken stand kroppen din er. Det innebærer trening og mat'' (Mia)*

Helse som kroppens «stand» representerer et tydelig mønster i ungdommenes måter å prate om helse på. Helse ble først og fremst knyttet til hvordan den fysiske kroppen ser ut og fungerer. En kropp i god «stand» representerte god helse, mens en kropp i dårlig «stand» representerte dårlig helse.

*'' Ja. Det er jo ... Helse er min fysiske stand på en måte, ved aktivitet og riktig kosthold. Jeg tenker på trening, spise sunt, ja det er egentlig det jeg tenker mest på. Fysisk aktivitet mye og kosthold'' (Lars)*

*'' Det er hvordan du behandler kroppen din, hvor mye du spiser, aktivitet, og hvor godt du behandler kroppen. For meg så handler det mye om at du skal se bra ut, trene mye og spise bra. Men jeg tror også det handler om å holde deg fri for sykdommer og den slags'' (...) '' Det er veldig mye sånn, hvordan man ser ut, jeg tenker at det har med helse å gjøre. Hvert fall i dag. Om du trener mye og alt det der, og at du ser bra ut og sånn. Det er et tema*

*som ofte kommer opp. Også litt det å spise sunt, at jeg og vennene mine lager sunn mat og tenker sånn «nå skal vi være sunne» '' (Hilde)*

Helse ble intuitivt kommunisert som hvordan mennesket skal eller bør behandle kroppen og disse intuitive forståelsene la premisser for ungdommenes forhold til helse. Språket de bruker forsyner de selv og andre med spesifikke meninger og verdier knyttet til helse (Burr, 1995). Den diskursive fremstillingen av helse som kroppens stand formidler god helse som å «behandle» kroppen rett og «holde» den sunn og frisk. Ungdommenes språk var i stor grad sentrert rundt kropp og kroppsform. Dette var tematikker samtlige av ungdommene berørte, men det var likevel mest tydelig hos jentene. Helse ble knyttet til kroppsstørrelse, vekt og kroppens fysiske funksjoner. Vi snakket om dårlig helse, og Mia fortalte:

*'' Da tenker jeg at da er ikke kroppen din i god stand. Da er det tungt å være i aktivitet, du er kortpustet. Og at du har dårlig, hva skal man si, at noen ofte har problemer med fedme. Det forbinder jeg med dårlig helse''*

Helse ble uttrykt som noe man kan se og måle. Språket ungdommene brukte indikerte at helsen viser seg gjennom den observerbare kroppen. Veltrent og tynn representerer god helse, mens utrent og overvekt representerer dårlig helse. Koblingen mellom riktig kropp og god helse gjør dem i stand til å diagnostisere andres helse ved å observere deres kroppsfasonger.

*'' Ja. Du ser jo om en person har bra helse eller ikke. På kroppsfasongen, hvordan personen ser ut'' (Silje)*

*'' Nå skal jeg ikke være slem, men jeg kan jo se at de som er litt runde, tynne eller overvektige. Det kan hende de har det medfødt. Men noen har det jo og fordi de spiser mye, og har dårlig helse. Også kan man jo se på atleter, og tenkte de har god helse i forhold. Jeg føler det går litt på størrelse på kropp. Og om man har et våkent blikk'' (Linn)*

At helse knyttes til kroppens fysiske egenskaper og utseende ble uttrykt som en selvfølgelighet. I likhet med hva annen forskning (Burrows, 2008) viser, forstår ungdommene i størst grad helse som noe en kan se i form av vekt, kroppsstørrelse og fasong. Dette indikerer som Mæland (2009) hevder, at kroppens overflate er blitt helsens speil.

### 5.1.2 Trening + kosthold = helse

Begrepene trening, kosthold, fysisk aktivitet og idrett var sentrale når ungdommene snakket om helse. Helse som «kroppens stand» ble forstått som et resultat av det å spise riktig og trene mye. Diskursen trening + kosthold = helse ble omtalt som en «oppskrift» på helse.

*«Det jeg tenker er liksom de tre hovedgreiene som på en måte alle har som en slags oppskrift på helse. Helse er jo de tre tingene: være sunn, være aktiv og søvn og sånne greier» (..) ‘‘ Det første jeg tenker på er selvfølgelig først og fremst sunn mat og aktivitet. Det å være i aktivitet for å holde kroppen sunn. Trening, spising og soving’’ (Ask)*

En sunn livsstil ble forstått som hovedstrategien for å oppnå god helse, og en sunn livsstil var i deres forståelser noe vi mennesker automatisk oppnår gjennom «rett» mengde trening og «rett» kosthold. Denne relativt normative fremstilling av helse skaper et bilde av at mennesket må trene for å bli ansett som sunn.

*‘‘ For å få god helse så er det viktig å spise riktig og være i fysisk aktivitet, så man tar vare på kroppen sin. (...) Og får å få dårlig helse så er det vel egentlig å gjøre det motsatte. Spise dårlig mat, trene lite, være i lite fysisk aktivitet. Da mister du god helse’’ (Lars)*

Ungdommene brukte uttrykkene «burde», «burde ikke», og ‘‘ riktig’’ og ‘‘ galt’’ når de pratet om helse. Ulike helsediskurser skaper klare «retningslinjer» for hva man burde, og hva man ikke burde gjøre. De snakket om hvordan mennesker skal og bør behandle kroppen for å unngå dårlig helse. Fet og sukkerholdig mat er et «ikke burde», mens trening og sunn mat er et «burde». Ungdommene uttrykte seg i utgangspunktet lite kritiske til disse ‘‘ riktig’’ og ‘‘ galt’’ kategoriene. De kommuniserte disse som «sannheter» uten å reflektere helse som et personlig fenomen, noe som gjør veien til helse forskjellig fra individ til individ (Fugelli & Ingstad, 2001). De virker å ta det for gitt at det de hører rundt seg som riktig og galt gjelder for alle.

De vurderte egen og andres helse direkte opp mot kosthold, aktivitetsnivå, fysiske prestasjoner og utseende. Silje mente at hun verken hadde bra eller dårlig, men middels god helse. Dette fordi hun ikke spiste sjokolade hver dag, men heller ikke jogget hver dag. På denne måten gikk regnestykket opp på et vis. Mia følte hun hadde god helse

fordi hun spiste sunt og var i mye aktivitet. God helse ble kommunisert som riktig balanse av energi inn og energi ut.

Ungdommene uttrykte at var helse viktig, og la frem en forståelse av at god helse var noe mennesket måtte jobbe for. Når jeg fulgte opp hvorfor helse var så viktig for dem viste det seg i hovedsak to motivasjoner for god helse. Den første var knyttet til det å «se bra ut», og det «å kunne bygge muskler» og «å være tynn eller/og vel trent». Den andre var knyttet til prestasjon; det å kunne prestere på skolen, sosialt, og i idretten. Når de unge svarte på hvorfor helse var viktig ble helse automatisk knyttet til, og i stor grad forstått som trening.

*'' Trening er utrolig viktig for meg. Altså jeg vil jo være vel trent og sterk og ha en fin kropp. Også vil jeg gå på en sport hvor jeg har mange venner og sånn, det var grunnen til at jeg startet. Også er det jo veldig gøy når man scorer og får til ting og sånn. Også liker jeg styrke og basistening og sånn, etter jeg har gjort det føler jeg med veldig flink'' (Linn)*

### 5.1.3 Dualistiske forståelser

Som vist over ble helse først og fremst uttrykt som kroppens «stand», og noe som avgjøres av trening og kosthold. Deretter, ved spørsmålet om det fantes forskjellige måter å forstå helse på uttrykte de unge etter hvert helse som noe mer mangesidig. De uttrykte seg da relativt umiddelbart gjennom dualistiske termer. De snakket frem et klart skille mellom «fysisk helse» og «psykisk helse». De pratet også om «god helse» og «dårlig helse», og disse som motsetninger eller som et enten eller.

*'' Eh, ja. Vet ikke helt hva du sikter til. Men det er jo på en måte den psykiske helsen og den fysiske. Selv om man ser bra ut, så kan det hende den psykiske helsen din ikke er på topp, kanskje du sliter med noe innvendig'' (...)'' Hvis du bare sitter stille så kanskje du har god psykisk helse men da har du ikke god fysisk helse'' (Hilde)*

Ungdommens forståelse av helse som noe delt visste seg også når Erik snakket om hva han mente var god og dårlig helse.

*'' God, hvis du tar sånn fysisk. Så er det å spise sunt og være i aktivitet, trene. Psykisk så er det vanskeligere, du kan ha god og dårlig helse uansett. Hvis man har mange gode venner så er det lettere å ha god helse enn hvis du ikke har mange venner. Hvis man ikke greier å få noen venner, så er det lettere å få en dårlig psykisk helse, også hvis man stresser mye'' (Erik)*

Nå brukte ungdommene ord og uttrykk som «innvendig», «venner», «hvordan du har det», «angst», «depresjon» og «selvtillit». De uttrykte i stor grad fysisk og psykisk helse som uavhengige av hverandre, men det viste seg også nyanser. Når Hilde svarte på om helse kunne ses eller oppleves sa hun følgende:

*“ Ja, man kan se det fysiske. Helt enkelt kroppsfasong, hvordan du ser ut. Ser noen kjempegodt trent ut, så kan man se at de trener og spiser sunt. Men man kan og merke den psykiske helsen hvis en person på en måte ikke er helt tilstedeværende og sånn. Hvis man ikke har det bra så har man ikke god fysisk helse heller” (Hilde)*

Intuitivt gjør Hilde et skille, men etter litt betegnningstid uttrykker hun i større grad en forståelse av at fysisk og psykisk helse henger sammen. I refleksjonsdelen tok jeg opp denne tematikken med Hilde og spurte om fysisk og psykisk helse var uavhengige. Da sa hun:

*“ Det henger litt sammen. Om du skal klare å mestre ting, trene godt osv., Så må du og ha det godt inni deg. Stole på deg selv. Jeg tenker at hvis man skal ha god psykisk helse så er det for meg viktig å få trent og holdt kroppen min i gang. Siden da kan jeg slappe av med alt det kroppsstyret, da trener jeg og er sunn”*

Hilde knytter det å føle seg bra til om hun har innfridd det hun føler er samfunnet krav til kropp og sunnhet, og dermed kan «slappe av». Dette var en mønster i ungdommens forståelser. De pratet om dårlig psykisk helse som noe mennesket får om det ikke er fornøyd med seg selv, og god psykisk helse som noe mennesket får om det er fornøyd. Kriteriene for hva som var å være fornøyd med seg selv ble uttrykt som ytre «bestemmelser». Fokuset lå ikke på å føle seg bra med seg selv utfra egne mål og lyster, men om å kunne «slappe av» i forhold til kravene rundt dem.

Psykisk helse ble av flere redusert til menneskets evne til å innfri de kravene samfunnet stiller. Dårlig psykisk helse ble sett som en følge av stress og misnøye med seg selv. I relasjon til psykisk helse bruker ungdommene uttrykk som «lite venner», «dårlig sosialt» og «ikke fornøyd med egen kropp». Lars sier for eksempel at om man er overvektig så kan dette gå utover den psykiske helsen fordi da blir man mobbet. Dette er uttrykk som er lette å kjenne igjen fra media, hvor psykisk helse er mye debattert og en tematikk som ofte knyttes til at ungdom ikke er fornøyd med seg selv eller ikke føler de klarer å innfri «samfunnets» krav. Det kan virke som ungdommene forstår det slik at psykisk helse nærmest avgjøres av om de er i stand til å følge opp de krav og

forventninger som de erfarer at ligger til grunn for kroppens stand, utseende og fysiske prestasjoner. Fysisk helse, trening og fysisk aktivitet blir dermed sterkt knyttet til og sett på som avgjørende for livskvalitet. God fysisk helse = god psykisk helse.

Ungdommene kategoriserte helse som god eller dårlig, og syk eller frisk.

*“ God helse er jo frisk. At man ikke har sykdommer man sliter med. Dårlig form er jo at man har dårlig helse. Er man i god form så sliter man ikke med noe ”*  
(Lars)

*“ Ja det har det, hvis man har veldig dårlig helse så er det mye lettere å bli syk, og hvis du har god helse så er det vanskeligere. Det er på en måte motsetninger, fordi det henger så mye sammen, men samtidig så er det liksom en motsetning. Så hvis du har det ene så har du ikke det andre, og motsatt ”* (Erik)

I tillegg til å uttrykke god helse som en kropp i god «stand» uttrykte ungdommene god helse som det å være frisk. Språket sentrerte seg her likt som når de snakket om kroppens «stand» i form av at kroppen måtte være «slik den skal være», eller «slik som normalen». Dårlig helse ble assosiert med det å være syk, noe ungdommene uttrykte som problemer med kroppen. Har man dårlig helse er det lettere å bli syk, og har man god helse så er det vanskeligere å bli syk. Ungdommens dikotome uttrykksform er interessant. Helse forstås i henhold til en fasit. De unge pratet om normaltillstander eller en idealtillstand som en bestemt utgangsposisjon for hvordan kroppen og helsen «egentlig skal være». I følge ungdommene betraktes sykdom eller svekkelser, for eksempel overvekt, som en forstyrrelse som gjør at kroppen ikke ser ut, eller “ funker slik den skal”. Mia pratet om hva hun mener sykdom er:

*“ Jeg tenker at det er når kroppen din ikke er slik den egentlig skal være, eller slik som normalen. Slik som den egentlig skulle ha vært, hvis noe ikke funker slik det skal ”* (Mia)

Dette kan kobles til det Quennerstedt (2007) beskriver som patogene perspektiv på helse, hvor helse blir sett på som motsetningen til det unormale eller sykdom.

#### **5.1.4 Holistiske forståelser**

Det var tydelig at fysiske aspekter stod mest sentralt i ungdommens forståelser, men etter betenkningstid eller introduksjon av andre vinklinger kom også andre forståelser frem. Etter å ha uttrykt seg i mer eller mindre dualistiske former og dikotome begreper



hentet ungdommene etter hvert frem mer sammensatte eller holistiske helseforståelser. Det virket som de i ettertid av spørsmålet om forskjellige måter å forstå helse på, brukte lengre betegnelsestid og reflekterte i større grad.

Nå var også venner, familie, stresser ned, mestre mål, ha det godt og gjøre det man har lyst til begreper som ungdommene brukte når de snakket om helse. Dette viser at helse for ungdommene også omhandler mer enn kun det fysiske. Helse kobles til både fysiske, sosiale, emosjonelle og kognitive dimensjoner. Helse betegnes dermed som noe helhetlig. Når vi snakket om hva som kunne påvirke menneskers helse, og hva de selv gjorde når de følte de brukte tid på egen helse, sa Hilde og Thea:

*“ Det å trene i seg selv er jo å passe på kroppen din, og jeg føler jo at jeg spiser ganske sunt. Også det med psykisk helse, jeg er ikke alt for stresset for hvordan jeg ser ut, og jeg har gode venner og familie rundt meg, og jeg føler ting er på plass. Jeg prøver å trene en del, og liksom spise sunt når jeg kan, men også det at jeg ikke blir panisk. Jeg føler å ivareta helsen også er å ta vare på det man har inni seg, prøve å stresser litt ned ” (Hilde)*

*“ Jeg mener jo at helsen min skal være god sånn at jeg skal ha det godt i hverdagen, klare å mestere målene mine, holde humøret oppe, klare og snakke med andre. Men jeg kan bli for sliten av for mye helse, i form av trening osv. Jeg har hatt mange skader som har påvirket meg. Så man må lære å sette seg en strek for hvor langt man bør presse seg selv ” (Thea)*

Selv om ungdommene intuitivt uttrykte helse som noe observerbart og generelt, kom det etter hvert forståelser av helse som noe subjektivt. Noe som ikke kun kan vurderes ut fra den observerbare kroppen fordi det omhandler flere dimensjoner ved mennesket enn kun det fysiske. Disse forståelsene kom frem på eget initiativ, men de viste seg først etter lengre betegnelsestid og kun hos et fåtall av de unge. Erik fortalte at det er vanskelig “ å se helse ” fordi det er individuelt hvordan det ses eller oppfattes. Det samme gjorde Thea som kommuniserte helse som ikke målbart, fordi det er individuelt og subjektivt. Helse forstås her som «noe man har selv», og kan derfor ikke sammenlignes mellom mennesker.

Denne forståelsen peker i en noe annen retning enn forståelsene ungdommene først la frem og vektla mest. Når de pratet om helse i relasjon til trening og kosthold virket de å ta-for-gitt at nok trening og rett kosthold førte til god helse. I den sammenheng ble ikke reflektert rundt individualitet, og hvordan for eksempel bevegelse, trening og kosthold

vil ha ulik effekt og betydning for ulike mennesker (Gard & Wright, 2001). Dette kan indikere at fokuset i de sosiale kontekstene ungdommene tar del i kan være så sterkt vektet mot den ene siden at den enkleste løsningen blir å bare tenke, og handle som «alle andre». Bredere forståelser ligger der, men disse kommer ikke like lett frem. Det kan virke som det er så «normalisert» å snakke om helse som trening, kosthold og kropp at andre forståelser, og måter å prate om det på kommer i annen rekke. Flere av ungdommene uttrykte seg etter hvert som selvmotsigende når de pratet om at helse kunne ses eller måles. Denne usikkerheten ser jeg som en indikator på at de besitter forståelser av helse som noe mer helhetlig enn kun fysiologisk, men at det kanskje er «lettere» å uttrykke og forholde seg til helse som noe mer svart - hvitt enn å se alle nyansene i det.

*'' Jeg tenker at man kan være kraftigere og ha god helse. Men ofte på sosiale medier, de der sunnhetsfanatikerne er ofte veldig tynne selv. Så da tenker man fort automatisk at man må se sånn ut for å være sunn. Men man kan ha veldig mange andre forskjellige kropper og, og selv om være sunn'' (Mia)*

Helse som noe individuelt viste seg også gjennom at helse blir kommunisert som et individuelt ansvar. Menneskers helse ble forstått som avgjort av egne livstils-valg. Når vi pratet om hvem og hva som kunne påvirke menneskers helse sa Espen og Henrik: «Mitt eget. Ingen kan tvinge meg direkte til å gjøre det. Jeg må sørge for at det skjer selv» og «Det er vel meg, jeg som bestemmer hva jeg tar inn i kroppen og det jeg gjør».

Det at ungdommene pratet om både sosiale, kognitive, og emosjonelle faktorer ved helse gjør at deres forståelser også kan knyttes til holistiske perspektiver på helse. Slik som Gadamer's sitt fokus på helse som vel-væren (Merok, 2001) og Nordenfelts (1987) fokus på helse som evnen til å nå egne mål.

### **5.1.5 Helsepress og måtehold**

Ungdommene pratet om et press på helse. De uttrykte en oppfatning om at «man skal ha god helse», eller som flere sa: at det i alle fall skal se ut som man har god helse.

*'' Jeg tror de fleste som lever i dagens samfunn er opptatt av det, man vil jo ikke ha dårlig helse. Man vil jo ikke ha dårlig psykisk helse heller, eksempel bli mobbet og sånn. Og man er jo opptatt av å være sterk, eller i alle fall skal se sterk ut'' (Lars)*

*“ For å ha et godt liv så må du ha et visst nivå på helsa de. (...) Så tror jeg og det er mye press og sånn fra samfunnet. Du skal liksom ha god helse. Det er press mot alle, kanskje jo eldre du blir jo mindre press blir det. Det kommer frem i media, de snakker om det og sånne ting ” (Erik)*

God helse ble fremstilt som noe mennesket får ytre positiv anerkjennelse for. God helse ble uttrykt som en bragd. Ungdommene ordla seg med uttrykk som «helsepress», «kroppspress» og «prestasjonspress». God helse, det å være sunn og det å se sunn ut ble av ungdommene i stor grad uttrykt som synonymmer. Det å «se bra ut» og det å ha god helse virket å være to sider av samme sak.

*“ Jeg føler at de som er på min alder tenker sånn, «ser du ut som du er i god form, så har du god helse». Det er egentlig sånt de snakker om. Kropp, hvordan du ser ut, hva man skal spise, mange tabletter man kan ta som skal gjøre underverker (...) Som det står litt om. Både i reklame og i nyhetene, og hos sånne treningsblogger folk. Det de legger ut lager et press i samfunnet ” (Lars)*

Når Silje fortalte hvorfor god helse var viktig sa hun:

*“ Fordi vi er ungdommer, og da er kroppen veldig viktig ” (...)’ I nåtiden har det blitt veldig viktig, fordi du alltid må være tynn og passe inn ” (Silje)*

Ungdommene uttrykte det de erfarte som et helsepress som naturlig, «fordi det trengs», som følge av økende inaktivitet og overvekt. Uttrykket «i nåtiden har det blitt veldig viktig» representerer også sentrale forståelser i materialet. Ungdommene forstod helse som et høyaktuelt tema i samfunnet generelt, men også spesielt knyttet til ungdomstiden. De hadde forståelser av at det ofte rettes et negativt fokus mot «late ungdommer». Dette viste seg blant annet når Thea snakket om hvorfor hun tror det er så stort fokus på helse i dagens samfunn.

*“ Jeg tror det handler om hvordan vi er. Jeg tror det har blitt viktig fordi det er så mange som mener at «man ikke gjør noe nå til dags», så derfor blir det så viktig, sånn at vi skal på en måte få et bedre rykte ” (Thea)*

Presset på helse oppleves, forstås og uttrykkes som et fokus på kropp, hvor noe er akseptabelt og «rett» mens noe ikke er det. Dette var ungdommene kritiske til, og påpekte at det var viktig å unngå å la seg påvirke av.

*“ Jeg bruker liksom helse når jeg må. Om jeg vil finne ut om noe kan gi meg bedre helse så søker jeg det opp. Men det er ikke sånn at jeg sitter ofte på*

*wepages og ser. Jeg følger noen Instagram kontoer. Jeg følger egentlig dessverre veldig mange sånne ... Jeg følger \*\*\*, \*\*\* og \*\*\* for å få større rumpe, det er viktig. Også følger jeg sånn trenings sider for forskjellige deler av kroppen, treningsøvelser. Også følger jeg sånne som legger ut sunn mat uten kalorier og sånn'' (Linn)*

Linn bruker ordet ‘‘ dessverre’’ når hun omtaler at hun følger ulike medier som promoterer helse relatert til den fysiske kroppens utseende. I likhet med flere av ungdommene legger hun frem en forståelse av at det ikke ses som fornuftig å følge slike sider, men velger selv å gjøre det. Det kan virke som helse egentlig ikke er temaet her. Teamet er kropp men helse brukes og forstås som et slags skalkeskjul hvor det egentlige budskapet maskeres. Det er sosialt akseptert at man vil ha en god helse, det ses som fornuftig. Det er kanskje ikke like akseptert å si at man vil forbedre egen kropp. Selv om de unge tydelig la frem at de erfarte et press på god helse uttrykte de i liten grad at de selv følte dette presset. Samtidig tok de mer eller mindre for-gitt at mange andre opplever presset.

*‘‘ Det er et press. Hvert fall blant jentene. Jeg føler ikke så mye press, men det er mange som føler et press ‘‘ (Lars)*

Det virket som det var viktig å understreke at det faktisk var et press, men at de selv ikke var offer for dette. Det virket som et nederlag å skulle vise at man ble påvirket av presset. Imidlertid virket det gjennom hvordan ungdommene pratet om egen helse, kropp og hverdag, som om majoriteten av dem både brydde seg om, og ble påvirket av det de selv benevnte som samfunnets krav. Flere av ungdommene uttrykte også at det er så mye fokus på helse at de tror de blir påvirket av det uansett om de prøver å unngå det. Slik jeg tolker det virker det som de ønsker å fraskrive seg «følelsen» av å bli påvirket av det de opplever at samfunnet rundt bygger opp av stress rundt helse.

På tross av at ungdommene til tider uttrykte helse som et slags prosjekt i menneskers liv, så la de også frem forståelser av og erfaringer med at det kan bli «for mye» helse. De ordla seg med uttrykk som «panisk», «hekta», og «sliten». De formidlet forståelser av at det er viktig med måtehold og det å finne en balanse når det kommer til helse. Helse er viktig, men det bør ikke være alt. Gjennom språket presenterte ungdommene to ulike veier til dårlig helse. Den ene gikk i retning av å bry seg for mye om helse slik at en blir ‘‘ panisk’. Den andre er motsetningen; at man ikke bryr seg nok. Det visste seg

et tydelig mønster der helse ble uttrykt som både noe «mennesket må gjøre», samtidig som noe mennesket bør forholde seg til med måtehold og balanse.

*“ Hvis du har god helse så har du et avslappet forhold til deg selv på en måte. Du kan jo ha fysisk helse, se bra ut, men hvis du på en måte piner deg selv for å gjøre det og det ikke er noe du har lyst til og derfor sliter med det mentale så er jeg ikke sikker på at du har god helse, selv om du ser bra ut og har oppnådd det du vil fysisk. (...) Jeg tror man kan få dårlig helse hvis man er ekstremt opptatt av hvordan man ser ut, og på den måten ikke tar vare på seg selv. Man kan få dårlig helse hvis man er for opptatt av helse. (...) Men man kan også få dårlig helse om man ikke bryr seg om kroppen sin. Hva du putter i deg og hvordan livsstil du har” (Hilde)*

De erfarte at fokuset på helse kunne være både helsefremmende og helseskadelig. Det kan virke som ungdommene selv ser at ulike diskursive forståelser av helse også kan gi negative sosiale konsekvenser. Når vi pratet om helsefokuset i samfunnet sa Ask:

*“ Det er vel for å prøve å holde oss sunne, selvfølgelig er det jo bedre å holde oss sunne enn ikke. Det at det står overalt kan jo gjøre at det faller oss mer naturlig inn å velge sunt, og høre på det som står. Om det er en helt vanlig ting i omgivelsene på en måte’ (...)’ Det jeg tenker når det står sånne ting som «push yourself», «no one is going to do it for you», osv. så kan noen tenke på det som motivasjon til å gjøre noe. Mens for andre kan det være stressende. Det at det er overalt rundt oss på en måte kan gjøre at det blir en vanlig ting, en slags konkurranse om det. Det trenger ikke alltid være positivt, som jeg sa i stad, så prøver jentene å konkurrere om å holde seg tynne. Også en annen versjon er at noen gutter har konkurranse om å bli sterkest, noen overtrener, og det kan jo være negativt. Det er vel egentlig det helse handler om, du skal ha noe godt men ikke alt for mye av det heller” (...) “ Jeg tenker det å konsentrere seg om seg selv er veldig viktig, å tenke på seg selv og ikke alle andre. Tenke på seg selv, og gjøre det man føler er best for seg selv, og ikke for mye” (Ask)*

Ungdommene er til dels reflekterte og kritiske rundt hvordan de bør forholde seg til «presset» de assosierer med helse, men samtidig virker det som dette kanskje er lettere å si enn å faktisk gjennomføre. De pratet om helse som noe som burde bli fremmet som både individuelt og helhetlig, samtidig som de først og fremst ikke gjorde dette selv. Når Erik svarte på om han følte han ofte hørte om helse sa han blant annet:

*“ Ja ganske ofte. I alle sammenhenger. I alt fra det du leser, til det du snakker om og hører. Tv, aviser, for eksempel. Det er mye forskjellig, mange sånne tips og sånn. Så er det mye forskning. Forskningen sier ofte det motsatte, noe kan være sunt den ene uken og den andre uken kan det være helt katastrofe. Mye motstridende, masse budskap og rot” (Erik)*

Dette kan indikere at ungdommene er informerte og «opplærte» til å være kritiske mottakere av helsebudskap. Samtidig viser det seg også at selv om de besitter en forståelse av at de bør være kritiske så er de egentlig ikke det i praksis. Sett i lys av oppgavens sosialkonstruktivistiske tilnærming, så er det tydelig at «samfunnets» økende fokus på at det er et press har påvirket ungdommene til å være bevisste på dette presset. Samfunnets fokus på inaktivitet, fedme og «late ungdommer» har satt seg i ungdommenes virkelighetsoppfatning. Ungdommene virker både å jobbe med, som Thea la frem: «å få et bedre rykte», samtidig som de også er bevisste og ønsker å unngå å la seg påvirke av «helsepresset». De ønsker å fokusere på helse i form av trening, kosthold og kropp, samtidig som de ønsker å unngå å la seg påvirke av idealene rundt dem. Et spørsmål som kan stilles er om det er alt oppstyret i ulike medier om press som bidrar til at det faktisk blir et press angående helse. Er det kanskje fokuset på presset som først gjør ungdommene klar over at de «bør» føle, og prate om et press? Dette vil jeg drøfte videre oppgavens første diskusjon (6.1).

## **5.2 Opphavet til deres forståelser**

### **5.2.1 Helse – noe man automatisk lærer**

Ungdommene la frem forståelser av at helse er noe mennesket automatisk lærer og gjør seg opp en mening om fordi det er et så sentralt tema i samfunnet. De uttrykte helse begrepet som «overalt», og kildene til deres forståelser var mange. De mest sentrale kildene var imidlertid media, venner, familie og skole. Vi pratet om hvor de følte de hadde fått sin forståelse av helse fra, da sa Espen og Mia:

*' Jeg tror det bare er normalt, det skjer bare automatisk. Foreldrene dine forteller deg hva du bør spise, og hva du ikke bør spise og når du bør legge deg. Det skjer bare automatisk. «Det er dårlig for helsen din» er en vanlig setning å si'' (Espen)*

*'' Man lærer jo. For det første hører man fra venner, foreldre, fritidsaktiviteter, også er det mye i media. Og i tillegg så får man jo og informasjon via skolen og via helsedirektoratet som også kommer med informasjon om tema. Du får informasjon fra mange forskjellige steder, så gjør man seg opp en mening'' (Mia)*

Media er konteksten som vektlegges mest når ungdommene uttrykker hvor de har fått sine forståelser av helse fra. Her blir aviser, internett, Facebook, bloggere og Instagram uttrykt som sentrale. Ungdommene forteller at mediene legger ut informasjon om hva

som er helseskadelig og hva som er helsefremmende. De uttrykker at fokuset ofte er rettet mot kropp og fysiske prestasjoner.

*'' Ja. Spesielt i sosiale medier. Det er sånn «perfekt kropp», «sommerkropp», da tenker jeg på helse. Selv om jeg ikke vet om det er helse. Det er mye om helse, helse har blitt veldig viktig. Det er overalt på sosiale medier. Hvordan kroppen din skal være, og hvordan man du skal spise. Hva slags mat som er sunn og hva som er usunn'' (Silje)*

Ungdommene uttaler at helsestoff i media interesserer dem, men de vektlegger at man må være kildekritisk.

*'' Jeg synes det er ganske spennende med helse og alt som har med trening å gjøre. Jeg har lest en del på nettet og sånn. Jeg får helsebudskap overalt, alt fra bilder av hvordan man skal se ut. Siden jeg føler jeg er interessert i det så har jeg valgt å søke litt opp selv og sånn, og ikke bare stole fult og helt på alle disse diettene som er ute og går. Man vil heller prioritere noe som er langvarig. Jeg søker overalt. Fra Youtube til helserådet, eller helsedirektoratet eller hva det heter. Jeg føler jeg har lest ganske mye om det. Det er overalt føler jeg'' (Hilde)*

*'' Jeg føler det kommer dagligdags, mens man blir eldre. Man leser om det på nettet og hører det fra familien, på skolen og gymlærerne. Vi hadde for eksempel prosjekt som handlet om hva som skulle til for å forbedre helsen. Da var det mest fysisk helse, da fikk jeg litt forståelse rundt det. Man lærer seg ting underveis, når man snakker med folk og sånn'' (Lars)*

Etter media vektlegger ungdommene familie og venner som mest betydningsfulle kontekster i konstruksjonen av deres helseforståelser. De uttrykker at det er en «selvfølge» at man lærer om helse fra egen familie. Fra familien får de beskjeder om hva de burde gjøre, og hva de ikke burde gjøre for å utvikle god helse. Samtlige av ungdommene erfarer helse som viktig for foreldrene deres. Foreldrene er opptatt av at både de selv og barna skal være sunne, trene mye og spise rett. Når det gjelder betydningen av venner så kobles dette i likhet med familien til at det er naturlig å prate om hva som er bra, og hva som er dårlig for helsen. Når de prater med venner om helse så snakker de for det meste om trening og kosthold. De deler erfaringer og tips til hvordan man kan prestere bedre og nå ulike mål.

I forbindelse med skolen er det valgfaget fysisk aktivitet og helse, og faget mat og helse som blir uttrykt som mest sentrale kilder i de unges konstruksjon av helseforståelse, deretter kroppsøvfaget. Ungdommene la frem at de i faget fysisk aktivitet og helse,

og faget mat og helse lærer om trening og kosthold, og hvilken betydning disse faktorene har for helsen. Flere av ungdommene trakk også frem kroppsøvingsfaget når vi snakket om hvor de hadde fått sine helseforståelser fra, men de visste en tydelig enighet om at kroppsøvingsfaget var lite betydningsfullt sammenlignet med for eksempel media og familie. Ungdommene uttrykte imidlertid at kroppsøvingsfaget lærte dem om fysisk aktivitet, trening og idretter og derfor om helse.

### **5.3 Ungdommenes forståelser av helse i kroppsøvingsfaget**

#### **5.3.1 Helse er essensen i gym**

På tross av at kroppsøvingsfaget ikke ble betraktet som en tydelig kilde i ungdommens konstruksjon av helseforståelser, ble helsebegrepet relativt umiddelbart nevnt når de unge ble inviterte til å prate om faget. Dette kan skyldes at helse var temaet før vi gikk over på kroppsøvingsfaget, men med utgangspunkt i deres klare meninger og utdypende svar tror jeg helse som begrep og fenomen ville dukket opp uavhengig om vi hadde pratet om dette først eller ikke.

Ungdommene presenterte kroppsøvingsfaget som et helse og inspirasjonsfag. De uttrykte kunnskap om helse, og god helse i seg selv som hovedmålene med faget. Dette med utgangspunkt i en forståelse av at det i et samfunnsperspektiv er nødvendig at faget er helsefremmende. De betegnet kroppsøvingsfaget som et helsefremmende fag som skulle virke forebyggende mot inaktivitet og fedme. «Gymmen» ble forstått som et fag hvor elevene skulle få bedre helse, lære om helse og bli inspirerte til å starte med organisert idrett på fritiden. De snakket om, og forstod i stor grad fagets formål som «åpenbart», og virket å ta det for gitt at både dem selv og alle andre vet hvorfor vi har et kroppsøvingfag i skolen. Slik en av ungdommene sa: *«alle vet hvorfor vi har kroppsøving»*. Det visste seg forøvrig at ungdommene i svært liten grad erfarte at kroppsøvingslærere snakket om fagets formål.

*“ Nei jeg tror egentlig ikke det. Men samtidig så tror jeg at det er veldig åpenbart, i alle fall for meg så er det åpenbart hvorfor vi har faget. Det er for å få elevene i aktivitet, og vise at kroppsøving er gøy. Forebygge fedme fra en ung alder, og gjøre slik at elevene får en positiv innstilling til det å være i aktivitet ” (...). ” Også tror jeg også at man skal lære litt om helse og sånn, og kosthold “ (Mia)*



Måten de uttrykte seg på viste tydelig at de så det som naturlig at lærerne ikke pratet om fagets formål. Som Henrik sa «*Jeg tror alle vet hvorfor vi har det uansett. (...) Det er jo for å ha aktivitet. (...) Fordi man må ha det, man må ha trening*».

Helse ble uttrykt som et åpenbart hovedpoeng i kroppsøvingsfaget, med begrunnelser i at siden faget handler om å være i aktivitet og lære om trening og kosthold så handler det om helse. Som Espen og Henrik sier: «*Gym er jo for å forbedre helsen*» og «*Ja det er jo det at vi skal trene for å ha bedre helse*». Faget handler om helse fordi faget handler om trening. De unge uttrykte helse som essensen i faget men la samtidig frem at de sjeldent erfarte helse som en konkret tematikk i undervisningen. Når jeg spurte Hilde og Lars om de følte de hadde lært om helse i kroppsøvingsfaget sa de blant annet:

*“ Jeg føler ikke at det er noe snakk om det, eller selvfølgelig det er jo essensen i gym. Men det er jo ikke noe man setter seg ned og prater om, jeg tror på en måte at folk tenker vi har liksom gym fordi vi skal ha god helse og alt det der. Men i mat og helse har vi litt om det, kosthold og hva du burde spise. Alt fra tallerkenmodeller, hvor mye grønnsaker og sånn ” (Hilde)*

*“ Ja, men det er veldig sjeldent syns jeg. Vi får beskjed om hva vi skal gjøre, også gjør vi det. «I dag skal dere ha fotball, nå deler vi opp der, så gjør vi de øvelsene». Men sånn når vi fikk vite hvordan den oppgaven (egentreningsprosjekt) skulle være og sånn, så snakket vi om helse og hva vi kunne skrive om helse. Da hadde vi en time eller to hvor vi lærer om kosthold, fysisk aktivitet og søvn og sånne type ting ” (Lars)*

Det fremstår slik jeg tolker det en tatt-for-gitt- het om helse sin betydning og plass i kroppsøvingsfaget. Det er så «åpenbart» at det ikke trengs reflekteres rundt.

### **5.3.2 Helse, et resultat av trening og kosthold**

Selv om majoriteten av ungdommene ikke erfarte helse som et konkret undervisningstema i kroppsøvingsfaget så tolket de undervisning om trening og kosthold som undervisning i, eller om helse. Når jeg spurte dem om kroppsøvingens lærerne hadde snakket om helse viste det seg at de unge erfarte at helse i kroppsøvingsfaget omhandlet trening og kosthold.

*“ Ja. Da snakker vi ofte om trening ” Espen. I: har dere snakket om noe mer som du tenker omhandler helse utenom kun trening? “ Nei det tror jeg ikke. Vi har ikke hatt det direkte som et tema, men vi har vel vært innom det. Eksempel når vi har forskjellige løpetester så sa læreren at vi i stedet for å ta buss og sånn*

*bør gå, fordi det er bedre for helsen din. Det handler om søvn, mat og å være aktiv'' (Espen)*

*'' De som har hatt meg i kroppsøving sier at god helse går ut på å trene riktig. Fordi jeg tror de vil fremheve kroppsøving som en bra hjelp til god helse. Mens de lærerne jeg har hatt i mat og helse vil jo da vise at mat og riktig kaloriinntak og sånn er en viktig kilde til god helse'' (Linn)*

Ungdommene erfarte tematikken «fysisk helse» som hovedfokuset i kroppsøvingsfaget. Det prates om å «trene riktig», «rett livsstil», «sunn livsstil», at det er viktig med riktig kosthold, fysisk aktivitet, og nok søvn. De erfarer at lærerne kobler helse til trening slik at de kan legitimere kroppsøvingsfaget som et viktig fag. Helse ble ikke uttrykt som et konkret tema i faget, men et tema som dukket opp.

*'' Vi har ikke snakket om det, sånn hva er helse, vi har bare kommet tilfeldigvis innom det. Det er for eksempel det med stress og søvn og sånn'' (Erik)*

*'' Nei. Men noen ganger, men da virker det som det kommer bare sånn ut av det blå. Sånn for eksempel om man ikke jobber, så kan læreren bruke det som et argument for at vi skal jobbe'' (Thea)*

De unge forstår helse som et «gyldig» argument for at de skal gi høy innsats i timene. Helse blir fremstilt som et resultat av å «jobbe hardt nok», altså ha høy nok intensitet i fysisk aktivitet. Gjennom ungdommens oppfatninger kan det tolkes som at lærerne i hovedsak kommuniserer helse som noe som omhandler fysiske aspekter – eller at de i alle fall ikke problematiseres dette. Ungdommens erfaringer indikerer lite refleksjon rundt hvordan helse kan forstås i kroppsøvingsfaget. Helse forstås som et tema som konstant er tilstede i faget, men som samtidig ikke er det. Det er så «åpenbart» hva helse handler om at det ses som naturlig at det ikke er tilstede noe dypere refleksjoner rundt dette.

*'' Hvis man har god kondisjon så har man god helse, og hvis man har god helse så har man god kondisjon'' (Linn)*

Ungdommene uttrykte først og fremst helse i kroppsøvingsfaget som noe som omhandlet hvordan mennesker skal behandle den fysiske kroppen. Helse blir i hovedsak presentert som noe objektivt. Noe alle kan oppnå gjennom «rette» valg og handlinger, og kroppsøvingsfaget ble omtalt som en arena hvor man skal lære disse rette valgene og

handlingene. Menneskekroppen blir objektivert gjennom at helse kommuniseres som et resultat av hvordan mennesket former og behandler kroppen i forhold til trening og kosthold. Ungdommene fortalte at de i kroppsøvningsfaget lærte om å spise «rett», «nok» og «ikke for mye». De snakket for eksempel om at menneskers kosthold må tilrettelegges utfra hvor mye man trener. Ved mye trening er det ikke et problem å spise mye, ved lite trening må det spises mindre. Følger man ikke disse «retningslinjene» vil det føre til dårlig helse. Det handler igjen om riktig balanse av energi inn og energi ut.

Ungdommene beskrev samtidig kroppsøvningsfaget som lite betydningsfylt for egen helse, og egne helseforståelser. De uttrykte at det verken var stor nok mengde eller «hard nok» aktivitet for at faget skulle ha vesentlig betydning for helsen. Når de unge pratet om hva som kunne påvirke helsen var språket sentrert rundt intensitet og mengde, og de vurderte helsegevinsten utfra type aktivitet. Når vi snakket om hvilken betydning kroppsøvningsfaget kunne ha for helsen sa Erik, Thea og Henrik:

*“ En veldig liten en, fordi det er jo ikke så veldig mye vi har. To timer i uken er ikke nok. Det å bare være i gymmen gir deg ikke god nok helse ” (Erik)*

*“ Altså gym? Nei jeg føler egentlig ikke det. Men det har vært noen ganger vi har hatt styrke, men det har bare vært sånn to ganger. Så nei ikke så veldig mye ” (Thea)*

*“ Det spørs hva vi har, eksempel volleyball, det er ikke veldig mye aktivitet i det. Mens med fotball, noe som nesten alle vil ha, da blir det mye mer spill og aktivitet, og da løper vi mye mer ” (Henrik)*

Slik jeg tolker ungdommene viser det seg at helse i kroppsøvningsfaget forbindes fysisk krevende aktiviteter, og lite med for eksempel mestringsfølelse, positive sosiale relasjoner og bevegelsesglede eller refleksjon.

### **5.3.3 Kroppsøvningsfaget som helseforebyggende**

Inspirert av Antonovkys (1991) salutogenese perspektiv på helse spurte jeg ungdommene om de i kroppsøvningsfaget fokuserte på hva som skaper helse. Ungdommene svarte at fagets fokus var «forebyggende». Fokuset lå først og fremst på hva som kan være negativt og ødeleggende for helsen.

*“ Forebyggende og sykdom og sånn (...) Det er nok mest fokus på negative ting. For eksempel «ikke spis dette da får du dårlig helse». Også er det jo liksom sånn at du hører om de som er deprimerte og sånn, og da blir det ofte veldig negativt. Men det er og mye tips og sånn til å få bedre helse” (Erik)*

Uttrykk som «det er ikke bra for helsen», og «hvis du gjør sånn får du dårlig helse» stod sentralt. De erfarte ikke refleksjon rundt hvordan for eksempel mestring og glede kan skape helse, men uttrykte at de skulle lære om hvordan de kan unngå å få dårlig helse. Igjen ble trening og kosthold forstått og fremstilt som «oppskriften» på god helse. I følge de unge skal faget bidra til å redusere helserisiko, sykdom, skader og overvekt. Imidlertid fortalte ungdommene at de i faget også pratet om hva som kan forbedre helsen. Dette kan i større grad knyttes til Antonovskys (1991) salutogene tilnærming, men på tross at språket rettes mot hva som er helsefremmende og ikke helseskadelig er fokuset imidlertid kun rettet mot den fysiske kroppen, og det med en «en forebyggende» undertone. Dette strider imot det salutogene perspektivet, som i et helseperspektiv ser hele mennesket av interesse.

Gadamers helseperspektiv ble også brukt som inspirasjon til intervjuene. Jeg spurte ungdommene om hva de tenkte om at helsen kanskje er best når vi ikke tenker over den. De unge var ikke umiddelbart enig. De virket å koble dette spørsmålet automatisk opp mot at mennesker burde tenkte gjennom hvordan de behandler egen kropp.

*“ Nei det synes jeg ikke, selv om det kan være slitsomt å tenke på at det er så mye press på helsen og sånn. Så kan man glemme seg helt, og komme i en vond sirkel og starte å trøstespise og alt mulig” (Linn)*

*“ Vi bør nok tenke over den. Man kjenner følelsen av dårlig samvittighet, og tenker sånn hvorfor gjorde jeg ikke det. Det går litt på hvordan jeg føler meg, etterpå så tenker jeg at jeg kanskje burde gjort det allikevel” (Thea)*

Det å ikke fokusere på helse assosieres med følelse av dårlig samvittighet. Dette fordi helse for dem assosieres sterkest med trening og kosthold. Tankegangen som viser seg blir dermed: ikke trene = ikke fokus på helse = dårlig samvittighet. I motsetning til Gadamers perspektiv uttrykkes helse som noe man må være oppmerksom på for at den skal være god, men det var også nyanser her. Lars fortalte at helse kanskje ikke bør være i så sterkt fokus.

*“Jeg kan tenke at det kan hende det stemmer. Da kommer det litt mer naturlig. Det blir ikke noe sånn prestasjon. Det kan være noen som får prestasjonsangst fordi det er sånn at man må være i god fysisk og psykisk form. Være bra sosialt osv. (...) Det dømmes ofte ut i fra hvem som er god i sport, ser bra ut og hvem som er bra sosiale. Og det har med helse å gjøre, at det går innenfor det store presset om du blir sett på som kul eller dum (...) Helse er viktig, man kan ikke si at det ikke er viktig, man må være bevisste på det. Men man trenger ikke vær over-bevisst. Jeg føler det er alt for mye fokus på det nå for tiden” (Lars)*

Et sentralt mønster i ungdommenes forståelser var at god helse ble forstått som en *prestasjon*, og noe man i kroppsøvfingsfaget kan få anerkjennelse for både av medelever og lærere. Det viser seg derfor at det også i kroppsøvfingsfaget erfares ulike kriterier for hva som er god helse og hva som ikke er «god nok» helse.

#### **5.3.4 Helse, noe man skal gjøre og lære**

Ungdommene pratet om helse som en del av kroppsøvfingsfaget på to ulike måter. For det første er det en forståelse av at undervisningen i seg selv omhandler helse da den innebærer fysisk aktivitet. For det andre er det en forståelse av at de skal lære om helse gjennom teoretisk undervisning i faget. De uttrykte at faget hadde både et praktisk og teoretisk ansvar omkring helse. Når vi pratet om hvorfor helse var sentralt i kroppsøvfingsfaget, sa Hilde:

*“Vi vet jo veldig mye nå, det at man ikke skal bli overvektig. Man vil gjøre det beste for barna, at de skal vokse opp med et sunt perspektiv. At de vet at om man blir ekstremt overvektig, så kan det være farlig” (Hilde)*

Ungdommene tok for-gitt at kroppsøvfingsfaget skulle lære dem om helse. Bare det å være i undervisningen blir sett som det å lære om helse, fordi da gjør de noe helsefremmende. De «lærer» å være i fysisk aktivitet. Når de mer konkret måtte svare på hva de følte de lærte om helse så ble helse i kroppsøving fort et mer diffust tema. Da jeg spurte Erik om hvorfor han erfarte helse som viktig i kroppsøvfingsfaget svarte han: «Det er bare viktig». Måten ungdommene uttrykte seg på representerer slik jeg tolker det en tildels overflatisk viten om helse som tematikk i kroppsøvfingsfaget. Det blir tatt for gitt at helse er viktig, men ikke reflektert rundt. Dette kan sies å speile «samfunnets» store fokus på helse, og den pågående debatten om kroppsøvfingsfagets verdier.

Når vi snakket om hva de mente de burde lære om helse i kroppsøvfingsfaget var ungdommene samstemte. De ønsket å lære om hvordan man skal passe på helsen. De

trakk frem kosthold, fysisk aktivitet, trening og søvn som hovedtematikker. Noen av ungdommene tok også opp psykisk helse, og at de i kroppsøvningsfaget ønsket å lære om dette da det var en tematikk som sjeldent kom frem.

*“ Mest kosthold, hva man bør spise og sånn. Både for de som skal bygge muskler og for de som jogger og vil bli slankere ” (Henrik)*

*“ Kosthold, trening, hvordan type trening, søvn og litt om, det går både på psykisk og fysisk. Kanskje mer om sykdommer som går under den psykiske helsen ” (Lars)*

Majoriteten av ungdommene uttrykte at de ønsket et større fokus på helse i kroppsøvningsfaget. De ønsket flere teoritimer hvor de kunne lære om, og diskutere helse. Når ungdommene brukte uttrykk som det «å lære å passe på helsen» kom det tydelig frem at dette i stor grad omhandlet å lære om «å passe på kroppen». I likhet med hva annen forskning (Walseth, Aartun & Engelsrud, 2015) viser ønsker ungdommene å lære om å bygge muskler, hvordan de kan bli slankere, og om sunt kosthold. Imidlertid var også nyanser her da enkelte av ungdommene mente at helse ikke burde være fokuset i kroppsøvningsfaget, fordi det var nok fokus på det andre steder.

### **5.3.5 Helse som noe mer enn fysisk aktivitet og kosthold**

I siste delen av intervjuet prøvde jeg å utfordre ungdommens forståelser av helse i kroppsøvningsfaget. Først og fremst gjennom å spørre om de kunne nevne andre aspekter i kroppsøvningsfaget som kunne assosieres med helse enn trening og kosthold. Majoriteten av ungdommene svarte kort og tydelig at de ikke hadde mer å fortelle.

*“ Nei. Det vi gjør i gymmen er at vi varmer opp med noen leker, så har vi enten fotball eller noe annet. Det er gymmen ” (Silje)*

Silje sin uttalelse over representerer mange av ungdommens svar på noen av spørsmålene jeg stilte. Jeg opplevde at flere av ungdommene mente at jeg overvurderte kroppsøvningsfaget. De gav meg en følelse av at jeg gjennom noen av mine spørsmål var utenfor det «gym» representere for dem. For eksempel når jeg spurte om de i kroppsøvningsfaget hadde snakket om ulike kroppsideal, eller om sosiale og emosjonelle aspekter ved helse så påpekte flere at «gym» var oppvarming, leker og idrettsaktiviteter og at de sjeldent lærer eller prater om ulike temaer.

Når jeg tok opp tematikker som samarbeid, sosialt, mestring og gøy kom det frem forståelser av at disse faktorene var tilstede i kroppsøvingsfaget. De unge skjønnte at disse både kunne knyttets til, og ha betydning for helse, men at dette ikke var noe de hadde snakket om i undervisningen. Mia fortalte først at kroppsøving var bra for helsen siden det inneholdt fysisk aktivitet. Når jeg videre spurte Mia om hva hun tenkte om at kroppsøvingsfaget også kunne være sosialt, inneholde samarbeid og være gøy, sa hun:

*'' Når du er sammen med andre og har det gøy med andre så påvirker det deg både psykisk og fysisk, siden da har du lyst til å gjøre det mer. Eksempel det er morsommere å jogge sammen med andre enn å gjøre det alene, det er sosialt''  
(Mia)*

Mia viser en forståelse om at sosiale faktorer også påvirker helsen, men hun assosierer det slik jeg tolker det i en lite nyansert fysisk retning. Forståelsen innebærer at det sosiale ikke ses som en helsegevinst i seg selv men som et middel for å gjøre det mer motiverende å være i fysisk aktivitet. Jeg spurte Mia hvorfor hun automatisk kun tenkte på fysiske dimensjoner som helsefremmende, da svarte hun:

*'' Fordi man tar kanskje ikke like mye opp psykisk helse. Men i mediene og sånn, så hører du litt om det, men da bruker de kanskje ikke så ofte ordet helse. Du hører om jenter som føler et press om å måtte prestere'' (Mia)*

Jeg tok også opp temaetikker som emosjonelle faktorerers betydning for helse, psykisk helse, spiseforstyrrelser, helsepress, overtrening, fitness og muskelbygging under samtalene med ungdommene. Ungdommene hadde til dels mye å fortelle rundt dette og gav uttrykk for ulike forståelser om hvordan disse tematikkene hang sammen med helse, men også her kom det frem at dette ikke var tematikker de hadde snakket om i kroppsøvingsfaget. Hilde fortalte at de ikke hadde snakket om verken spiseforstyrrelser eller fitness. Videre sa hun:

*'' Det burde kanskje være en ting man hadde tatt opp i gymmen. At man ikke på en måte må ha et så sterkt, negativt, syn på kroppen sin på en måte, slik at man ikke utvikler spiseforstyrrelser og sånt''*

Lars forstod det slik at presset på og ønsket om god helse i stor grad handlet om å oppnå ytre anerkjennelse.

*“ Det vet jeg det er mange som tenker, det kan man merke i klassen og man hører det når folk snakker, eksempel «samme for meg så lenge jeg ser bra ut sånn kroppsmessig» ” (Lars)*

Jeg spurte Lars om denne tematikken var noe de hadde snakket om i kroppsøvningsfaget? Da uttrykte han seg likt med flere av ungdommene og fortalte: *«Nei egentlig ikke, vi har til nå liksom bare gått i hallen og gjort noen aktiviteter»*. Imidlertid viser det seg også her visse nyanser, for eksempel fortalte Silje at de i kroppsøvningsfaget *«har snakket om at det er viktig å ikke trene alt for mye. Kroppen trenger å slappe av og, man trenger ikke trene hver eneste dag»* og Erik la frem at *«vi har ikke snakket så mye om det, men vi har snakket litt om psykisk helse. Blant annet at søvn er viktig, og mobbing handler jo om psykisk helse»*.

Når ungdommene pratet om helse i relasjon til kroppsøvningsfaget viste helse seg først og fremst som et begrep som ble knyttet til idrett, fysisk aktivitet og kosthold. Sosiale, kognitive og emosjonelle faktorer forstås av ungdommene som både tilstede i kroppsøvningsfaget og som betydningsfulle i forhold til helse, men samtidig som temaer som ikke blir knyttet til helse i faget.

Inspirert av Nordenfelts (1987) perspektiv på helse spurte jeg ungdommene hva de tenkte om et fokus på helse som evnen til å nå egne mål. Det er da evnen til å nå egne mål som avgjør graden av sunnhet, og mennesket er fornøyd med egen helse om han eller hun oppnår egne mål (Andrews, 1997). Flere av ungdommene var positive til et slikt perspektiv og uttrykte nye forståelser knyttet til helse når vi pratet om dette.

*“ Jo på mange måter så kan jo følelsen av å få til noe være med på å styrke gleden og alt mulig. Da føler man sikkert at man får en bedre følelse inni seg, at det kan føles at det er helsen. At man føler seg mer opplagt og blir mer glad og lettet ” (Linn)*

Jeg spurte videre Linn om hva hun tenkte om at dette helseperspektivet kunne vært noe som var i fokus i kroppsøvningsfaget. Da svarte hun:

*“ Ja. Fordi da kunne man sett det fra forskjellige perspektiver, også kunne alle, folk som også spiste usunt og ikke trente skjønt litt hva helse var, og vist hvordan de og kunne nå det ” (Linn)*



## 6. Diskusjon

Jeg vil i det kommende presentere og diskutere oppgavens resultater og analyser opp mot oppgavens problemstillinger, i lys av oppgavens teori, tidligere forskning og annen relevant litteratur.

### 6.1 *Hvordan forstår ungdommer helse?*

Gjennom den diskursinspirerte analysen så jeg etter bestemte måter ungdommene snakket om, og forstod helse på. Jeg identifiserte seks ulike temaer/diskurser knyttet til hvordan de unge pratet om og forstod helse. I lys av oppgavens sosialkonstruktivistiske og diskursinspirerte perspektiv forstås disse temaene som aksepterte fremstillinger av helse innenfor en gitt tid- og stedshorisont (Aadland, 2011; Jørgensen & Philips, 1999). Gjennom språket skaper ungdommene representasjoner av helse. Representasjoner som ikke kun er speilinger av en allerede eksisterende virkeligheter, men som også bidrar til å skape virkelighetene (Jørgensen & Philips, 1999).

Ungdommene i utvalget snakket først og fremst om helse som noe som omhandlet den fysiske kroppen. I deres diskursive forståelser ble helse kommunisert som kroppens «stand». Helse kom til uttrykk gjennom hvordan «man ser ut», og ungdommene virket i stor grad å ta det for- gitt at helse var noe som kunne observeres og måles. De assosierte helse til vekt, kroppsstørrelse og kroppsform. Ungdommene bekreftet som Kirk (2006) hevdet at det å ha en slank og trent kropp blir sett som bevis på helse. Ungdommene problematiserte imidlertid det å være «for tynn». Dette ble assosiert med dårlig helse og sykdommer, for eksempel spiseforstyrrelser. Disse forståelsene sammenfaller tydelig med tidligere forskning (Aspen, 2008; Burrows, 2008). Burrows (2008) hevder med utgangspunkt i forskning gjort på unges helseforståelser i New Zealand at: «Many children suggested that evaluating health was simply a matter of ‘looking’ at a person» og «health meant being not too thin and not too fat, but rather, just ‘right’» (Burrows, 2008, s. 28-29).

Forståelsene av helse som noe man kan se og måle er i kontrast til Gadamer's perspektiv på helse. I følge Gadamer (1996) kan helse verken avsløres, måles eller kategoriseres (s.96). Det som kjennetegner helsen er at den er tilstede når vi ikke er oppmerksomme

på den. Helse kan derfor ikke ses i lys av normalverdier eller ulike skalaer (Merok, 2001).

Ungdommene uttrykte helse som noe mennesket oppnår gjennom en «rett» livsstil. Denne «rette» livsstilen ble kommunisert i termer av at så lenge man tar vare på kroppen sin i form av å trene nok og spise rett, så oppnår man god helse. Gjennom språket konstruerte ungdommene et tydelig bilde av en viss type livsstil som rett, og som ønskelig for alle. Disse forståelsene sammenfaller også stor grad med resultater fra andre studier (Andersen, 2016; Aspen, 2008; Burrows, 2008).

Mange år med vitenskapelig forskning har vist at fysisk aktivitet kan gi en rekke helsegevinster både fysisk og psykisk, og at kostholdet påvirker helsen vår gjennom hele livet. Det at ungdommene besitter mye kunnskap om fysisk aktivitet, trening og kosthold er derfor positivt. Men det at helse i stor grad kun forstås som oppnåelig gjennom «riktig» trening og kosthold har av mange (Burrows, 2008; Dowling, 2010; Winsley & Armstrong, 2005) blitt problematisert, og er noe jeg vil problematisere videre i denne drøftingen.

Gjennom oppgavens sosialkonstruktivistisk perspektiv forstås ungdommenes helseforståelser som konstruert gjennom de ulike sosiale prosesser og kontekster de tar del i. Ungdommenes forståelser av at en sunn livsstil er ensbetydende med god helse må betraktes i lys av samfunnets store fokus på kosthold, dietter og trening som helsedyrkende strategier, og er dermed ikke overraskende. Burrows (2008) hevder at vi utfra slike helseforståelser kan konkludere med at «samfunnets» promotering av helse og fysisk aktivitet «virker». De unge har en tydelig forståelse av hvordan fysisk aktivitet og kosthold kan bidra til helsen (Burrows, 2008). Burrows (2008) hevder at det som er interessant, og til dels skremmende, er i hvor stor grad kosthold og trening dominerer unges forståelse av hva det innebærer å være sunn (s.28). Sosiale og emosjonelle faktorer rundt helse ble sjeldent tatt opp (Burrows, 2008). Dette viser seg også tydelig i ungdommens måter å prate om helse på. Når ungdommene uttrykker seg på denne måten bidrar de til å generere opp denne forståelsen både hos seg selv og andre. De blir medskaper av en diskursiv forståelse hvor helse ses som et resultat av kosthold og trening.

Ungdommens forståelser ligger i stor grad innen biomedisinske og ofte patogene perspektiver på helse. Helse oppfattes som normaltilstanden, mens sykdom (eksempel fedme) oppfattes som avvik fra denne normalen (Gjernes, 2004; Mæland, 2009; Quennerstedt, 2007). Ungdommene presenterte helse som et enten eller, og sykdom ble uttrykt som motsetningen til helse. Samtidig hevder de at dersom mennesket har en sykdom som ikke synlig påvirker kroppens utseende og funksjon så kan hun eller han ha god helse. En kropp som ikke fungerer, eller ikke ser ut slik «den skal gjøre» indikerer for ungdommene dårlig helse. Slik det tidligere er nevnt hevdet Antonovsky (1991) at det ikke er gunstig å kategorisere mennesker som enten friske eller syke. Hans salutogene tilnærmingen avviser denne klassifiseringen, og retter heller fokus mot at alle mennesker på et hvert tidspunkt alltid har helse (McCuaig & Quennerstedt, 2016).

Ungdommene uttrykte også helse gjennom dualistiske termer. De pratet om den «fysiske helsen» og den «psykiske helsen», og fremstilte i stor grad disse som avskilte og uavhengige fra hverandre. Selv om det ved noen anledninger ble uttrykt som mer sammenhengene. Den fysiske helsen ble knyttet til kroppens utseende og funksjon, mens den psykiske helsen ble knyttet til hvordan mennesker føler seg. Gadamer (1996) problematiserer forholdet mellom kropp og sjel i et helseperspektiv. Han hevder at helsen ikke kan deles opp i kropp og sjel, eller fysisk og psykisk (s. 96). I følge Gadamer er helse en helhetstilstand hvor vi finner vårt eget mål i harmoni med verden vi lever i (Svenaeus, 2003). Den samme tankegangen ligger også innen Antonovskys (1996b) salutogene perspektiv på helse, hvor helse betraktes som et kontinuitet der hele mennesket og dets virkelighet er av interesse (Quennerstedt, 2007).

Ungdommene i utvalget presenterte et relativt reduksjonistisk perspektiv på helse. Helse som fenomen og begrep brytes ned i deler, og helse blir uttrykt som noe alle kan oppnå så lenge de følger «oppskriften» på en sunn livsstil. Kroppen forstås som et objekt mennesker har i oppgave å «gi» god helse. Dette kan i lys av Gadamer (1996,2003), Antonovsky (1979,1991,1996) og andre ses som en for forenklet forståelse av helse. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015) beskriver helse som en tilstand av både fysisk, mentalt og sosialt velvære, og Dowling (2010) med utgangspunkt i Kirk & Colquhoun (1989) retter et fokus mot at menneskets helsetilstand aldri kun vil avspeile deres valg av livsstil, men også påvirkes av for eksempel sosiale og økonomiske forhold.

Rugseth (2016) hevder i likhet med Burrows (2008) at «ekspertene som får frem sammenhenger mellom trening og helse gjør jobben sin», og påpeker at det er positivt at mennesker får tilgang til den kunnskapen som utvikles. Rugseth (2016) hevder imidlertid at det er «andre som ikke gjør sin jobb, når det offentlige ordskiftet så totalt domineres av en slik måte å snakke om trening og aktivitet på». Rugseth etterlyser et søkelys mot hvordan det erfarer å trene og å være i bevegelse. Hun hevder at «Det er rett og slett ikke godt nok at trening og aktivitet utelukkende forstås som nyttig for noe». Rugseth (2016) fremhever at veien til god helse kan finnes i mange andre opplevelser og veivalg enn trening, og vil påvirkes av både tilfeldigheter og flaks. «Det er en grov forenkling å tro at trening avgjør menneskers livskvalitet og livsglede. Det er bare så lett å glemme det når alle maser om trening og helse og trening og helse og trening og helse» (Rugseth, 2016).

Ungdommene uttrykte helse som viktig, og til tider som et slags prosjekt i livet. De opplevde at det i samfunnet er et press på at mennesker «skal» ha god helse, eller i alle fall at det må se slik ut. Sett i lys av det store fokuset på helse i dagens moderne samfunn, spesielt innen media og politikk er ikke dette overraskende. Begrepene helse, trening, kosthold, fedme, og kropp knyttes hyppig sammen av både fagfolk og andre. Avis og blogg overskrifter som «*Forskning: Slik må du trene for å leve lengst mulig*» (Dyregrov, 2016) og «*Halve Norge er overvektige!*» (Strengelsrud, 2016) kan bidra til å gjøre ungdommens forståelser av helse mindre nyanserte, og øke deres bevissthet om at det eksisterer et helsepress. I VG skrives det «*Det er et presserende behov for å handle nå, for å forbedre helsen til dagens unge og til den neste generasjon*» (Bergsenseng, 2016). Slike formuleringer kan bidra til at de unge ser på helse som et «prosjekt» de må jobbe med.

På den andre siden kan det se ut til at samfunnet er i stand til å regulerer seg selv gjennom motkrefter som oppstår. Overskrifter som «*Ikke lytt til bloggerne*» (Sandli, 2009), og «*Unge jenter trener seg syke*» (Dagbladet, 2009) representerer to av mange artikler som hevder at det kan være negativt å ha for mye fokus på helse. Kritikken rettes spesielt mot forståelsen av helse som et resultat av trening og kosthold, og til at helse knyttes til den observerbare kroppen. I dagblad-artikkelen fra 2009 hevdes det at «*Minst ei jente i hver klasse på videregående lever så sunt at det er sykkelig, anslår eksperter*» og «*Det stadig økende fokuset på helse og overvekt fører til at flere blir*

*besatt av å spise sunt og riktig». I en artikkel fra VG uttales det blant annet «Det er positivt at ungdom er opptatte av helse og sunnhet (...) problemene oppstår når fokuset på sunnhet går over til å bli en besettelse» (VG, 2016). Disse «motkreftene» kan i større grad kobles til Gadammers perspektiv på helse, som fremmer at helsens første kjennetegn er fravær av bevissthet om helse. Gadamer (1996) påpeker at det alltid vil være mulig å etablere standardverdier for helse, men at et forsøk på å pålegge disse verdiene på et friskt menneske vil kunne resultere i å gjøre personen syk. Maktsterke diskurser og idealer lager så høye standardverdier for god helse at helse blir til et slags uoppnåelig fenomen hvor moral blir sentralt.*

I senere tid har det også blitt hevdet at de som vil tydeliggjøre og problematisere at det er et «press» på helse, kropp, trening og kosthold i større grad øker enn reduserer forekomsten av uhelse. For eksempel skriver Engelsrud og Nordtug (2016) i en kronikk på forskning.no at «Vi må slutte å prate om kroppspresset». De legger frem en forståelse av at samfunnets økende oppmerksomhet mot kroppspress i større grad gir fenomenet næring enn bremser det. Engelsrud & Nordtug (2016) hevder at «det trengs en annen forståelse av kroppen. I stedet for panikk og bekymring, kan mennesker – og særlig ungdom – oppmuntres til å la opplevelsen av å være kropp i verden tre frem». Med utgangspunkt i resultatene fra min studie tror jeg at dette også kan, og kanskje bør relateres til helse som fenomen. I stedet for at helsefremmende påvirkning reduseres til et jag om å gjøre «det riktige», kan kanskje en tilnærming hvor panikk og bekymring for helsetilstanden og helseforståelsene til ungdom heller byttes ut med å oppmuntre ungdom til å finne sin egen helseforståelse.

Til tross for at ungdommene uttrykte helse som noe mennesket burde ha fokus på, som et slags prosjekt, ble helse også uttrykt som noe mennesket burde forholde seg til med måtehold. Det kan se ut som de overnevnte «motkreftene» har satt et visst preg i ungdommens forståelser. Helse ble til tider kommunisert som et individuelt fenomen gjennom forståelser av at mennesket burde respektere at helsen har sin egen naturlige balanse. Ungdommene opplevde at det kan bli «for mye helse». De kommuniserte to veier til dårlig helse. Det å bry seg for mye, og det å bry seg for lite. Dette er i tråd med Gadammers (1996) idé om at mennesker, når det kommer til helse, ikke må tenke på seg selv som en ‘‘ case’’, men som en del av en ‘‘ life world’’ hvor man må finne sin egen vei og lære å akseptere egne grenser. Gadamer (1996) hevder at helsen verken kan eller

bør påtvinges. Ungdommene uttrykte tydelig at det i samfunnet er et press på helse, men imidlertid uttrykte de at de selv ikke følte dette presset. Både i mine resultater og i tidligere forskning (Ahlberg, 2016) viser det seg at mange ungdommer er relativt flinke til å skape balanse i sine liv når det gjelder helse. Det kan derfor være sentralt, som flere (Ahlberg, 2016; Engelsrud & Nordtug, 2016) har tatt opp før, at voksne personer som har innflytelse i unges liv bør passe på å ikke fremstille stress og det å føle press til selvoppfyllende profetier.

Ungdommene presenterte tydelige forståelser og meninger om hva som er sunt, og om hva mennesket bør gjøre og ikke bør gjøre for å oppnå god helse. Disse kunnskapene og forståelsene ses gjennom oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiv som konstruerte diskurser, sannheter, ideer og idealer som eksisterer i de kontekstene de unge tar del i. Winsley & Armstrong (2005) hevder at det å promotere, og motivere unge til mer fysisk aktivitet kan føre til helsegevinster både for enkeltindivider og samfunnet. Da er det imidlertid sentralt å promotere helse som en holistisk tilstand og kroppslig bevegelse som et fenomen som både innebærer fysiologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner (Borgen & Bratland, 2016; Winsley & Armstrong, 2005).

Synet på helse som «noe mer», og viktigheten av å fremstille helse som noe positivt gjennom mer holistiske perspektiver har de siste ti årene hatt stort gjennomslag både i media, politikken og hos fagfolk (Andrews, 1997). Det at god helse ikke nødvendigvis er noe mennesket oppnår kun gjennom å trene og spise rett, men er noe mer sammensatt og individuelt har fått større plass i samfunnet. Det rettes et fokus mot det å finne ut hva god helse er for en selv. I likhet med tidligere nevnte Rugseth (2016) er det flere, både helsefagarbeidere (Tønne, u.å) og andre som uttrykker seg offentlig om at fokuset på helse må bort fra trening og i større grad rettes mot den enkeltes erfaringer, velvære og lyster. Bårdsen (I: Øvreberg, 2015) hevder at det ikke er nødvendig å trene for å ha god helse og være sunn, og at det kan bli problematisk om helse kun forbindes med hard trening og slanke kropper. Det samme gjør Meland & Samdal (2014) som i en kronikk med tittel «Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?» tar opp helsefordelene med å ha noen kilo ekstra.

Selv om ungdommene intuitivt uttrykte relativt reduksjonistiske helseforståelser så visste de også mer helhetlige forståelser når de ble nødt til å reflektere mer over

fenomenet. Helse ble da relatert til både fysiske, sosiale, emosjonelle og kognitive dimensjoner. Ungdommene uttrykte blant annet opplevelse av helse som det å mestre mål og det å ha det bra med seg selv. Helse ble til tider kommunisert som et sammensatt og individuelt fenomen, derav noe som ikke kun kan skapes gjennom en rett livsstil. Det er imidlertid grunn til å understreke at disse forståelsene kom i «annen rekke». På tross av at ungdommene hadde forståelser av helse som noe helhetlig, og til og med fremstille det som viktig at helse ble forstått som helhetlig. Virket det imidlertid som lettere og mer naturlig for dem å uttrykke og forholde seg til helse som noe observerbart og «trenbart» enn å uttrykke helse som det mangfoldige fenomenet det er. Det samme visste seg da ungdommene la frem forståelser av at mennesker burde være kritiske til ulike helsebudskap og de diskursene om helse som er tilstede i deres livsverden. De uttrykte forståelser av at vi mennesker burde være kritiske, men samtidig var de i liten grad dette selv.

Sett i lys av oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiv blir vi mennesker sosialisert inn i et system av verdier, interesser, og forestillinger samtidig som vi er medskaper av egen virkelighet gjennom språk og handlinger (Aadland, 2011). Ungdommens språk skaper representasjoner av helse som viser til visse verdier, holdninger og implikasjoner for sosiale handlinger. Ungdommens måter å prate om helse på, med fokus på kropp, trening, kosthold og «press» vil både bekrefte og skape ulike «sannheter» og «tatt-for-gitt-heter» om helse, og bidra til at helse forbindes med disse tematikkene. Når de unge velger å følge «strømmen», i istedenfor å uttrykke de mer helhetlige helseforståelsene de besitter så forsterkes de ulike verdiene og holdningene som er del av de diskursene som representerer denne strømmen. Helse som sosialt fenomen vil aldri bli bundet, men innenfor en gitt tid- og sted kan noen diskurser være mer dominerende enn andre (Jørgensen & Philips, 1999).

Med utgangspunkt i mine resultater kan det se ut til at ungdom bør bli stimulert til refleksjon, og få anledning til å reflektere. Slik ungdommene uttrykker seg i denne studien vitner om liten trygghet i forhold til egne helseforståelser. Noe annet sentralt kan være å gi ungdom innsikt i hvordan deres virkelighetsforståelser kan forstås som bygd opp av ulike ideer og idealer som har vokst frem gjennom tid, og at disse normene ikke nødvendigvis trenger å være den eneste rette «sannheten». Det å gjøre ungdom klar over at de ikke bare er passive gjenstander for samfunnets normer, språk og forståelser,

men at de også er, og kan være viktige med-skapere (Aagre, 2014) kan se ut til å bli viktig- også for de unges helse.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven over tid tenker jeg at ungdom bør få møte et samfunn hvor helse fremmes som noe mangfoldig og ikke minst oppnåelig. Det kan se ut som de unge har behov for å finne ro og være fornøyd utfra sine egne forutsetninger, ønsker og mål, ikke «samfunnets».

## **6.2 Hvilke kilder/opphav kan deres forståelser relateres til?**

Innenfor sosialkonstruktivisme oppfattes kunnskap som konstruert gjennom sosiale kontekster. Gjennom samtaler med andre danner mennesker sin forståelse av omverden (Thagaard, 2013). Ungdommenes helseforståelser ses som preget av den kulturen og tiden de lever i. Deres måter å prate om helse på kan knyttes til etablerte mønstre som kontekstene rundt dem representerer. De unge posisjonerer seg i relasjon til kulturelt etablerte uttrykksformer, og skaper mening i helse gjennom hvordan de selv og andre uttrykker seg (Thagaard, 2013). Jeg så det derfor som både relevant og interessant at jeg gjennom oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiv kunne få et innblikk i hvilke kontekster ungdommene erfarte som betydningsfulle for deres helseforståelser. Dette ville også gi en mulighet til å se kroppsøvingfagets rolle i lys av andre sosiale kontekster.

Oppgavens analyser viste ingen forskjeller utfra hvilken bydel ungdommene representerte, med ett unntak. Ungdommene fra vest og nordvest virket etter min forståelse å være mer fortrolig med å reflektere. De uttrykte ikke andre intuitive helseforståelser, verken generelt eller i sammenheng med kroppsøvingfaget, men de virket i større grad villige til å reflekterte rundt egne forståelser, og opphavet til deres forståelser. De små forskjellene i evne til refleksjon kan avspeile, som Øia (2007) hever, at det er kulturelle forskjeller mellom de ulike bydelene. Ungdommene i vest kan være mer fortrolig med å reflektere gjennom at de har vokst opp i en bydel hvor det generelt er høyere utdanningsnivå (Bråthen, Djuve, Dølvik, Hagen, Hernes, Nielsen, 2007).

Media er konteksten som vektlegges mest når ungdommene selv uttrykker hvor de har fått sine helseforståelser fra. Slik flere (Gjernes, 2004; Wright & Burrows, 2004) fremhever så har media stor makt når det gjelder meningsinnholdet i helse som begrep



og fenomen. Helse i media er ofte negativt rettet, og har fokus på risikofaktorer. Ungdom spesielt blir av media ofte fremstilt som en risikogruppe hvor det er fare for overvekt og inaktivitet (Wright & Burrows, 2004).

Etter media trekker ungdommene frem familie og venner. Aagre (2014) påpeker at ungdommenes nærmeste venner har sterkt påvirkning i konstruksjon av deres forståelser. Vennenes vurderinger av hva som er bra, og hva som ikke er bra vil skape forestillinger og normer som de unge vil se seg selv i lys av (Aagre, 2014). Dette ser ut til å stemme godt med ungdommens egne forståelser, da de forteller at de med venner snakker om hva som er, og ikke er bra og «rett» når det kommer til helse.

Ungdommene virket bevisste på hvordan «samfunnet» og ulike sosiale kontekster preger deres forståelser av helse. De uttrykte at de selv blir påvirket av hvordan «samfunnet er», og delte en opplevelse av at «alle skal ha samme meninger».

Agree (2014, s. 5) hevder at ungdom «skaper sin egen kultur i skjæringspunktet mellom en allmenn kultur og en rekke ungdoms- og populærkulturelle impulser», og at medier har en sentral rolle i denne konstruksjon. Dette viser seg tydelig i ungdommens uttrykk. Aagre (2014, s.5) hevder videre at det er viktig «å betrakte ungdom som aktive skapere av kultur, ikke som passive mottakere eller «ofre». Denne bevisstheten ser ikke ut til å være særlig tydelig hos de unge. Dette kan indikere at det er mangel på arenaer eller fag i skolen hvor konstruksjonen av helseforståelser faktisk tas opp og reflekteres over. I følge læreplanen for kroppsøving, kan kroppsøvingfaget være en slik arena.

### **6.3 *Hvordan erfarer og forstår ungdommer helse i kroppsøvingfaget?***

Ungdommene uttrykte kroppsøvingfaget som et helsefremmende middel. Dette er verken overraskende eller feil sett i både et historisk perspektiv, kroppsøvingfaget plass i dagens samfunn og dagens læreplan. Historisk sett har faget tidligere fått sin verdi gjennom et helseperspektiv, og gjennom dagens samfunns store fokus på helse er denne legitimeringen av faget igjen blitt forsterket (Annerstedt, 2008; Ommundsen, 2008b). Ungdommens forståelser av at de først og fremst har kroppsøvingfaget for å komme i bedre form, og få bedre helse har også vist seg i tidligere forskning (Moen, Westli, Brattli, Bjørke & Vaktskjold, 2015). Slike forståelsene indikerer, ifølge

Ommundsen (2008a), at faget rettes mot en instrumentell helselegitimering. Moen et.al (2015) hevder at disse forståelsene ikke samsvarer med læreplanens intensjoner, og at slike oppfatninger kan antyde at det er behov for å bevisstgjøre både elever og lærere om kroppsøvfingsfaget formål.

Et helsefremmende kroppsøvfingsfag er selvfølgelig ønskelig, men hvordan helse skal fremstilles i faget, og hva som faktisk skal betraktes som helsefremmende må debatteres.

Ungdommene la helse frem som en sentral tematikk knyttet til kroppsøvfingsfaget samtidig som de uttrykte at de ikke følte de lærte konkret om helse i faget. Helseaspektet ved faget ses som så åpenbart at det ikke vil være naturlig å reflektere rundt. Det fremstår en tatt-for-gitt- het om helse sin betydning og plass i faget, og ungdommens erfaringer indikerer at læring om helse i kroppsøvfingsfaget er tilfeldig. Det var tematikken «fysisk helse» som ble erfart som fokus i undervisningen. Dette kan ses som en naturlig tolkning av læreplanen, da den beskriver at elevene skal tilegne seg kunnskap om trening, livsstil og helse, samt bli motiverte til aktivitet og trening (Utdanningsdirektoratet, 2015). Konsekvenser ser imidlertid ut til å være at helse i faget blir fremstilt som noe objektivt, noe alle kan oppnå gjennom «rette» livsstilvalg.

Dowling (2010) hevder at læreplanen i kroppsøvfingsfaget kan virke å fremme et relativt forenklet forhold mellom fysisk aktivitet og god helse. Hun hevder videre at læreplanen skaper et bilde av en viss type livsstil som tilsynelatende uproblematisk skal være «veien» til god helse for alle. Dette speiler seg tydelig i ungdommenes forståelser. De uttrykte kroppsøvfingsfaget som en kontekst hvor de skal lære de «rette» valgene for en sunn livsstil. Helse i kroppsøvfingsfaget ble kommunisert som et resultat av hvordan mennesket former og behandler kroppen, og det virket å være lite refleksjon rundt individualitet og andre dimensjoner ved helse. Disse resultatene sammenfaller også med tidligere forskning (Aspen, 2008; Burrows, 2008; Quennerstedt, 2006).

Det viser seg en ideologisk fremstilling av kroppen som objekt. Kroppen blir sett som noe mennesket skal forme og behandle rett for å oppnå god helse. «Den ikke-situerte kroppen trenger tilsynelatende bare å bli utsatt for en trinnvis treningsprogresjon for å fungere optimalt» (Dowling, 2010, s. 208). Dowling (2010) hevder videre at en slik

ideologisk fremstilling av helse overser betydningen av andre sentrale forhold som vil påvirke menneskers muligheter for god helse.

Kirk (2006) påpeker at kroppsøvfingsfaget både historisk og ideologisk har bidratt til å etablere og forsterke ulike diskurser rundt helse. Flere (Aspen, 2008; Aspen & Dowling, 2009; Dowling, 2010; Green, 2010; Harris, 2005; Johns & Tinning, 2006; Ommundsen, 2008) har uttrykt bekymring for, og rettet kritikk mot at det vektlegges en for snever biologisk og funksjonell tilnærming til helse og aktivitet i faget. Johns & Tinning (2006) hevder at det i kroppsøvfingsfaget er viktig å være bevisst de begrensinger som ligger innen biomedisinske og patogene tilnærminger, og at fokuset i stedet bør rettes mot hva slags mening deltakelse i fysisk aktivitet gir det enkelte mennesket.

Det etterlyses mer helhetlige helseforståelser som omhandler flere aspekter enn kun de fysiologiske. Helse, som Aspen & Dowling (2009) hevder, skapes både av makro og mikro forhold, og omfatter derfor både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner.

Quennerstedt (2007) hevder at det i Sveriges kroppsøvfingsfag ‘‘ Idrott och hälsa’’ er kunnskap fra fysiologi og anatomi som danner utgangspunktet for helseperspektivet i faget. En patogen helsediskurs dominerer i faget, og helse konstrueres som et mål mennesket kan nå gjennom fysisk aktivitet (Quennerstedt, 2007). Dette viste seg også i ungdommenes forståelser. Helse ble kommunisert som motsetningen til det unormale eller sykdom, og fokuset lå innenfor det å forhindre og forebygge sykdommer, eksempel overvekt. Ungdommene uttrykte at de lærte om «å trene nok», «spise rett», og «ha rett livsstil» slik at de kunne unngå uhelse. Det visste seg en tydelig diskurs hvor trening og kosthold ble sett som både veien til, og opplevelsen av helse.

Primært viste det seg, som Quennerstedt (2006) har hevdet før, at perspektivet på helse i kroppsøvfingsfaget er av en preventiv karakter. Sekundært uttrykte ungdommene også forståelser av at det i kroppsøvfingsfaget var fokus på hva som kunne gjøre helsen bedre, noe som i større grad kan knyttes til Antonovskys (1991) salutogene perspektiv, hvor man ønsker å rette fokus mot hva som skaper helse. Imidlertid tolker jeg dette også som et slags forebyggende fokus. Fokuset virket å være rettet mot hva mennesket burde gjøre for å få bedre helse, men med en konstant undertone om at «fordi da slipper du få dårlig helse». Gjennom dette viste det seg også en ideologi om at man på en måte aldri

kan få god nok helse. Helse blir uopnåelig fordi man «alltid kan behandle kroppen bedre». Dette er patogene perspektiv på helse fordi målet med å fremme helse blir ensbetydende med å unngå dårlig helse (Quennerstedt, 2007).

Quennerstedt (2007) hevder at med et patogent perspektiv på helse i kroppsøvfingsfaget vil aktiviteter som ikke er like effektive i et treningsperspektiv heller ikke bli sett som gunstige i et helseperspektiv. Dette viste seg i ungdommens forståelser gjennom at de tydelig kategoriserte ulike aktiviteter som mer eller mindre betydningsfulle for helse. Fysisk harde aktiviteter ble fremmet som helsefremmende, mens mindre krevende bevegelsesaktiviteter ble fremstilt som lite helsefremmende. Quennerstedt (2007) hevder at dette fører til at aktiviteter som for eksempel fremmer mestring og samarbeid, eller diskusjoner rundt kroppsideal og ulike helsebudskap i media blir nedprioritert. Dette blir aktiviteter som «stjeler» tid fra den helsefremmende fysiske aktiviteten (Quennerstedt, 2007). Ungdommene i min studie bekrefter dette. Ungdommene erfarer at det reflekteres lite rundt kroppsideal og ulike bevegelses/treningskulturer, som forøvrig er kompetansemål i læreplanen (Utdanningsdirektoratet, 2015). Samme mangel på refleksjon viser seg også i forhold til tematikker som psykisk helse, spiseforstyrrelser og fitness.

Kroppsøvfingsfaget virker å ta lite ansvar med å formidle, og bidra til refleksjon rundt hvordan andre opplevelser og bevegelsesaktiviteter enn kun fysisk harde treningsaktiviteter også kan oppleves som helfremmende. Bevegelsesglede, mestring, og samarbeid er eksempler på faktorer som også kan påvirke helsen. Dette er faktorer som det kan, og kanskje bør rettes et større fokus mot i kroppsøvfingsfaget.

Kirk (2006), med utgangspunkt i Gard (2004), hevder at vi må tenke lengre enn «energi inn/energi ut» som forklaring på helse. Quennerstedt (2007, 2008) legger frem Antonovskys (1979, 1987, 1991) salutogene perspektiv som en mulig måte å forstå, snakke om og praktisere helse i kroppsøvfingsfaget. Quennerstedt (2007) hevder at en salutogen tilnærming vil innebære at relasjonen mellom fysisk aktivitet og helse ikke kun ses gjennom fysiske betegnelser, men kan ses både gjennom fysiske termer i form av å for eksempel øke utholdenhet, og i termer av velvære i den pågående aktivitet. Tangen (1982) hevder at det er bare når fokuset er lagt på dimensjoner av mening at fysisk aktivitet faktisk kan sies å forbedre menneskers helse (s. 62). Gjennomføringen

av en fysisk aktivitet må derfor ses som meningsfull for det enkelte mennesket for at det skal kunne sies å være helsegunstig i et livslangt perspektiv (Quennerstedt, 2007).

Innen et salutogent perspektiv kan kognitive og emosjonelle kvaliteter som mestring, samarbeid og selvfølelse ses som mulige ressurser for helseutvikling, og dermed mulige måter å arbeide med ungdommers helse og deres forståelser av helse på (Quennerstedt, 2007). Quennerstedt (2007) hevder at et salutogent perspektiv forsterker tanken om at helse kan konstitueres på ulike måter i kroppsøvingsfaget, og ikke bare som noe som omhandler å forebygge dårlig helse. Gjennom et salutogent perspektiv kan helse betraktes som både et fysiologisk og et pedagogisk spørsmål. En salutogen tilnærming til helse i kroppsøvingsfaget kan slik bidra til å komplettere ungdommens helseforståelse i stedet for å bekrefte ideologiene som fremstilles i media, hvor helse ofte fremstilles som normal eller ideal kroppsvekt, kroppsstørrelse og kroppsform (Quennerstedt, 2007). Quennerstedt (2007) hevder videre at en salutogen tilnærming, som fokuserer på hva som muliggjør helse og ser på helse som en kontinuitet hvor hele mennesket i sin virkelighet er av interesse kan gi et utgangspunkt for kritisk refleksjon rundt hva helse er og kan være i kroppsøvingsfaget.

En salutogen tilnærming vil innebære at fysisk aktivitet ikke er likestilt med god helse, og vil kunne problematisere tatt-for-gitt-heten om at mer fysisk aktivitet alltid leder til bedre helse (Quennerstedt, 2007). Gjennom et salutogent perspektiv kan fokuset være rettet mot å fremheve hvordan fysisk aktivitet kan fremme helseutvikling gjennom flere dimensjoner. For eksempel både fysisk trening, sosiale kvaliteter, bevegelsesglede og velvære. Oppmerksomheten rettes mot at det ikke er aktiviteten i seg selv som ses som helsefremmende, men de erfaringene mennesket gjør seg i aktiviteten (Quennerstedt, 2007). Quennerstedt (2007) påpeker at det innen et salutogent perspektiv også er mulighet til kunne se på, og reflektere rundt hva som kan begrense mulighetene for helseutvikling. For eksempel om en aktivitet gir dårlig selvfølelse, dårlige relasjoner eller ubehag (Quennerstedt, 2007). Slik kan en salutogen tilnærming gi mulighet til en pedagogikk hvor det kan diskuteres om mer trening alltid trenger å være helsefremmende. For eksempel: den fysiologiske helsegevinsten av å trene styrke kan bidra med å bevege et menneske mot den positive polen i dimensjonen helse – uhelse, men hvis mennesket ikke ser egenverdi i det eller gjør det kun for å slippe dårlig samvittighet eller selvfølelse så vil styrketreningen kunne føre han eller hun mot den

negative polen på helse kontinuumet. Slik vil personen kanskje ha bedre selvopplevd helse om den ikke trente styrke.

Hvordan helse bør formidles i kroppsøvfingsfaget, og i hvilken mengde er interessante problemstillinger. Det at ungdommene for eksempel forbinder helse med dårlig samvittighet sier mye om hvilke diskurser, normer og ideologier som deres forståelser er bygd på. Som Quennerstedt (2007) legger frem: vi må stille spørsmål om innholdet i kroppsøvfingsfaget kan fremme helseutvikling, eller om det kan være begrensende og tilmed skadelig for elevenes helse i termer av eksempelvis negative kropps og bevegelseserfaringer (s. 49).

Ungdommens erfaring av at helse i kroppsøvfingsfaget knyttet til fysisk aktivitet og kosthold er i og for seg naturlig, og sant. Det er sammenheng mellom fysisk aktivitet, livsstil og helse. Imidlertid virker denne sammenhengen for forenklet i de unges erfaringer fra kroppsøvfingsfaget. Det virker som andre dimensjoner ved helse enn fysiske verken blir reflektert rundt, eller fremmet som betydningsfulle i kroppsøvfingsfaget. Allikevel uttrykte ungdommene også andre forståelser rundt helse i relasjon til faget. I siste delen av intervjuene tok jeg opp tematikker som samarbeid, sosialt, glede, velvære, mestring og gøy. Ungdommene bekreftet da at dette var fenomener de opplevde i kroppsøvfingsfaget, og la frem at slike opplevelser både kunne knyttes til og ha betydning for helsen. Imidlertid erfarte de ikke at disse tematikkene hadde blitt knyttet til helse i undervisningen. I lys av Gadamer (2003) og Nordenfelt (1987) er det slike opplevelser som er helse. Dette kan også relateres til Antonovskys salutogene perspektiv, som Quennerstedt (2007) argumenterer for som et mulig perspektiv på helse i kroppsøvfingsfaget. Oppmerksomheten rettes mot at det ikke er fysisk aktivitet i seg selv som er helsefremmende, men de erfaringene mennesket gjør seg i aktivitet. Ungdommene viser en åpenhet for at helse kan forstås og oppnås på andre termer enn kun fysiologiske, men disse forståelsene blir ikke reflektert i kroppsøvfingsfaget. Det at disse perspektivene på helse så naturlig forstås og ses som fornuftige av ungdommene indikerer det jeg vil kalle et potensiale.

Dowling (2010) hevder at læreplanen i kroppsøving er et uttrykk for konkurrerende verdier, og at måten fysisk aktivitet og helse knyttes sammen i dagens læreplan kan være påvirket av blant annet dagens helsepolitikk. En politikk som preges av

motstridende forskning og fokus (Dowling, 2010). Ulike rapporter, forskningsprosjekter og uttalelser er med på å konstruere praksisen i kroppsøvingsfaget, som Dowling (2010, s. 214) med utgangspunkt i Ball (1990) hevder: «Vitenskapelige og moralske diskurser smeltes sammen for å fremme et spesifikt syn fremfor et annet syn». Det blir da, som Dowling (2010) hevder, viktig å huske at det ikke foreligger kun entydige sannheter om forholdet mellom fysisk aktivitet og bedre helse. «Tvert imot er det komplekse, konkurrerende og motsetningsfylte oppfatninger om hva som er riktig og galt i denne sammenhengen» (Dowling, 2010, s. 215).

Burrows (2008) påpeker at hvis *Health and Physical education* (New Zealand's kroppsøvingsfag) skal ha mening og verdi så er det avgjørende at faget gir elevene læringsopplevelser som både inkluderer, og oppfordrer til en helhetlig forståelse av helse. I et samfunn fylt med ulike helsebudskap og tiltak som påvirker hvordan unge forstår og anerkjenner egen og andres helse og kropp, så må kroppsøvingsfaget bidra til å hjelpe elevene med å forstå både fysiske, sosiale, emosjonelle og kognitive dimensjoner ved helse (Burrows, 2008).

Mæland (2009) hevder at ambisiøse og detaljerte helsedefinisjoner kan inspirere, men samtidig også være forvirrende ved at de åpner for grenseløse oppgaver og uoppnåelige forventninger. Slik kan både for snevre, og for vide helseforståelser være ugunstige. Mæland (2009, 141) hevder at «Samfunnet trenger helseforståelser som er realistiske og praktisk anvendbare». Det å kun fokusere på fysiologiske aspekter er i seg selv ikke dekkende for helse som fenomen, men det å fokusere på helse, som WHO gjør: som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, kan samtidig gjøre helse til et uoppnåelig fenomen. Med utgangspunkt i det overnevnte og mine resultater kan det, som Burrows (2008) hevder, virke fornuftig at skolen og kroppsøvingsfaget tilrettelegger for å lære barn og unge strategier for å både kunne forstå, og vurdere ulike helsebudskap.

Ludvigsen utvalget (NOU, 2015:8) fremhever kritisk tenkning som en viktig kompetanse i fremtidens skolefag. Det samme gjør Dowling (2010) som fra et kritisk konstruktivistisk ståsted skriver frem en pedagogikk i kroppsøvingsfaget som understreker viktigheten av refleksjon og kritisk tenking. Dowling (2010) hevder at et fokus kan rettes mot å lære unge å se hvordan forholdet mellom fysisk aktivitet og helse

ofte kan være bygget på tatt-for-gitt heter, og lære de unge å bli kritiske forbrukere av ulike helsebudskap. Ut fra oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiv ser jeg det som relevant at kroppsøvningsfaget bør gi unge forståelse for hvordan ulike diskurser, ideologier og normer konstant er tilstede rundt dem og påvirker deres forståelser. Faget må gi dem innsikt i at disse forståelsene ikke nødvendigvis trenger å være de eneste «sannhetene» (Dowling, 2010). På tross av at dagens læreplan legger mest vekt på fysisk helse og hvordan trening, fysisk aktivitet og kosthold påvirker helsen hevder Dowling (2010) at det også er anledning for skolene og lærerne å utvide hva som menes med god helse. Det er mulighet for å rette et større fokus mot hvordan fysisk aktivitet har et potensial *blant mange andre* faktorer til å bidra til god helse (Dowling, 2010). Basert på resultatene fra min studie synes det viktig at kroppsøvningsfaget gir unge innsikt i hvordan de selv er med-skapere av ulike «sannheter» og diskurser gjennom eget språk og handlinger. På denne måten kan ungdom, som Aagre (2005) hevder, se seg selv som «aktive» skapere av kultur og ikke kun som passive mottakere eller «ofre».

En slik pedagogikk i kroppsøvningsfaget vil kanskje kunne resultere i at ungdom i sin hverdag både i og utenfor kroppsøvningsfaget møter helse som et «friere» fenomen. Noe de i større grad kan forholde seg mer individuelt og avslappet til. Et fenomen de tørr å ha sine egne forståelser av, og holdninger til.



## 7. Avsluttende kommentar

Funnene i oppgaven samsvarer i stor grad med annen forskning (Andersen, 2016; Ahlberg, 2016; Aspen, 2008; Burrows, 2008). Samtidig viser det seg også at ungdommene etter refleksjon besitter mer holistiske helseforståelser enn hva mye av tidligere forskning har indikert. Disse helseforståelsene er der, men det er ikke de som ligger «fremst» i bevisstheten. Ungdommens holistiske helseforståelser virker å bli overstyrt av deres mindre nyanserte forståelser. En lik refleksjon gjorde også Andersen (2016) seg i sin masteroppgave om unge gutters forståelser av helse.

De ideene som fremheves i helsediskursene påvirker de unges verdier, normer, og forestillinger, og dermed også deres handlinger (Aadland, 2011). Dette fremhever viktigheten av at de som jobber med ungdom er bevisste på hvilke diskurser som er tilstede i de unges verden og dermed hva som ilegges mening som «sant». Hvordan helse fremmes bør derfor være et sentralt pedagogisk spørsmål i kroppsøvningsfaget.

Oppgavens resultater og diskusjoner viser at det kan være nødvendig med en annen pedagogisk fremgangsmåte når det gjelder å formidle helse i kroppsøvningsfaget. Det kan virke som fornuftig at kroppsøvningsfaget læreplan, og kroppsøvningslærere selv mer eksplisitt uttrykker et holistisk helseperspektiv, og i større grad vektlegger kritisk tenkning og refleksjon. Kroppsøvningslærere må være seg selv bevisst, og reflektere rundt hvordan de tar del i ulike ideologiske fremstillinger (Aspen & Dowling, 2009).

Kroppsøvningsfaget vil aldri alene kunne konstruere eller ha «ansvaret» for ungdommers helse og helseforståelser, men faget kan ha en sentral rolle. Gjennom dagens læreplan tar også faget på seg et ansvar. Slik Rugseth (2016) hevder så kan veien til god helse finnes i mange andre opplevelser og veivalg enn kun trening. Ved å bidra til å gi unge innsikt i helhetlige helseperspektiver og mulighet til refleksjon har kroppsøvningsfaget mulighet til å være en «motkraft» til mye av det som ofte fremmes i populærkulturen. Gadamer og Antonovskys helseperspektiver kan, som tidligere nevnt, være tilnærminger som kan kaste et «nytt» lys over helsebegrepet.

## **7.1 Refleksjon rundt forskningsprosess og tanker om videre forskning**

Flere (Hitching & Veum, 2011; Jørgensen & Philips, 1999) påpeker at sosialkonstruktivisme, diskurs, og diskursanalyse er omfattende begreper, og tilnærminger. I følge Jørgensen & Philips (1999) er det ikke en klar enighet om hva diskurser er eller hvordan de skal analyseres (s. 9). Dette har jeg selv fått erfare gjennom oppgaveprosessen. Perspektivene har vist seg nyttige for å belyse oppgavens problemstillinger, men de har samtidig vært svært utfordrende.

Min oppgave gir et innblikk i ungdommers helseforståelser, opphavet til deres forståelser og deres erfaring med og forståelse av helse i kroppsøvingsfaget. Sett i lys av oppgavens sosialkonstruktivistiske perspektiv er holdninger, språk og praksis tett knyttet sammen, og oppgaven gir på denne måten et visst innblikk i undervisningspraksisen i kroppsøvingsfaget. Dette har vært mest spennende, men også mest utfordrende å få tak på.

Det å tenke utfra et sosialkonstruktivistisk perspektiv og utforske helse som et sosialt skapt fenomen har vært interessant både faglig og personlig.

Jeg håper oppgaven kan bidra til en økt forståelse av ungdommers livsverden, og kan inspirere kroppsøvingslærere og andre som arbeider med ungdom til å være bevisste på hvordan de kommuniserer helse i sin praksis. Personlig har jeg gjennom arbeidet med oppgaven lært mye om egen helseforståelse og min praksis som kroppsøvingslærer. Jeg har opplevd forskerprosessen som både faglig interessant, utfordrende og ikke minst overveldende lærerik.

Slik det tidligere er påpekt er det mangelfull kunnskap om hva elever lærer og hvordan undervisningen i kroppsøvingsfaget foregår (Jonskås, 2010). Mine tanker om videre forskning handler derfor om behovet for mer kunnskap om elevenes erfaringer med og forståelser av kroppsøvingsfaget.

Fugelli & Ingstad (2014) forteller at de i deres studie om nordmenns helsebegrep valgte en positiv vektlegging til helsebegrepet. Studiens prøveintervjuer viste at mennesker, når de ble spurt «hva er helse», umiddelbart startet å snakke om sykdommer. «Mens de

på spørsmålet om god helse lettere kom med betraktninger om meningsinnholdet i helsebegrepet» (Fugelli & Ingstad, 2014 s.48). I min studie valgte jeg å innlede med «hva er helse?», mens jeg i ettertid spurte hva er god og dårlig helse. Et alternativ til videre forskning kan være en studie av ungdommers helseforståelser hvor det mer konkret vektlegges et positivt helsebegrep i intervjuene. En slik studie kan kanskje i enda større grad belyse ungdommers mer holistiske helseforståelser

Gjennom videre forskning hadde det vært interessant å intervjuet både elever og deres lærere for å se om elevenes forståelser sammenfaller med det lærerne selv uttrykker. Dette kunne gitt kroppsøvingslærere innsikt i hvordan de fremstår for elevene og gitt dem mulighet til å utvikle egen praksis. Slik forskning kunne også belyst om elever tar lærerens forståelser av helse for-gitt, eller om elevenes erfaring av lærerens praksis, og dermed forståelser stemmer overens.

Slik det tidligere har blitt beskrevet viste oppgavens analyser ingen forskjeller utfra hvilken bydel ungdommene representerte, men med ett unntak. Ungdommene fra vest og nordvest virket etter min forståelse mer fortrolige med å reflekterte enn ungdommene fra øst. De uttrykte ikke andre intuitive helseforståelser, men de virket i større grad komfortable med å reflekterte rundt egne forståelser. Det hadde vært interessant å se hvilke resultater en ville fått gjennom et større utvalg ungdommer fra to skoler med tydelig geografisk spredning mellom øst og vest i Oslo.

## Referanser

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg – vitenskapsteori i helse og sosialfag*. (3utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aadland, E. (2014). Forord til den norske utgaven. I: A, Lock & T, Strong. *Sosial konstruksjonisme: Teorier og tradisjoner* (s. 19-23). (Oversatt av P. Røen). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (Originalutgaven utgitt i 2010).
- Aagre, W. (2014). *Ungdomskunnskap – Hverdagslivets kulturelle former*. (2utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ahlberg, A. (2016). Elevers forståelse av helse i idrett og helse. I: H. Larsson. S. Lundvall. J. Mecknach. T. Peterson & M. Quennerstedt (red). *Lärare utforskar ämnet idrott och hälsa*. (s. 28-38). Stockholm: Gymnastisk- och idrettshögskolan
- Alvesson, M. & Sköldbberg. (2008). *Tolkning och Reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2.utg). Danmark: Narayna Press.
- Andresen, H.B. (2016). «Når man sier helse, tenker jeg mest på fysisk helse». Masteroppgave ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Ås.
- Andrews, T. (1997). Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi- en kritisk drøfting av konsekvenser. I: H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (Red.), *Kunnskap kropp og kultur – Helsefaglige grunnlagsproblemer* (s. 40-58). Oslo: Gyldendal AS.
- Annerstedt, C. (2008). Physical education in Scandinavia with a focus on Sweden: a comparative perspective. *Physical Education and Sport Pedagogy* 13, (4), 303–318.
- Antonovsky. A. (1979). *Health, stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky. A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. (Overs. M. Elfstadius). Finland: Bokforlaget Natur och Kultur. (Originalutgave utgitt i 1987: *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, (1), 11-18.
- Aspen, T.H. (2008). *Helse og kroppsøving: en identifisering av ulike helsediskurser i kroppsøvingsfaget*. Masteroppgave ved Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Aspen, T.H. & Dowling F.J. (2009). Et varsko om konsekvensene av forenklete helsebudskap i kroppsøvingsfaget. *Kroppsøving*, 59 (4), 10-13.
- Augestad, P. (2003). *Skolering av kroppen. Om kunnskap og makt i kroppsøvingsfaget*. Doktorgradsavhandling Universitetet i Oslo: Oslo.
- Bergseng, A. (2016). Slår alarm om fedme blant barn. *Verdens Gang*. Hentet 09.10.2016 fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/kosthold/slaar-alarm-om-fedme-blant-barn/a/23605409/>
- Borgen, J og Bratland, S. (2016). Feil personlig trener kan gi helseskader. *Aftenposten*. Hentet 14.06.16 fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Feil-personlig-trener-kan-gi-helseskader--Jorunn-Sundgot-Borgen-og-Solfrid-Bratland-Sanda-9658b.html>
- Bråten, M. Djuve, A.M., Dølvik, T., Hagen, K., Hernes, G. & Nielsen R.A. (2007). *Levekår på vandring*. Fafo rapport (2007:05). Hentet 30.10.2016 fra [http://www.fafo.no/media/com\\_netsukii/20005.pdf](http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20005.pdf)
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Burrows, L. (2008). Fit, Fast, and skinny: New Zealand school students talk about health. *New Zealand Physical Educator*, 41(3), 26-36.
- Collin, F. (2003). *Konstruktivisme*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

- Dowling, F. (2010). Fysisk aktivitet og god helse i kroppsøvningsfaget: Problematisk, ikke automatisk. I: K, Steinsholt & K.P Gurholt. (red.). *Aktive live. Idrettspedagogiske perspektiver på kropp, bevegelse og dannelse* (s. 205-218). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Dyregrov, S. (2016). Forskning: Slik må du trene for å leve lengst mulig. *Aftenposten*. Hentet 01.08.2016 fra <http://www.aftenposten.no/article/escenic.common.730642@ap>
- Fugelli, P & Ingstad, B. (2001). Helse – slik folk ser det. Tidsskrift for *Den norske legeforening*, 30 (4), 3600-3604.
- Fugelli, P & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.G. (1996). The enigma of health. (Oversatt av J. Gaiger & N. Walker). Stanford: Stanford University Press. (Originalutgave utgitt i 1993: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Subrekamp Verlag).
- Gadamer, H.G. (2003). Den gåtfulla häsan. (Oversatt av J. Jakobsson). Ludvika: Dualis Förlag. (Originalutgave utgitt i 1993: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Subrekamp Verlag).
- Gard, M. & Wright, J. (2001). Managing Uncertainty: Obesity Discourses and Physical education in a Risk Society. *Studies in Philosophy and Education* 20, 535- 549. Netherlands: Kluwer Academic Publishers. Hentet 07.09.16 fra <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1012238617836>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12, (2), 143-165.
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8 (4), 597-606. Hentet 04.02.16 fra <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol8/iss4/6/>
- Green, K. (2010). Aktiv livsstil, helse og kroppsøving: Utfordringer og begrensninger. I: Steinsholt, K. & Gurholt, K.P (Red.) *Aktive liv: idrettspedagogiske perspektiver på kropp, bevegelse og dannelse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Grimen, H. & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I: Laake, P. Olsen, B.R. & Benestad, H.B (red). *Forskning i medisin og biofag* (s. 321 – 350). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Gundersen, J. G. (2012). *Læring i kroppsøving- om et utvalg elevers opplevelser og forståelse*. Masteroppgave ved Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Harris, J. & Cale, L. (2000). Activity Promotion in Physical Education. In: K. Green & K. Hardman (eds). *Physical education: a reader*. Oxford: Meyer & Meyer Sport.
- Harris, J. (2005). Health – related exercise and Physical Education. I: K. Green & K. Hardman (eds) *Physical education: essential issues* (s. 78-97). London: Sage.
- Hitching, T.R & Veum, A. (2011). Introduksjon. I: T.R Hitching., A.B. Nilsen & A. Veum (red), *Diskursanalyse i praksis* (s. 11-39). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hofmann, B. og Holm, S. (2013). Vitenskapsteori. I: P, Laake., B.R, Olsen. & H.B. Benestad, *Forskning i medisin og biofag* (s. 29-65). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, A.T., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johns, D.P & Tinning, R. (2006). Risk Reduction: Recontextualizing Health As a Physical Education Curriculum. *Quest*, 58(4), 395-409. doi: 10.1080/00336297.2006.10491890
- Jonskås, K. (2010). *En kunnskapsoversikt over FOU-arbeid innen kroppsøvfingsfaget i Norge fra januar 1978 – desember 2010*. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Jørgensen, M. & 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*. (2.utg) (Oversatt av T.M. Anderessen & J. Rygge). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (Originalutgaven utgitt i 2009).
- Lock, A & Strong, T. (2014). *Sosial konstruksjonisme: Teorier og tradisjoner* (Oversatt av P. Røen). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (Originalutgaven utgitt i 2010).
- Lyngstad, I. (2003). *Profesjonell kunnskap i skolens kroppsøvfingsfag*. Doktorgradsavhandling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Lyngstad, I., Flagestad, L., Leirhaug P.E., & Nelvik, I. (2011). *Kroppsøving i skolen*. (Rapport fra arbeidsgruppe i kroppsøving). Hentet 19.05.16 fra [http://www.udir.no/Upload/larerplaner/forsok/Kroppsoving\\_i\\_skolen\\_rapport\\_060611.pdf](http://www.udir.no/Upload/larerplaner/forsok/Kroppsoving_i_skolen_rapport_060611.pdf)
- Lønne, A. (2015). Aaron Antonovsky. I: *Store norske leksikon*. Hentet 08.03.2016 fra [https://snl.no/Aaron\\_Antonovsky](https://snl.no/Aaron_Antonovsky).
- Løvli, C. (2014). *Læreres helseforståelser i kroppsøvfingsfaget: en diskursanalyse av et utvalg kroppsøvfingslæreres forståelser i ungdomsskolen*. Masteroppgave ved Norges Idrettshøgskole, Oslo.
- Madsbu, J.P. (2004). *Realisme og relativisme innenfor sosial konstruktivisme*. Hentet 25.09.15 fra [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133588/Madsbu\\_Jens\\_Petter\\_Notat\\_09\\_2004.pdf?sequence=1](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133588/Madsbu_Jens_Petter_Notat_09_2004.pdf?sequence=1)
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCuaig, L. & Quennerstedt, M. (2016). Health by stealth – exploring the sociocultural dimensions of salutogenesis for sport, health, and physical education research. *Sport, Education and Society*. doi: DOI: 10.1080/13573322.2016.1151779



- Merok, E (2001). Om helsens skjulte natur. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13, 1610-1612.
- Moen, K.M., Westlie, K., Brattli, V.H., Bjørke, L., & Vaktskjold, A. (2015). *Kroppsøving i Elverumskolen*. (Oppdragsrapport 2/2015). Eleverum: Høgskolen i Hedemark.
- Myhrer, K. (2014). *Læreres tanker om helse relatert kroppsøving*. Masteroppgave ved Høgskolen i Hedemark, Elverum.
- Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health: an Action- Theoretic Approach*. Holland: Reidel Publishing Company.
- Nordenfelt, L. (2000). Om holistiska hälsoteorier. I: K. Klockars & B. Österman (red), *Begrepp om hälsa* (s. 29 -42). Stockholm: Liber Utbildning.
- NOU 2015:8 (2015). *Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOVA. (2015). *Ungdata*. Nasjonale resultater 2014. NOVA rapport 7/15. Oslo: NOVA
- Ommundsen, Y. (2005). Kroppsøving: aktivitet eller læring? I: *Kroppsøving*, 55 (6), 8-13.
- Ommundsen, Y. (2008a). Hvorfor vi har et kroppsøvingfag. *Bedre skole*, 5(2),78-82.
- Ommundsen, Y. (2008b). Kroppsøving: Danning eller helse? I: P. Arneberg & L.G Briseid (red), *Fag og Danning: mellom individ og felleskap* (s. 193-208). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ommundsen, Y. (2013). Fysisk-motorisk ferdighet gjennom kroppsøving – et viktig bidrag til elevenes allmenndanning og læring i skolen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 2 (97),155-166.

- Quennerstedt, M. (2006). *Att lära sig hälsa*. Doktorsavhandling ved Örebro Univiseristet: Örebro. Hentet 19.05.15 fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:136837/FULLTEXT01.pdf>
- Quennerstedt, M. (2007). Hälsa eller inte hälsa: Är det frågan? *Utbildning & Demokrati*, 16(2), 37-56.
- 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.
- Rugseth, G. (2016). *Drit i å trene da vel!*. Hentet 21.04.2016 fra <http://www.nih.no/om-nih/aktuelt/nih-bloggen/gro-rugseth/drit-i-a-trene-da-vel/>
- Samdal, G.B. & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23, 2247-2248. Hentet 27.10.2016 fra <http://tidsskriftet.no/2014/12/kommentar-og-debatt/er-det-overvekt-eller-vektfokus-som-er-helseskadelig>
- Sandli, E. (2009). Ikke lytt til bloggerne. *Dagbladet*. Hentet 01.08.2016 fra <http://www.dagbladet.no/2009/11/17/nyheter/helse/spiseforstyrrelser/trening/9082923/>
- Sirnes, T. (1999). «Alt som er fast, fordamper»? I: S. Meyer & T. Sirnes (red), *Normalitet og identitetsmakt i Norge* (s.29-75). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Strengelsrud, D. (2016). *Halve Norge er overvektige!* Hentet 01.08.2016 fra <http://sterkhelse.no/halve-norge-er-overvektige/>
- Svenaesus, F. (2003). Efterord. I: H.G. Gadamer, *Den gåtefulla hälsan* (s. 201-210) Ludvika: Dualis Förlag
- Svendby, B.E. (2013). ‘ ‘Jeg kan og jeg vil, men jeg passer visst ikke inn’ ’ Doktorsavhandling ved Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Syvvertsen, K.A. (2014). *Helse i kroppsøvingsfaget. Hvordan forstås helse av kroppsøvingslærere*. Masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.

- Tangen, J.O. (1982). An alternative perspective of health and physical activity. A system- oriented frame of reference. *Scandinavian Journal of sport Science*, 4(2), 62-70.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2015). Sosialkonstruktivisme. I: *Store norske leksikon*. Hentet 01.03.16 fra <https://snl.no/sosialkonstruktivisme>
- Trost, S. G. (2006). Public health and physical education. I D. Kirk, D. Macdonald & M. O'Sullivan (Red.). *The Handbook of Physical Education* (s. 163-187). London: Sage Publications.
- Tønne, T. (u.å). *Må du trene for å ha god helse?* Hentet 01.08.2016 fra <http://www.tillerfysioterapi.no/artikler/73-ma-du-trene-for-a-ha-god-helse>
- Unge jenter trener seg syke. (2009). *Dagbladet*. Hentet 09.10.2016 fra <http://www.dagbladet.no/2009/11/17/nyheter/helse/spiseforstyrrelser/trening/kosthold/9081080/>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). Læreplan i kroppsøving. Hentet 18.02.16 fra <http://www.udir.no/kl06/KRO1-04/Hele>
- Veiden, P. (2015). Innledning. I: Berger, P.L & Luckmann, T. *Den samfunnskapte virkelighet* (s. 7-21). Bergen: Fagbokforlaget. (Originalutgaven utgitt i 1966: *The Social Construction of reality*).
- VG. (2016) Annenhver norske jente på 15 år mener hun er for tykk. *Verdens Gang*. Hentet 09.10.2016 fra <http://www.vg.no/annonsorinnhold/familieliv/rema1000/330-halvparten-av-norske-jenter-pa-15-ar-mener-de-er-for-tykke>
- Walseth, K., Aartun, I., Engelsrud, G. (2015). Girls' bodily activities in physical education How current fitness and sport discourses influence girls' identity construction. *Sport, Education and Society*. doi: 10.1080/13573322.2015.1050370

WHO. (2015). Hentet 22.10.15 fra <http://www.who.int/about/en/>

Wiken, A.R. (2011). *Hva lærer vi i kroppsøving: Hva oppfatter elevene selv at de lærer, og er dette i tråd med Kunnskapsløftet 2006?* Masteroppgave ved Norges Idrettshøgskole, Oslo.

Winsley, R. & Armstrong, N. Physical Activity, Physical Fitness, Health and Young People. I: K. Green & K. Hardmann (red), *Physical Education Essential Issues* (s. 65- 77). London: Sage Publications

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 Politics of Education*, 25 (2), 211-230. Hentet 08.09.2016 fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01596300410001692157>

Øia, T. (2007). *Ung i Oslo – levekår og sosiale forskjeller*. (NOVA rapport 06/07). Hentet 09.02.16 fra <http://www.buudir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=070325561>

Øvreberg, E. (2015). *Ikke nødvendig å trene for å ha god helse*. Hentet 10.10.2016 fra [https://uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=401559](https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=401559)

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til lærere

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter, samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjenningsbrev NSD

## **Informasjonsskriv til rektor/lærere**

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### **“ Ungdommers forståelse av helse”**

Til rektor/lærere ved xxxxxx ungdomsskole

Hei

Mitt navn er Pia Jeanette Løvstad og jeg er student ved Norges Idrettshøgskole, og tar en mastergrad i idrettsvitenskap med fordypning i kroppsøving og pedagogikk.

Jeg skal i løpet av studieåret 2015/2016 skrive min avsluttende masteroppgave. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke ungdommers forståelse av helse. Jeg kontakter deg/dere fordi jeg ønsker å intervju ungdommer som går i 10 klasse, om deres forståelse av helse. Kriteriene for deltakelse er at ungdommene må være over 15 år og regelmessig delta i kroppsøvingsfaget.

Det er helt frivillig å delta, og ungdommene har mulighet til å trekke seg når som helst underveis uten å måtte begrunne hvorfor. Alle opplysninger som blir samlet inn under masterprosjektet vil bli behandlet konfidensielt, og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det vil kun være meg selv og min veileder som har tilgang til datamaterialet og all data vil bli slettet etter sensur av oppgaven, innen utgangen av 2016.

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

Jeg beregner at intervjuene vil vare i ca 30-50 minutter, jeg stiller meg svært fleksibel i forhold til når intervjuene kan gjennomføres. Jeg stiller meg og fleksibel til å komme å presentere det ferdige produktet til rektor/lærere om det er av interesse.

Dersom du har spørsmål eller ønske om ytterligere informasjon om studien kan jeg kontaktes per telefon; 47 85 39 69, eller via mail til pialovstad@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Reidar Säfvenbom, på telefon 93 03 95 06, eller via mail reidar.safvenbom@nih.no.

Med vennlig hilsen

Pia Jeanette Løvstad

E-post: pialovstad@hotmail.com

Telefon: 47 85 39 69

## **Informasjonsskriv til ungdommene og samtykke erklæring**

### **“ Ungdommers forståelse av helse”**

Til elev ved xxxxxx ungdomsskole

**Hei**

Mitt navn er Pia Jeanette Løvstad, jeg er student ved Norges Idrettshøgskole hvor jeg tar en mastergrad i idrettsvitenskap med fordypning i kroppsøving og pedagogikk.

Jeg skal i løpet av studieåret 2015/2016 skrive min avsluttende masteroppgave. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke ungdommers forståelse av helse. Jeg kontakter deg fordi jeg ønsker å intervju ungdommer som går i 10.klasse om deres forståelse av helse. Du må være over 15 år gammel og regelmessig delta i kroppsøvingsfaget.

Det er helt frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne hvorfor. Dersom du trekker deg underveis eller etter intervjuet er gjort vil alle innsamlede data om deg bli slettet. I intervjuene vil jeg gjerne bruke båndopptaker og ta notater, dette fordi det vil gjøre det lettere for meg å jobbe med informasjonen du gir meg etter intervjuet er ferdig.

Alle opplysninger som blir samlet inn under masterprosjektet vil bli behandlet konfidensielt, og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det vil kun være meg selv og min veileder som har tilgang til datamaterialet og all data vil bli slettet etter sensur av oppgaven, innen utgangen av 2016.

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

Dersom du ønsker å delta i mitt prosjekt er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og at denne blir levert/sendt til meg.

Dersom du har spørsmål eller ønske om ytterligere informasjon om studien kan jeg kontaktes per telefon; 47 85 39 69, eller via mail til [pialovstad@hotmail.com](mailto:pialovstad@hotmail.com). Du kan også kontakte min veileder Reidar Säfvenbom, på telefon 93 03 95 06, eller via mail [reidar.safvenbom@nih.no](mailto:reidar.safvenbom@nih.no).

Med vennlig hilsen

Pia Jeanette Løvstad

E-post: [pialovstad@hotmail.com](mailto:pialovstad@hotmail.com)

Telefon: 47 85 39 69

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Intervjuguide

Tema og forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål/hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål
<b>Introduksjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentasjon av meg selv og prosjekt</li> <li>- Gjennomgang av informasjonsskriv og informert samtykke</li> <li>- Eventuelle spørsmål</li> </ul>
<b>Oppstart</b>	Generell informasjon om intervjupersonen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alder, kjønn, fritidsaktiviteter, familie</li> </ul>
<b>1. Forståelsen av helse</b>  Hvordan forstår ungdommer helse?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vet du hva helse er?</b></li> <li>- <b>Hvordan forstår du helse?</b></li> <li>- Hva betyr det/handler det om/ Hva tenker du på når du hører om, eller prater om helse?</li> <li>- Hva snakker du og vennene dine om når dere snakker om helse?</li> <li>- Har du noen andre ord som kan brukes som synonymer til helse/ eller til å forklare/beskrive helse, eller som betyr det samme som helse?</li> <li>- Hører du ofte om helse?</li> <li>- Er helse viktig? (Hva er det viktigste for deg med tanke på helse?)</li> <li>- Hvordan helse mener du at du selv har?</li> <li>- Hva er god og hva er dårlig helse? Hva avgjør?</li> <li>- Hvem kan ha betydning for helsen vår?</li> <li>- Kan helse ses eller oppleves?</li> <li>- Kan helse måles?</li> <li>- Fins det forskjellige måter å forstå helse på?</li> <li>- Hva er sykdom?</li> <li>- Hvordan får man god helse - hvordan får man dårlig helse?</li> <li>- Bruker du tid på helse? Din egen eller andres?</li> <li>- Hva gjør du når du bruker tid på helse? Liker du å bruke tid på helse?</li> </ul>
<b>2. Konstruksjonen av forståelsen</b>  Hvilke kilder/opphav kan deres forståelser relateres til?	Du forteller at helse er ..... <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hvor har du fått denne forståelsen av helse fra?</b> (Når, hvorfor)</li> <li>- Hvordan/hvorfor vet du hva helse er?</li> <li>- Husker du hvem eller hva som lærte deg hva helse er eller kan være?</li> <li>- Når og hvor lærer vi mennesker om helse? (Hvordan/Hvorfor)</li> <li>- Er familien/vennene dine/idrettsaktiviteter/ opptatt av helse?</li> <li>- Prater du ofte om helse? Prater andre rundt deg om helse? (Hvem)</li> <li>- Hvor ser eller opplever du helse i din hverdag?</li> <li>- Hvordan fremstilles helse, eller ting du mener har sammenheng med helse(medier, skolen, familien, vennekrets, idrettslag)</li> <li>- Vil du lære mer om helse?</li> <li>- Leter du etter informasjon om helse? (media, skolen, venner, familie)</li> <li>- Føler du at helse er et sentralt tema i dagens samfunn?</li> </ul>
<b>3. Helse i KØF</b>  Ungdommers forståelse av helse i kroppsøvfaget	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor ofte har du KØF? Hva synes du om KØF?</li> <li>- Hvorfor har vi et kroppsøvfag i skolen?</li> <li>- Vet du formålet med faget er, event hva tror du?</li> <li>- Hva sier læreren din er grunnen til at dere har KØF, og hva sier han/hun er viktig i/med KØF?</li> <li>- <b>Er det en sammenheng mellom helse og KØF?</b></li> <li>- <b>Hvordan erfarer og opplever du helse i KØF?</b></li> <li>- <b>Hvordan forstår du helse i KØF?</b></li> <li>- Snakkes det om helse i KØF eller på skolen generelt?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Føler du at dere har om/lærer om helse i KØF? (Hva, hvem av)</li> <li>- Hvordan formidler læreren helse til dere elever? (Hva, hvordan)</li> <li>- Er KØF viktig for helsen din? (Hvorfor/hvorfor ikke)</li> <li>- Har klassen din en tydelig mening om hva som er sunn/usunn helse?</li> <li>- Synes du det bør være mer eller mindre fokus på helse i KØF?</li> <li>- Føler du noe press om hvordan helsen din bør være i kroppsøvfingsfaget?</li> <li>- Hvordan helse mener du verdsettes i KØF?</li> <li>- Har det noe å si for deg hvilken helse kroppsøvfingslæreren din har?</li> <li>- Hva mener du kunnskap om helse består av?</li> <li>- Har KØF betydning for hvordan du forstår helse/ forholder deg til helse?</li> <li>- Helse er et sentralt tema når det snakkes om KØF- hvorfor tror du helse er blitt så viktig?</li> </ul>
<b>4. Refleksjonsdel</b>	<p>Oppfølging av og refleksjon rundt intervjupersonens utrykte svar og forståelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du utdype hva du mente når du fortalte at.....?</li> <li>- Når du sa at...., hvor har du fått denne forståelsen fra?</li> <li>- Jeg spurte deg tidligere om det fantes forskjellige måter å forstå helse på - &gt; Oppfølging av svarene til informant.</li> </ul> <p><b>Forslag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du hørt om at det er ulike perspektiver på helse?</li> <li>- Ulike teoretiske perspektiver: Har du hørt om en slik måte å forstå/se på helse før?</li> <li>- Hvilket perspektiv på helse mener du bør verdsettes?</li> </ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du forberedt deg til intervjuet? Hva tenkte du om intervjuet og hvorfor ville du delta?</li> <li>- Ville du svart annerledes om jeg var læreren din eller en psykolog for eksempel?</li> <li>- Mer du ønsker å fortelle?</li> <li>- Spørsmål?</li> </ul>

# Godkjenningsbrev NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
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

Reidar Säfvenbom  
Seksjon for kroppøving og pedagogikk Norges idrettshøgskole  
Postboks 4042, Ullevål stadion  
0806 OSLO

Vår dato: 17.08.2015

Vår ref: 44094 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44094	<i>Ungdommers forståelse av helse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Reidar Säfvenbom</i>
<i>Student</i>	<i>Pia Jeanette Løvstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ NSD: SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)





