



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2016 30 stp
Institutt for landskapsplanlegging (ILP)

«Når man sier helse, tenker jeg mest på fysisk helse»

Håkon Boman Andresen
Folkehelsevitenskap

Forord

Denne studien er en 30 studiepoengs masteroppgaveoppgave, og er gjennomført som en avsluttende oppgave i masterstudiet folkehelsevitenskap. Studiet har hovedsakelig foregått ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet, med deler av undervisningen lagt til Høgskolen i Oslo og Akershus. Studiet har fokusert på helse i et svært bredt perspektiv, og dette har ført til at jeg har utviklet en enda større fascinasjon for helse og begrepets betydning enn jeg hadde fra før av. Studiet har fått meg til å stille spørsmålsteget ved min egen helseforståelse, og det er interessant å tenke på at jeg i dag, etter fem års utdanning, på mange måter er mer usikker på hva helse *egentlig* er, enn jeg var da jeg var 16-17 år gammel. Det at jeg nå forstår helse som et komplekst begrep tror jeg vil komme til nytte i fremtiden, både i jobbsammenheng og i livet ellers. Nå er studietiden ved NMBU snart over, og jeg kommer til å se tilbake på disse to årene som morsomme og lærerike år.

Arbeidet med denne studien har vært utrolig givende, i tillegg til å ha vært fantastisk krevende. Jeg har vært så heldig ikke bare å ha én dyktig veileder, men to. Jeg vil rette en stor takk til Knut Løndal ved HiOA, og Camilla Ihlebæk ved NMBU. De har veiledet meg med stø hånd gjennom hele prosjektet. De har gitt meg tydelige og gode tilbakemeldinger, som har fått meg til å reflektere over de forskjellige valgene som skal tas. Jeg føler det har styrket oppgaven, og har gjort prosessen til en lærerik og givende erfaring. Jeg er svært fornøyd med det endelige resultatet, og det er i stor grad deres fortjeneste. Tusen takk til dere, Camilla og Knut! Jeg vil også rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervju. Denne studien ville ikke blitt gjennomført uten dem, og jeg er utrolig takknemlig for at de ble med. Jeg vil også takke kjæreste, familie og venner som har holdt ut med meg og hjulpet meg igjennom denne perioden. Til slutt vil jeg rette en takk til Geir Aamodt ved NMBU. Da jeg i begynnelsen av prosjektperioden var usikker på hvordan jeg ville gå fram med studien, var det gjennom samtale med han at brikkene falt på plass for meg.

Sammendrag

Bakgrunn: Mange ungdommer trener i dag på treningssenter. Tidligere studier viser at det på treningssentrene finnes en sterk fysisk orientert helsediskurs. Dette til tross for at dagens mest brukte helsedefinisjoner anerkjenner helse som et komplekst begrep bestående av fysisk, mental og sosial helse. Det finnes en del forskning på ungdommers helse og selvopplevde helse. Likevel vites det lite om hva unge gutter forstår helse *som*.

Formål: Formålet med studien er å undersøke hvordan gutter i slutten av tenårene som trener på treningsstudio forstår helsebegrepet og hvilke faktorer de mener påvirker helsen.

Metode: Det er brukt kvalitativ metode til å innhente datamateriale fra seks gutter i alderen 17-19 år som trener på treningssenter. Individuelle livsverdensintervjuer er gjennomført. Datamaterialet er transkribert og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Informantene forstår helse i stor grad som et objektivt, fysisk anliggende, hvor fysisk aktivitet og kosthold både er og skaper helse. Imidlertid, når informantene reflekterer over helsebegrepet, dukker det opp en bredere forståelse av helse. Informantene trekker frem subjektiv, personlig velvære som viktig for helsen. De snakker om viktigheten av balanse mellom fysisk og mental helse. Det kan se ut som informantene delvis forstår det som er bra for den mentale helsen, som dårlig for den fysiske helsen, og omvendt. Ved å utvise selvdisciplin og å være strukturert, mener informantene man vil kunne balansere det sunne og usunne, og slik få en god fysisk og mental helse.

Konklusjon: Informantenes intuitive forståelse av helse er påvirket av fitnessdiskursens helseforståelse, men når de reflekterer over helsebegrepet kommer det fram en helseforståelse som ligner på den «norske» helseforståelsen. Informantene utviser da det som kan beskrives som en delvis nyansert og fleksibel helseforståelse. Ungdom som trener på treningssenter som ikke reflekterer over helseforståelsen sin, vil muligens ikke forstå helse som noe annet enn et fysisk anliggende. Fremtidig forskning og folkehelsearbeid anbefales dermed å fokusere på en mer holistisk helseforståelse, for å påvirke den intuitive helseforståelsen til å inkludere mer enn fysisk helse.

Abstract

Background: Many adolescents work out at fitness centers today. Former research shows there is a strong, physically oriented, health discourse at the fitness centers, even though most health definitions in use today acknowledge health as a complex concept, including aspects such as physical, mental and social health. Research has been done on adolescents' health and self-perceived health, but little is known about what adolescent males comprehend health to be.

Purpose: The purpose of this study is to explore how adolescent males who work out at a fitness center comprehend health, and what factors they consider to affect health.

Method: A qualitative method is used to collect data material from six boys in the age 17-19 years, who work out at a fitness center. Individual life-world interviews have been performed, and the data material has been transcribed and analyzed using systematic text condensation.

Results: The informants comprehend health as an objective, physical issue, where physical activity and nutrition is considered both to be health and create health. Still, when the informants reflect on the health concept, a more nuanced comprehension evolves, where they emphasize subjective personal well-being as important for health. They talk about the importance of balance between physical and mental health. It seems the informants partly understand that which is positive for mental health, is negative for physical health, and vice versa. The informants seem to believe that by being disciplined and structured, it is possible to balance between healthy and unhealthy, and thus create good physical and mental health.

Conclusion: The informants' intuitive comprehension of health is affected by the fitness discourse. When they contemplate the concept of health, a holistic health comprehension similar to the "Norwegian" health comprehension emerges. A health comprehension which can be described as partly nuanced and flexible is portrayed by the informants. Adolescents working out at fitness centers who do not contemplate their comprehension of health might not understand health as anything more than a physical issue. Future research and public health campaigns are recommended to increase their focus on a more holistic approach to health, so as to influence adolescents' intuitive health comprehension to include more than physical health.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
1.0 Innledning.....	1
2.0 Formål og problemstilling.....	3
3.0 Bakgrunn	4
3.1 Helsebegrepet	4
3.2 Helse i en norsk kontekst.....	5
3.3 Hvordan blir helseforståelsen påvirket?	6
3.4 Fitnessdiskursens helsesyn	7
4.0 Teoretisk perspektiv	11
4.1 Helseperspektivet i den salutogene modell	11
4.1.1 Opplevelse av sammenheng.....	11
4.2 Sosial-kognitiv teori	12
5.0 Metode.....	15
5.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	15
5.1.1 Selvbiografisk situering	16
5.2 Kvalitativt forskningsintervju.....	17
5.3 Rekruttering av deltakere.....	17
5.4 Intervjuguide.....	18
5.4.1 Prøveintervju.....	18
5.5 Gjennomføring av intervjuene.....	18
5.6 Transkribering	19
5.7 Dataanalyse.....	20
5.8 Resultatpresentasjon	24
5.9 Etikk.....	25

6.0 Resultater.....	27
6.1 Informantene.....	27
6.2 Hva helse er – helse i et nåtidsperspektiv	28
6.2.1 Helse er et fysisk anliggende	29
6.2.2 God helse er fysisk og mentalt velvære	31
6.2.3 God mental helse gir muligheter.....	35
6.2.4 Helse er både enkelt og komplisert.....	37
6.3 Hva skaper god helse? – helse i et fremtidsperspektiv	38
6.3.1 Fysisk aktivitet og kosthold	39
6.3.2 Å være sosial.....	44
6.4 Oppsummering av resultatene	46
7.0 Diskusjon.....	48
7.1 Resultatene sett i lys av tidligere forskning.....	48
7.2 Resultatene sett i lys av opplevelse av sammenheng (OAS).....	54
7.3 Resultatene sett i lys av sosialkognitiv teori (SCT).....	58
7.4 Metodediskusjon.....	60
7.4.1 Reliabilitet.....	61
7.4.2 Validitet.....	62
7.4.3 Generaliserbarhet	64
8.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis	66
Referanseliste	68
Vedlegg	
Vedlegg I – Intervjuguide.....	
Vedlegg II – Informert samtykke	
Vedlegg III - Rekrutteringsannonse	

1.0 Innledning

I denne studien undersøker jeg hvordan en gruppe ungdommer forstår begrepet helse, og hva de mener hemmer og fremmer helse. Helsebegrepet er et komplisert og sammensatt begrep (Kristoffersen, 2006), og i Verdens helseorganisasjons (WHO) grunnlov blir det å ha muligheten til å oppnå en så god helse som mulig beskrevet som en grunnleggende menneskerett (*Constitution of the World Health Organization*, 1946). Folkehelsearbeidet har som mål å forbedre befolkningens helse (Mæland, 2010), men Per Fugelli (2006) argumenterer for at dette arbeidet i lang tid har hatt et ensporet innsatsområde. Han mener fokuset har vært på å forbedre den fysiske helsen i befolkningen, uten å ta hensyn til andre aspekter av helsen. Denne helseforståelsen har sitt utspring fra et kartesiansk verdensbilde, hvor menneskekroppen blir forstått som en maskin av kjøtt og blod, som frakter selve «jeg-et» rundt (Leder, 1998). Helse er imidlertid mer enn bare et fysisk anliggende, blant annet livsglede og trivsel (Fugelli, 2006). Det er derfor viktig å vite hva folk selv legger i helsebegrepet, og ikke bare hva ekspertene måtte mene at det er (Fugelli & Ingstad, 2014). Fugelli og Ingstad (2014) gjorde i perioden 1997-2000 en omfattende studie av hva 80 nordmenn i alderen 16-93 år la i begrepet helse. Imidlertid var det få gutter og unge menn under 19 år med i studien, samt at verden har forandret seg siden den gang. Siden 1992 har det vært en stor økning av nordmenn som trener på treningssenter, og frem til 2010 har det blant ungdom på videregående skoler vært mer enn en dobling av elever som rapporterer at de trener på treningssenter (Seippel, Strandbu, & Sletten, 2011). Blant elever i andretrinn på videregående skole trente i overkant av 40 prosent på treningssenter minst én gang i uken i 2010, noe som var en markant stigning siden 2002, hvor tallet var rundt 30 prosent. I Ung i Oslo-rapporten fra 2015 kom det frem at omkring 50 prosent av ungdommene i andretrinn på videregående skole trente ukentlig på treningssenter, og det er en økende trend blant norske ungdommer å trene på treningssenter (Andersen & Bakken, 2015).

I dagens samfunn er det et stort fokus på helse og det å være i form, noe som eksemplifiseres gjennom fitnessdiskursen (Markula & Pringle, 2006). En diskurs er «en samling idéer, begreper og kategorier som gir mening til sosiale og fysiske fenomener, og som er produsert og reproduisert gjennom et identifiserbart sett av praksiser» (Hajer & Versteeg, 2005, s. 175, forfatters oversettelse). Fitnessdiskursen blir av Markula og Pringle (2006) beskrevet som fokusert på helse som fravær av sykdom og ubehag, og med evne til å prestere på et gitt fysisk nivå. Fitnessdiskursens helseforståelse er unyansert, gjennom at den utelukkende fokuserer på fysisk helse. Enkeltindividet blir gjort ansvarlig for helsen sin, mens myndighetene og

samfunnet fraskrives ansvar. Fitnessdiskursen eksisterer i stor grad på treningsentrene, og vil være med å påvirke helseforståelsen til de som trener der. Studier på ungdommers helse og selvopplevde helse tyder på at det som kan beskrives som en unyansert helseforståelse, lik den fitnessdiskursen har, er utbredt blant unge mennesker i dag (Jáuregui-Lobera, Ezquerro-Cabrera, Carbonero-Carreño, & Ruiz-Prieto, 2013; Lubans & Cliff, 2011; Slater & Tiggemann, 2011).

Det at mange unge mennesker ser ut til å ha en unyansert forståelse av helse, må komme fra et eller annet sted. Fugelli (2006) mener dette kommer fra den forståelsen av helse som blir presentert til befolkningen av media, myndighetene og helseeksperter. Disse tre gruppene er sterke stemmer som er med på å definere fitnessdiskursen, og det er rimelig å anta at det som kan beskrives som en unyansert og rigid helseforståelse blant ungdom er påvirket av fitnessdiskursen (Jáuregui-Lobera et al., 2013; Lubans & Cliff, 2011; Markula & Pringle, 2006; Tulle & Dorrer, 2012). Det at treningshverdagen til norske mannlige ungdommer i dag foregår på en arena som er sterkt preget av fitnessdiskursen, vil nødvendigvis påvirke deres forståelse av begreper som helse (Bandura, 1986; Markula & Pringle, 2006; Seippel et al., 2011). Det forskes en del på ungdommers helse (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012; Jáuregui-Lobera et al., 2013), men hva ungdommen selv forstår helse som, og særlig gutter, vites det ikke mye om. Derfor er det interessant å spørre hvordan dagens diskurser om helse og kropp påvirker mannlige ungdommers forståelse av helse?

I denne innledningen forsøker jeg å få frem hvorfor dette er en relevant og viktig studie. I kapittel 2 presenteres studiens formål og problemstilling. Tidligere forskning på feltet presenterer jeg i kapittel 3, for deretter i kapittel 4 å presentere de teoretiske perspektivene oppgaven vil ta utgangspunkt i. Teoriene som benyttes i oppgaven er Opplevelse av sammenheng (OAS) og sosial-kognitiv teori (SCT). Kapittel 5 er metodekapittelet, hvor jeg legger frem fremgangsmåten jeg har benyttet for å innhente data og produsere resultatene, og de etiske overveielserne som er gjort i løpet av prosjektet. I kapittel 6 presenteres resultatene av studien, og i kapittel 7 vil jeg diskutere resultatene opp mot empiri og teori presentert i kapittel 3 og 4. Kapittel 8 vil være avslutning og inneholder studiens konklusjon og implikasjoner for praksis.

2.0 Formål og problemstilling

På bakgrunn av argumentene presentert i innledningen, er studiens formål å få en dypere forståelse av hvordan gutter i slutten av tenårene som trener på treningssenter forstår helse, og hvilke faktorer de oppfatter at påvirker den.

For å svare på studiens formål har jeg forholdt meg til følgende problemstilling:

- *Hva forstår gutter i 17-19 års alder som trener på treningssenter at god helse er, og hva mener de påvirker helsen?*

3.0 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres en oversikt over definisjoner av helse og måter å forstå helse på, tidligere forskning på helsebegrepet, og ungdommers helse og forståelse av helse.

3.1 Helsebegrepet

Helse som begrep er et komplisert og sammensatt fenomen (Kristoffersen, 2006). Det består av flere aspekter, som alle påvirker hverandre. Helsebegrepet inneholder fysiske, mentale, sosiale og kulturelle sider, og det finnes mange forskjellige teoretiske og filosofiske beskrivelser av fenomenet helse. De forskjellige innfallsvinklene til helsebegrepet åpner for en bredere forståelse av helse og gir mulighet til å vektlegge forskjellige aspekter av begrepet. Samtidig vil en ensidig eller snever helseforståelse kunne begrense helsen vår.

Den etymologiske opprinnelsen av ordet helse viser at det stammer fra norrønt «heilsa», som igjen er en avledning fra det germanske ordet hailisz- (Caprona, 2013). Ordet betydde lykke eller fremgang, og er også beslektet med haila-, som betydde hel eller sunn. Det engelske ordet «health» stammer fra ordet «whole», som også betyr å være hel, og fra latin kommer helse fra «salus» som betyr sunn og frisk (Kristoffersen, 2006). Etymologien knytter dermed helsebegrepet til friskhet, sunnhet og velbefinnende, som står for henholdsvis fysiske egenskaper, holdninger eller psykiske egenskaper, og den opplevde følelsen av hvordan man har det.

Det er mange forskjellige definisjoner på hva helse er (Hofmann, 2014). Den som antakeligvis er den mest kjente og brukte er WHO sin definisjon: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (*Constitution of the World Health Organization*, 1946, s. 1.). Denne definisjonen er blitt kritisert for å være utopisk, og at med utgangspunkt i en slik definisjon, vil ingen kunne si at de har god helse (Mæland, 2010).

Sykdom blir ofte sett på som motstykket til helse. Fravær av sykdom blir forstått som det samme som å ha god helse, og å ha en sykdom det samme som å ha dårlig helse (Hofmann, 2014). Denne måten å forstå helse på tilsvarer at alle som har en diagnose er syke, mens alle som er uten en diagnose er friske. Dette er en problematisk helseforståelse når man står overfor kronisk syke, som da blir fortalt at de har dårlig helse uavhengig av hvordan de selv opplever sin egen helse. Samtidig vil personer som ikke har en diagnose bli fortalt at de har god helse, uavhengig av hvordan de selv måtte oppleve helsen sin. Med denne helseforståelsen vil (god) helse og sykdom være gjensidig ekskluderende, man kan ikke ha

begge deler samtidig. Denne forståelsen av helse har blitt mye problematisert, og det har kommet alternative definisjoner på hva helse er; definisjoner som åpner for å ha en sykdom og fortsatt være ved god helse, og å være uten sykdom, men fortsatt oppleve å ha dårlig helse. En av disse definisjonene er Peter Hjort sin definisjon, «helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2010, s. 24). Denne definisjonen av helse ser på helse som en ressurs. En person som opplever å kunne ta del i sin egen hverdag på en måte som personen selv føler er tilfredsstillende, vil ha god helse. Så lenge man fungerer og kan delta i sin egen hverdag, så kan man oppleve helse, uavhengig av sykdomsbilde. Denne helseforståelsen vil jeg komme tilbake til i kapittel 4.1, hvor jeg presenterer den salutogene modellen og helseforståelsen den representerer (Antonovsky, 2012).

Som nevnt, så anser WHO helse som så viktig at det å ha muligheten til å oppnå best mulig helse blir betegnet som en menneskerett (*Constitution of the World Health Organization*, 1946), og jeg har presentert forskjellige forståelser av helsebegrepet. Jeg har gått igjennom den etymologiske opprinnelsen til ordet helse (Caprona, 2013; Kristoffersen, 2006), og forskjellige helsedefinisjoner (*Constitution of the World Health Organization*, 1946; Mæland, 2010). Dette er helsedefinisjoner utarbeidet av eksperter, men de tar ikke nødvendigvis hensyn til hva befolkningen legger i helsebegrepet. Fugelli og Ingstad (2014) gjennomførte derfor en kvalitativ studie blant nordmenn om hva *de la* i begrepet helse.

3.2 Helse i en norsk kontekst

I boken Helse på norsk presenterer Fugelli og Ingstad (2014) en studie om begrepet helse slik det er forstått av «det norske folk», og som jeg i denne oppgaven vil omtale som den «norske» helseforståelsen. Studien er ikke basert på et utvalg som er representativt for den norske befolkningen, men den gir et interessant innblikk i mange nordmenns forståelse av helse. Fugelli og Ingstad (2014) fant at helse er et begrep med mange verdier. Det som gikk igjen oftest hos informantene, var at helse er trivsel. Det å være fornøyd med sitt eget liv basert på sine egne premisser er å ha god helse, og om man trives med livet sitt vil det kunne veie opp for en usunn livsstil. Om man derimot ikke trives med livet sitt, vil det kunne føre til sykdom. For å oppnå trivsel i livet er det nødvendig å være tilfreds med egen livssituasjon og å finne sin egen måte å ha god helse på. Samtidig er ikke helse det at alt alltid er på topp. Det å ha det «alminnelig bra» er godt nok for helsen. Andre aspekter som informantene deres vektlegger som viktige for helsen, er opplevd likevekt og balanse i livet, helhet, tilpasning, funksjon, å bevege seg mot mål, livskraft, motstandskraft, fravær av tanker om helse og fravær av sykdom. Fravær av sykdom er for et fåtall av informantene deres et krav for å ha god helse.

Flertallet av informantene deres mener at det går an å ha god helse uavhengig av sykdom, og at helse er noe individuelt som er avhengig av enkeltmenneskets forutsetninger og muligheter. Den «norske» forståelsen av hva helse er, er positivt ladet. Det å fungere i hverdagen og å tåle motstand, er helse. Selv om det er en individuell opplevelse av hva helse er, så er hele opplevelsen av helse flettet sammen med alle aspekter i livet, og med menneskene man har rundt seg (Fugelli & Ingstad, 2014).

De siste intervjuene i denne studien var gjennomført i år 2000, og i dagens digitale verden endrer oppfatninger seg raskt. Denne helseforståelsen er dermed ikke nødvendigvis gjeldende for dagens ungdommer.

3.3 Hvordan blir helseforståelsen påvirket?

De siste tiårene har vi blitt bombardert med helsekampanjer som har fortalt oss hvordan vi skal leve for å oppnå god helse, med fokus på den fysiske helsen (Fugelli, 2006). Dette ser ut til å ha vært effektivt, for i en ny landsdekkende undersøkelse ser man at norske barn og unge jevnt over har blitt sunnere de siste årene (Samdal et al., 2016). De spiser mer grønnsaker og mindre godteri, og de trener mer og bruker færre rusmidler. Samtidig er det en sosial gradient i helsen, hvor barn og unge fra familier med høyere sosioøkonomisk bakgrunn har en typisk sunnere livsstil enn de med lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Sosiale relasjoner og bruk av media påvirker i hvilken grad ungdom føler seg trygge på hvordan de skal tilegne seg ny helsekunnskap (Paek, Reber, & Lariscy, 2011). Ungdommer som prater om helse med familie og venner, og/eller aktivt bruker medier til å finne helseinformasjon, føler seg tryggere på at de er i stand til å finne den helseinformasjonen de er ute etter, enn de som ikke gjør dette. I Ung i Oslo-rapporten ser man dette, hvor ungdommer fra Oslo vest med høy sosioøkonomisk bakgrunn, rapporterer sterkere interesse for helse enn resten av Oslo-ungdommen. De trener mer, de spiser sunnere og de er også mer fornøyd med egen helse enn ungdom ellers i landet (Andersen & Bakken, 2015). Ungdom fra Asker og Bærum har en liknende helseatferd; de trener mer enn landsgjennomsnittet, og de kommer fra familier med jevnt over høyere sosioøkonomisk status enn resten av landet (Folkehelseinstituttet, 2016a, 2016b). Altså er ungdom fra høyere sosioøkonomisk bakgrunn mer opptatt av, og interessert i, helse, og det er rimelig å anta at de dermed diskuterer helserelevante temaer med familie og venner, samt oppsøker helseinformasjon i forskjellige medier (Andersen & Bakken, 2015; Paek et al., 2011; Samdal et al., 2016). Men hva sier mediene om helse?

En diskursanalyse av norske mediers omtale av overvekt inneholder normative beskjeder, hvor mediene i stor grad benytter en stigmatiserende omtale av overvekt (Malterud & Ulriksen, 2010). Overvekt omtales som dårlig selvdisciplin, det er selvforskyldt, lite attraktivt og usunt. Å være slank, derimot, er et tegn på god helse, fordi god helse blir presentert som fysisk betinget, og som et symbol på suksess. På denne måten blir trening og et «korrekt» kosthold forstått som ikke bare veien til god helse, men også veien til suksess og et attraktivt utseende. I en norsk studie fant forskerne at et kroppssyn hvor fysisk aktivitet og trening blir forstått som et verktøy til å produsere fysiske endringer, har inntatt kroppsøvingen i norske skoler (Walseth, Aartun, & Engelsrud, 2015). De 15 år gamle jentene i studien ønsker at kroppsøvingslæreren skal fungere som en slags personlig trener som presser dem til å prestere. Kroppsøvingsundervisningen, mener de, burde gi dem følelsen av at de virkelig har trent. De ønsker effektiv trening som hjelper dem med å få en veltrent og attraktiv kropp. Denne helsediskursen har tidligere hovedsakelig rettet seg mot kvinner, men i Norge har den i større grad også begynt å rette seg mot unge menn (Malterud & Ulriksen, 2010).

3.4 Fitnessdiskursens helsesyn

Markula og Pringle (2006) har gjort en analyse av fitnessindustrien basert på Foucaults arbeider. I denne analysen fant de at helseforståelsen som blir frontet i fitnessindustrien og i det de kaller fitnessdiskursen, er en helseforståelse som i stor grad fokuserer på helse som fravær av sykdom og ubehag (hhv. *disease* og *illness* på engelsk) (Hofmann, 2014). Helsebegrepet i fitnessdiskursen er adoptert fra treningsvitenskapelig litteratur, hvor en sunn kropp er ensbetydende med en kropp fri for ubehag og som er i stand til å prestere på et visst fysisk nivå (Markula & Pringle, 2006). Fitnessdiskursen beskriver hva slags trening man skal gjøre, hvilken intensitet, hvor mange serier og repetisjoner og treningens lengde, samt hvordan kroppen skal se ut, for at man skal kunne få god helse og en sunn kropp. Fitnessdiskursen fokuserer på den delen av WHO sin helsedefinisjon som handler om komplett fysisk velvære og fravær av sykdom og ubehag, men den unnlater å inkludere mental og sosial velvære (*Constitution of the World Health Organization*, 1946; Markula & Pringle, 2006). Fitnessdiskursen legger også en stor del av ansvaret for en persons helse på enkeltindividet, i den forstand at hver enkelt person har ansvar for å unngå dårlig helse hos seg selv. Dette er ikke bare et ansvar for at man selv skal kunne ha det bra, men et moralsk ansvar overfor resten av samfunnet; når man har god helse kan man være en mer produktiv borger (Markula & Pringle, 2006).

På tross av at dagens samfunn har et stort fokus på helse og trening (Markula & Pringle, 2006), blir det av WHO rapportert om en overvektsepidemi i den vestlige verden (Racioppi, Cavill, & Kahlmeier, 2006). Allikevel, eller kanskje nettopp på grunn av dette(?), er det et stort fokus på å være i form. Det å være i god form gir, for å bruke et Bourdieuansk begrep, fysisk kapital (Frew & McGillivray, 2005). Dette mener Frew og McGillivray (2005) fitnessindustrien utnytter til å tjene penger, ved å spille på folks misnøye med egen kropp og fitnessdiskursen. På treningsentre er det en diskurs preget av at kroppen ses som et symbol på suksess eller nederlag, som fysisk kapital og som en ytre bekreftelse på å være sunn eller usunn, basert på utseende og fysiske egenskaper (Frew & McGillivray, 2005; Tulle & Dorrer, 2012). Dette er i overensstemmelse med fitnessdiskursen Markula og Pringle (2006) presenterer. Denne helseforståelsen kan være skadelig, ved at den kan føre til misnøye med egen kropp (Frew & McGillivray, 2005).

I en australsk studie blant jenter og gutter i alderen 15-18 år om begreper som helse og fitness, var det en utbredt oppfatning blant deltakerne at helse var et personlig ansvar (Wright, O'Flynn, & Macdonald, 2006). For å oppnå god helse måtte man spise den riktige maten og trene tilstrekkelig. Guttene i studien snakket om å være «fit» eller i form som en tilstand som gjorde dem i stand til å møte livets utfordringer, både dagligdagse og sportslige, men det å være i form var også relatert til å kunne ha det bedre når de gjorde forskjellige aktiviteter, fordi de hadde overskudd til å prestere på et tilstrekkelig nivå. Guttene i studien var ikke nevneverdig opptatt av vekt, men heller på det å kunne prestere og å ikke bli oppfattet som en lat person. Forfatterne av studien stiller i diskusjonen et spørsmål om hvordan dette kan endre seg i de kommende årene, med tanke på det økende fokuset i mediene på «overvektsepidemien» og skolenes vektlegging av økt fysisk aktivitet som et tiltak mot dårlig helse.

En studie fra New Zealand, hvor forskerne gjorde en diskursanalyse av 9-åringers forståelse av fitness-begrepet, fant at å være i form (fit) var ensbetydende med å ikke være overvektig (Powell & Fitzpatrick, 2015). På skolen hvor de gjennomførte studien hadde de tre ganger i uken opplegg med fysisk aktivitet. Elevene som ble intervjuet fortalte om hvordan det å trene gjorde at man kunne unngå overvekt og forme kroppen til å bli slank (skinny), hvilket ble sett på som bra og attraktivt. I tillegg mente de at det var bedre å løpe enn å gå, fordi det er mer effektivt til å forme kroppen. Dette er et lignende perspektiv som Walseth et al. (2015) fant blant norske jenter i tiendeklasse, som nevnt i forrige kapittel. Jentene i Walseth et al. (2015) sin studie ønsket blant annet å få inn styrketrening i kroppsøvingundervisningen. Dette er antakeligvis fordi styrketrening er mer i tråd med fitnessdiskursens treningsverdier enn det

tradisjonelle ballidretter er, og at det er lettere å presse seg og føle at man har brukt kroppen når man er ferdig.

Gutter i tenårene opplever sin egen helse som bedre enn jenter gjør (Jáuregui-Lobera et al., 2013). Der jenter som er normalvektige oftere anser seg selv som å være overvektige, anser overvektige gutter seg som normalvektige. Gutters selvbilde påvirkes i mindre grad av om de er overvektige eller ei, det som derimot påvirker selvbildet deres er hvor sterke de er (Lubans & Cliff, 2011). Dette støttes av en norsk studie, hvor de fant at tynne og normalvektige gutter som ønsket å bygge muskler ofte var misfornøyd med egen kropp, og at det å ønske seg økt muskelmasse var assosiert med tegn på spiseforstyrrelser (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012).

I fitnessdiskursen blir kroppen betraktet i et kartesiansk paradigme; den anses som en maskin som skal fungere, mens det er tankene som er den styrende delen av mennesket (Leder, 1998; Markula & Pringle, 2006). Kroppen blir til noe som kan formes etter viljen, og om det ikke lar seg gjøre, er det grunnet dårlig viljestyrke. Dette er, som blant andre Drew Leder (1998) har argumentert for, et dogmatisk og overforenklet syn på kroppen og det å være menneske. I det kartesianske paradigmet blir mennesket delt i to, kropp og sjel. Sjelen er det egentlige mennesket, og kroppen er kun en maskin som har som funksjon å forflytte sjelen. Kroppen må fortsatt tas vare på, som en hvilken som helst annen maskin. Det skjer med riktig næring, trening og hvile. Sjelen, eller tankene, bestemmer hvordan kroppen skal være, og styrer den til å gjøre slik tankene ønsker. Det kartesianske verdenssynet har i stor grad vært brukt innen medisinen. Kroppen har blitt forsøkt delt opp i stadig mindre deler, for å forstå hvordan de henger sammen, og for å påvirke de minste delene for å «reparere» kroppen. Det kartesianske synet på mennesket kommer tydelig frem i fitnessdiskursen (Markula & Pringle, 2006), men det er ikke en tilstrekkelig måte å forstå hvordan mennesket fungerer på (Leder, 1998). Kroppen er ikke et objekt som tankene styrer, kroppen og kroppens erfaringer påvirker også tankene. Herifra får vi begrepet «den levde kropp» - vi erfarer verden gjennom kroppen, gjennom syn, lyd, lukt, smak og følelser. Kroppen er dermed ikke et objekt i verden styrt av tankene, men et subjekt. Tankene og kroppen er ett, de kan ikke eksistere uten hverandre, og de påvirker hverandre. Dette filosofiske perspektivet om mennesket støttes av forskning, som viser at *hvordan* en person tenker om noe påvirker de fysiske reaksjonene, men også at de fysiske reaksjonene påvirker tankene (McEwen, 1998; Ursin & Eriksen, 2004). Dette betyr ikke at man skal forkaste den kartesianske måten å observere verden på, men at man ikke kan

basere forståelsen om mennesket kun på dette grunnlaget (Leder, 1998). Kroppen er både subjekt og objekt, og må forstås slik.

Jeg har nå forsøkt å argumentere for at fitnessdiskursens syn på helse er basert på et til dels utdatert verdenssyn, som stammer fra en biomedisinsk forskningstradisjon (Fugelli, 2006; Leder, 1998; Markula & Pringle, 2006). Ved å ta utgangspunkt i at helse består av mer enn det fysiske aspektet, vil fitnessdiskursens forståelse av helse ikke lenger være tilstrekkelig for å forklare hva helse er og hvordan man skaper den. Jeg ønsker derfor å benytte to teorier som har en mer personsentrert og holistisk innfallsvinkel til hva helse er og hvordan man skaper den, til å belyse resultatene i de.

4.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenterer jeg to teoretiske perspektiv, OAS og SCT. Disse to teoriene kommer til bli brukt til å belyse studiens resultater i diskusjonskapittelet.

4.1 Helseperspektivet i den salutogene modell

Aaron Antonovsky (1923-1996) var en israelsk medisinsk sosiolog og professor som var spesielt opptatt av hva som førte til god helse, fremfor hva som førte til sykdom (Antonovsky, 2012). På 70-tallet gjennomførte han en spørreundersøkelse blant kvinner i overgangsalderen, og en del av disse deltakerne var overlevende etter Holocaust. Han reagerte på at såpass mange av de overlevende rapporterte at de var ved rimelig god helse, både fysisk og psykisk. Dette var mennesker som hadde vært igjennom noe av det mest grusomme et menneske kan oppleve, så han lurte på hvordan det kunne ha seg at de da opplevde å være ved god helse. Dette gjorde at Antonovsky begynte å interessere seg for hva som skaper god helse, fremfor hva som skader helsen. Etter hvert utviklet han den salutogene modellen, som et motsvar til patologien. Patologi er læren om hva som fører til sykdom, mens salutogenese, fra latinsk *salus*, betyr læren om hva som fører til god helse. I den salutogene modell blir helse sett på som et kontinuum. I den ene enden av dette kontinuumet finner man fullstendig uhelse, mens i den andre enden har man fullkommen helse. Alle mennesker kan plasseres et sted på dette kontinuumet, og det vil alltid være mulig å bevege seg opp eller ned på dette kontinuumet. Det som avgjør hvor på helsekontinuumet man plasseres, er personens OAS.

4.1.1 Opplevelse av sammenheng

OAS er en teori om salutogenese, og er definert som:

«... en global orientering som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk følelse av tillit til at ens interne og eksterne miljø er forutsigbart og at det er en høy sannsynlighet for at ting vil ordne seg, så vel som med rimelighet kan forventes» (Antonovsky, 1979, s. 123, forfatters oversettelse)

Teorien består av tre komponenter, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012). OAS fokuserer på hva som skaper opplevelsen av helse, fremfor hva som gir dårlig helse. En persons OAS forutsier hvordan personer opplever sin egen helse, på tross av eventuelle faktorer for god eller dårlig helse personen måtte ha i livet. En person kan ha lav, middels eller høy opplevelse av de tre elementene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Den totale «summen» angir OAS personen erfarer, og en sterk OAS tilsvarer å ha en opplevelse av god helse.

Begripeligheten en person opplever i sitt liv er hvor godt de føler at de kan forstå sin egen livsverden (Antonovsky, 2012). Dette er det kognitive aspektet ved OAS. En person med høy begripelighet opplever i høy grad å forstå sin egen livsverden. Dette gir en følelse av at livssituasjonen er forutsigbar, og om noe uforutsett skulle oppstå vil det være rimelig forståelig og mulig å plassere hendelsen inn i en kontekst.

Håndterbarheten handler om hvor godt personen føler at hun kan håndtere hendelser i livet, både planlagte og uforutsette (Antonovsky, 2012). Dette er handlingsaspektet i OAS. En person som har en høy opplevelse av håndterbarhet har en følelse av at hun vil klare å mestre de utfordringene livet måtte gi, og at hun har de nødvendige ressursene. Disse ressursene kan være personlige egenskaper, økonomiske, sosiale eller andre ressurser.

Meningsfullheten en person opplever i livet går ut på om personen føler at livet er meningsfullt (Antonovsky, 2012). Dette er det affektive aspektet ved OAS. En person som har en høy opplevelse av meningsfullhet føler at en eller flere aspekter av ens liv er viktige og gir livet mening. Dette aspektet er det viktigste aspektet i OAS-teorien, og omhandler motivasjon til å ta tak i ting.

OAS er en teori som kan brukes til å si noe om den opplevde helsen til en person (Antonovsky, 2012), ved å se på håndterbarheten, begripeligheten og meningsfullheten en person opplever. Imidlertid, hvordan påvirkes og utvikles en persons opplevelse av disse aspektene av OAS? En teori som kan belyse hvordan menneskers holdninger påvirkes og læres, er SCT.

4.2 Sosial-kognitiv teori

SCT er en teori av Albert Bandura (1925-) som forklarer personers helseatferd (Bandura, 2004), og kan deles opp i fem faktorer som påvirker menneskers handlinger:

- Kunnskap (knowledge)
- Mestringsforventning (perceived self-efficacy)
- Utfallsforventninger (outcome expectations)
- Målsetting (goal formation)
- Sosiostrukturelle faktorer (sociostructural factors)

Kunnskapen en person innehar om hva som påvirker helsen vil følgelig påvirke en persons handlinger for å påvirke helsen (Bandura, 1986). *Mestringsforventning* er graden av tro en person har til at man vil være i stand til å gjennomføre den gitte handlingen.

Utfallsforventninger er de forventningene man har til hva handlingen vil føre til. *Målsetting* er målene en person setter seg og ønsker å nå. *Sosiostrukturelle faktorer* er forskjellige faktorer i samfunnet og miljøet man lever i som påvirker en person. Det kan være politiske føringer, nære sosiale relasjoner, medier osv. Samspillet mellom disse fem faktorene påvirker oppførselen og helsen til en person.

Den viktigste faktoren i SCT er mestringsforventning (Bandura, 1999). Om man har en høy tillit til egen mestring vil man fortsette å stå på, selv når man møter motgang. Dette er en av de viktigste menneskelige egenskapene for å få god helse. Høy mestringsforventning betyr at man har stor tillit til at man kan få til det man måtte ønske, og vil gi en person økt motivasjon, pågangsmot og evne til å gjennomføre (Bandura, 1989). I motsatt ende vil en lav mestringsforventning føre til redusert handlingsevne, og kan også føre til depresjon. Dette vil igjen forverre mestringsforventningen, og det blir bare vanskeligere å komme seg i gang igjen.

Bandura (1999) forklarer hvordan kunnskap er en måte mennesker lager modeller og strategier for effektive handlinger på, som vi kognitivt bruker for å tilpasse våre erfaringer til nye erfaringer. Læring er ikke en passiv observasjon av hver enkelt situasjon, men en aktiv handling hvor vi bruker erfaringene våre til å gjøre antagelser om hvordan disse erfaringene vil påvirke andre handlinger. Når vi så prøver ut disse antagelsene, tilpasser vi kunnskapen vår etter om antagelsene er korrekte eller ikke. I tillegg er vi i stand til å lære av å observere og lytte til andre mennesker. Vi må ikke gjøre noe selv først for å lære det, vi kan lære fra andre mennesker og endre handlingene våre etter den nye kunnskapen vi har fått.

De sosiostrukturelle faktorene i SCT er miljøet vi lever i, fra de helt nære relasjoner til det internasjonale samfunnet (Bandura, 1999). De nære relasjonene vi mennesker lever i, påvirker oss med tanker og ideer. Vi lever i et samspill med andre mennesker, hvor vi lærer gjennom å observere andre, og andre lærer av å observere oss. For eksempel vil oppveksten en person har i stor grad påvirke hvordan mestringsforventningen utvikler seg. Et barn som vokser opp med mennesker rundt seg som oppfordrer til å ikke gi opp og prøve igjen til man får det til, vil få en annen mestringsforventning enn et barn som vokser opp i et hjem hvor man ikke får den samme oppmuntringen. Når man kommer opp på et høyere nivå, som lokalsamfunnet eller landet vi lever i, så vil påvirkningene endres. Her vil samfunnet i større grad utøve en påvirkning på enkeltmennesket, men de færreste enkeltmennesker har mulighet til å påvirke samfunnet i nevneverdig grad. Dette vil påvirke hva vi ser på som sosialt akseptabelt, hva som

er moralsk riktig og hva som er attraktivt, mens man i liten grad har mulighet til å påvirke dette tilbake selv.

SCT eksisterer i det Bandura kaller Reciprocal Triadic Causation (RTC) (Bandura, 1986). RTC forklarer hvordan individets personlighet og oppførsel påvirker og påvirkes av hverandre, i tillegg til hvordan de påvirker og påvirkes av miljøet man lever i. Miljøet representerer alt utenfor individet, som politikk, lover, det fysiske miljøet, økonomi og sosiale forhold. Dette er en kraftig påvirkningsfaktor på individet, som former personen. Samtidig er personen med på å påvirke miljøet en lever i, om enn i varierende grad. Imidlertid, om man ser på flere personer samlet, så endres denne påvirkningskraften. Om flere personer går sammen, vil man kunne utøve større endringer, og på den måten har enkeltpersonen relativt stor evne til å påvirke samfunnet. Til slutt har man oppførselen til personen, som påvirkes av miljøet, gjennom for eksempel sosiale normer, verdier, politikk og lover som tilrettelegger for eller vanskeliggjør forskjellige handlinger. Ser man igjen på personen på et kollektivt nivå, vil man se at om mange nok personer oppfører seg på en viss måte, så vil dette være med på å endre miljøet gjennom å påvirke hva som er sosialt akseptert, eller ved å føre til endring i lovverket. Oppførselen til en person vil også påvirke enkeltmennesket gjennom læring. Hvis man prøver ut en ny oppførsel som man erfarer er effektiv for det man ønsker å oppnå, så vil det endre synet man har på oppførselen.

5.0 Metode

De kvalitative forskningsmetodene er fremgangsmåter for å beskrive og forstå sosiale og kulturelle fenomener (Malterud, 2011). Helse er et sosialt konstruert fenomen, som påvirkes av kultur, og en kvalitativ studie vil dermed være en passende tilnærming til å undersøke fenomenet helse (Fugelli & Ingstad, 2014; Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitative studier baserer seg på fenomenologien, som er læren om menneskelige erfaringer, og hermeneutikken, som er læren om fortolkning av tekster (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011).

5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Malterud (2011) beskriver den vitenskapsteoretiske forankringen som at forskeren har på seg briller som farger ens syn eller innfallsvinkel til materialet og temaet som undersøkes. Fra fenomenologien henter de kvalitative metodene ønsket om å forstå sosiale fenomener slik de oppfattes av enkeltmennesket (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å forsøke å forstå personens livsverden, må man forsøke å legge bort egne forforståelser av verden, og tilnærme seg de undersøkte fenomenene med en så naiv innfallsvinkel som mulig. Videre ligger min vitenskapsteoretiske forankring i hermeneutikken, og med det den hermeneutiske sirkel. Hermeneutikken har et syn på forskning som en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, og den hermeneutiske sirkel er en prosess som går frem og tilbake mellom hele teksten og dens deler. Man fortolker disse i lys av hverandre, for å forstå teksten og meningene man har funnet i den på nye måter. Innen hermeneutikken er det et ideal å kunne forstå teksten på mange forskjellige måter, og det finnes dermed ikke en konkret fremgangsmåte. Det som derimot er viktig, er å være åpen om veien man kommer frem til fortolkningene. Da vil leseren selv kunne ta stilling til resultatet, og si seg enig eller uenig.

Innen vitenskap og forskning generelt, er det å være oppmerksom på sin egen forforståelse viktig for å ikke la ens personlige syn farge resultatene på en ubevisst måte (Malterud, 2011). Innen den kvalitative forskningen er det muligens enda viktigere, for å gjøre det så enkelt som mulig for leseren å kunne etterprøve resultatene man kommer frem til. Neumann og Neumann (2012) skriver om forskerens posisjon i arbeidet med forskningsarbeidet. De trekker frem at det ikke er mulig for forskeren å være nøytral og objektiv, og at det heller ikke er noe mål i seg selv. De argumenterer heller for bruk av situering, som betyr å plassere, til å få frem forskerens rolle og potensielle påvirkning av forskningsprosessen. Det er gjerne tre typer situering som er relevante; selvbiografisk situering, feltsituering og tekstsituering.

Selvbiografisk situering er å reflektere over egne erfaringer og syn på temaet man undersøker, for dette er selve forforståelsen til forskeren. Feltsituering er å reflektere over selve datainnsamlingen som er gjort i samspill med informanten, hvor det som ikke er sagt kan være vel så viktig som det som blir sagt. Hvordan man oppfører seg overfor informanten vil følgelig påvirke informanten, og å reflektere over og være tydelig på dette vil gi leseren en bedre forståelse av prosessen. Tekstsituering er å reflektere over de mulige konsekvensene av det ferdige, skrevne arbeidet, både positivt og negativt (Neumann & Neumann, 2012). Feltsitueringen vil bli presentert i kapittel 5.5, mens tekstsitueringen vil bli presentert i kapittel 5.9.

5.1.1 Selvbiografisk situering

Jeg var aldri en sportslig type da jeg var yngre. Da jeg var i barnehagealder og ble med ut for å spille fotball med nabobarna, endte jeg fort opp med å legge meg ned og se på isteden. Da jeg begynte på barneskolen startet jeg på et fotballag, som de fleste andre norske barn. Jeg dro på fotballtreninger og kamper, men jeg spilte sjelden utenom det. I begynnelsen av tiendeklasse sluttet jeg fordi laget begynte å løse seg opp, og jeg syntes ikke fotball i seg selv var særlig gøy. Det var hovedsakelig på grunn av det sosiale jeg hadde vært med. I løpet av våren i tiendeklasse begynte jeg på treningssenter, og jeg fant fort ut at det var noe jeg likte godt. Jeg fikk raskt resultater, og jeg leste alt jeg kom over om trening og kosthold. Etter hvert som jeg kom mer inn i treningsmiljøet, fikk jeg det jeg nå vil beskrive som et mer og mer rigid syn på hva helse er og hva som gir helse. Styrketrening var helt klart det beste for helsen, og det var viktig å få i seg masse proteiner. Jeg levde lenge med dette synet, men etter hvert som jeg ble eldre og begynte å studere, så løsnet det rigide synet mitt sakte, men sikkert opp. Jeg ser i ettertid at jeg hadde en fysisk forståelse av helse, og at dette tok overhånd til tider. Det var ikke bare jeg som hadde dette synet, jeg delte det med mine treningskamerater. Jeg trener fortsatt på treningssenter, og har nå gjort det i 11 år. Jeg ser hvordan det er et økende antall unge mennesker som begynner på treningssenter. Jeg mener det *kan* være positivt, men jeg ser også for meg at det kan føre til at mange får et syn på helse slik jeg hadde. Om man ikke vokser ut av et slikt helsesyn, tror jeg det vil være uheldig over tid, ved at det setter begrensninger for hva man vil kunne oppleve som helsefremmende. Dette er utgangspunktet for at jeg har interessert meg i hvordan helseforståelsen til unge gutter er. Dette utgjør min forforståelse, og jeg har gjennom planlegging, gjennomføring, analyse og rapportering forsøkt å være bevisst på disse synene jeg har og har hatt.

5.2 Kvalitativt forskningsintervju

Jeg har gjennomført kvalitative forskningsintervjuer for å samle inn datamaterialet til denne studien, fordi dette er en egnet måte til å innhente informantens forståelse av fenomener (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har brukt kvalitative forskningsintervjuer for å finne informantens forståelse av helsebegrepet. Intervjuene har vært semistrukturerte livsverdenintervju, og har hatt som utgangspunkt å skulle være så likt en normal samtale som mulig. Det finnes forskjellige typer kvalitative intervjuer, og hvilken type man bruker, er avhengig av hva man ønsker å undersøke. Intervjuene i denne studien er basert på elementer fra begrepsintervju og narrative intervju, for å få frem informantens forståelser og historier. Begrepsintervjuer er intervjuer som utforsker informantens forståelse av forskjellige begreper, og kan brukes til å utforske hva informantene opplever som normalt, og kan føre til at man oppdager interessante motsetninger. Narrative intervjuer er en type kvalitativt intervju som utforsker informantens historier. Historiene informantene forteller kan være spontane, korte historier hvor de skaper og deler sine livshistorier. Studien bruker elementer fra begrepsintervjuet til å utforske informantens forståelse av fenomenene/begrepene studien ønsker å undersøke, og narrative elementer til å utforske når og hvordan informantene erfarer disse begrepene (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.3 Rekruttering av deltakere

Etter å ha mottatt godkjenning av prosjektet fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (NSD) la jeg ut en forespørsel om deltakelse i studien på Facebook, og tok kontakt med bekjente som kunne videreformidle prosjektet til potensielle informanter (se vedlegg III). Venner og bekjente videreformidlet prosjektet til bekjente av dem igjen, og jeg fikk så kontaktinformasjon til personer som hadde gitt tillatelse til at jeg tok kontakt for å gi mer informasjon om prosjektet. Alle informantene var spurt på forhånd om det var greit at jeg tok kontakt, før navn og kontaktinformasjon ble gitt til meg. Dette er en form for snøballmetode, men istedenfor én stor snøball, hvor alle informantene er fra samme gruppe, så er det flere små snøballer med informanter fra varierende grupper (Thagaard, 2009). Informantene er fra Asker og Bærum, og grunnen til at jeg endte opp med denne gruppen er av praktiske årsaker. I tillegg ønsket jeg å rekruttere informanter med omtrent lik sosioøkonomisk status, noe som øker muligheten for at resultatene fra studien vil kunne brukes i en analytisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning skal man helst gjennomføre så mange intervjuer som trengs for å oppnå datametning, altså at man ikke finner ny informasjon om temaet man undersøker. I og med at dette er et masterprosjekt på 30 studiepoeng med

tidsramme på ett semester, er det ikke forsøkt å oppnå datametning, og studien begrenser seg til seks informanter.

5.4 Intervjuguide

Intervjuguiden er forsøkt utarbeidet på en måte som gir tilgang til deltakernes egne tanker omkring helsebegrepet, og det er unngått ledende spørsmål så fremt det har latt seg gjøre (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden er semistrukturert og består av spørsmål om begreper som helse, sunt/sunnhet og usunn/usunt (se vedlegg I). Jeg ønsker å undersøke hvordan disse begrepene forstås av informantene, og hva de legger i dem. Videre ønsker jeg å utforske i hvilke situasjoner, hvor og når de erfarer disse begrepene. Jeg ønsket at intervjuene skulle oppleves så likt en normal samtale som mulig av informantene. Jeg har forsøkt å bruke skjønn under intervjuene til å følge opp interessante uttalelser, selv om de gikk utenfor selve intervjuguiden. For at informantene skulle vende seg til å bli intervjuet og få «pratet seg varme», startet alle intervjuene med noen spørsmål om det å trene på treningssenter. Dette er ikke spørsmål jeg anser som viktige for undersøkelsen, men som kan gi interessant tilleggsinformasjon. I tillegg var det forhåpentligvis enkelt for informantene å snakke om, slik at vi kunne få til noe som minnet om en normal samtale. Etter å ha spurt om deres erfaringer med det å trene på treningssenter og fulgt opp eventuelle interessante utsagn, gikk jeg videre i intervjuguiden. Ved å gjøre det på denne måten, ønsket jeg å få uttalelser som er relevante for studien, og som kunne brukes til å analysere hvordan informantene forstår helse og hva de vektlegger som helsefremmende.

5.4.1 Prøveintervju

Før intervjuene gjennomførte og transkriberte jeg et prøveintervju med den foreløpige intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte å stokke om på rekkefølgen på noen av spørsmålene på grunn av hvordan prøveintervjuet gikk. Spørsmålene som gikk på sunnhet var i utgangspunktet plassert før spørsmålene om helse, men under prøveintervjuet mente jeg at det førte til at det ble snakket mye om sunt og usunt når vi kom til «helse spørsmålene». Derfor valgte jeg å plassere spørsmålene om helse først, i et forsøk på å unngå ledende spørsmål. I tillegg ble noen av spørsmålene delvis omformulert, for at spørsmålene skulle bli tydeligere og enklere å forstå.

5.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene er gjennomført enten på kafé eller hjemme hos informantene, og er tatt opp med båndopptager (ZOOM modell H4n). Det var viktig for meg å finne en arena for intervjuene

som informantene var komfortable med (Kvale & Brinkmann, 2009), og la opp til at de kunne foreslå et sted vi kunne ha intervjuet. Før intervjuene startet gjennomførte vi en briefing, som anbefalt i Kvale og Brinkmann (2009), hvor jeg blant annet forklarte formålet med studien, at jeg ønsket å bruke båndopptager til å ta opp intervjuet og om det var noen spørsmål før start. Jeg er ganske fornøyd med de fleste intervjuene, tatt i betraktning min erfaring med å intervjuer. Likevel, i noen av intervjuene kunne jeg antakeligvis oppnådd mer nærhet, og dermed også mer dybde. Særlig under det ene intervjuet pratet jeg fort, og jeg slet med å finne gode oppfølgingsspørsmål. Ellers var jeg kanskje i overkant forsiktig med å stille ledende spørsmål i intervjuene. I og med at jeg har forsøkt å ha en fenomenologisk innfallsvinkel og å finne informantenes forståelse, ville jeg ikke stille direkte spørsmål om helseforståelser de ikke selv nevnte. Jeg var forsiktig med å spørre om hvordan forskjellige fenomener påvirker helsen, fordi jeg var redd det ikke var noe de la i begrepet helse i utgangspunktet. For eksempel spurte jeg en informant om det å være sosial påvirket helsen, noe han ikke så noen særlig sammenheng med. Jeg valgte da ikke å fortsette i det sporet. Etter alle spørsmålene fra intervjuguiden var stilt, og mente jeg hadde fått svar på alle spørsmålene, gjorde jeg en debriefing med informantene (Kvale & Brinkmann, 2009). Der oppsummerte jeg hva vi hadde snakket om og spurte om det var noe informanten ønsket å legge til. Om det ikke var noe mer, ble intervjuet avsluttet.

5.6 Transkribering

Etter gjennomføring av intervjuene, ble lydfilene overført til datamaskin og transkribert. Transkripsjonen fant sted innen en uke etter at intervjuene var gjennomført, og intervjuene ble fortløpende anonymisert. Jeg benyttet meg av fotpedal og et dataprogram for transkribering (Express Scribe Transcription Software v5.81), hvor jeg kunne justere avspillingshastigheten av lydfilene. Jeg har under transkriberingen vært opptatt av å få frem meningen i det som ble sagt, med informantenes egne ord (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte så ordrett som mulig. Imidlertid unnlot jeg å transkribere ordlyder som «eh ...», da jeg mente det som lite relevant for meningen, og det ville gjort lesing av transkripsjonene mer tungvint. Det var noen steder jeg ikke var i stand til å forstå enkelte ord som ble sagt. Der skrev jeg en parentes med spørsmålsteget og tidspunktet i lydfilen. Slik ville det være mulig å gå tilbake i ettertid og lytte igjen, om det skulle bli nødvendig i det videre analysearbeidet. Når jeg var ferdig med transkriberingen sendte jeg den til informanten for «medlemsvalidering». Slik fikk informantene lese over og godkjenne at jeg hadde gjengitt dem på en måte de kjente seg igjen i. Om informantene ønsket å endre, fjerne eller tilføye noe, fikk de beskjed om å gi en

tilbakemelding, så skulle det ordnes. Noen mindre endringer ble gjort basert på tilbakemeldinger fra enkelte av informantene.

5.7 Dataanalyse

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) foregår selve dataanalysen i tre stadier, hvor det første analysestadiet begynner under intervjuet. Det er derfor viktig å ha bestemt seg for hvordan man ønsker å analysere på forhånd, slik at man kan stille relevante oppfølgingsspørsmål. I denne studien ble det før oppstart bestemt å analysere intervjuene ved hjelp av meningsfortetting og hermeneutisk meningsfortolkning. Meningsfortetting er å forkorte utsagnene til informantene til kortere formuleringer som ivaretar meningen i uttalelsene. Hermeneutisk meningsfortolkning er å fortolke utsagnene utover det som blir sagt direkte, for å finne «skjulte» betydninger (Kvale & Brinkmann, 2009). Meningsfortetting er brukt for å analysere forståelsene av de aktuelle begrepene, og for å kunne utforske forskjeller i forståelsene av begrepene informantene imellom. Den hermeneutiske meningsfortolkningen er brukt til å analysere svarene om når og hvor de erfarer de forskjellige begrepene og de forskjellige aspektene av begrepene. Under transkripsjonen foregår den andre fortolkning, hvor man legger merke til sider ved intervjuene som man ikke oppdager under selve intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Den tredje fortolkningen av teksten foregår etter endt transkribering, og er det Kvale og Brinkmann (2009) kaller «den egentlige analysen», hvor man finner meningen i intervjuene.

Analyseprogrammet NVivo 11 Pro (v.11.1.0.411) er brukt til å kode de meningsbærende enhetene. Analysen er gjennomført etter Malterud (1996, 2011) sin tilpasning av Giorgi sin fenomenologiske analyse, som består av fire trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning. Det er benyttet en datastyrt analyse og systematisk tekstkondensering. I trinn én av analysen, helhetsinntrykk, leste jeg igjennom alle intervjuene for å få en oversikt over hva som gikk igjen. Jeg fant følgende foreløpige tema som gikk igjen i intervjuene: «*kosthold og trening som helsefremmende*», «*måloppnåelse og fremgang*», «*variasjon*», «*viktig å kunne kose seg*», «*individuell hva som er riktig måte*», «*prøving og feiling*», «*ha et langsiktig perspektiv*», «*skepsis mot kommersielle infokanaler*», «*helse blir sett på som noe kroppslig, det mentale kommer i annen rekke*», og «*rutiner/livsstil*».

Deretter kom trinn to i analysen, hvor jeg lette etter meningsbærende enheter. Jeg delte analysen i to, hvor den første delen av analysen omhandlet hvordan informantene forstår helsebegrepet. Den andre delen omhandlet hvordan informantene forstår at helsen blir

påvirket. Jeg opprettet en «node» i NVivo 11 Pro som jeg ga navnet «helsebegrepet», og leste igjennom datamaterialet for å finne meningsbærende enheter. Dette gjorde jeg ved at jeg spurte meg selv «sier dette utsagnet noe om hva helse er?» (Malterud, 2011). Om jeg kunne svare ja på det spørsmålet, plasserte jeg den meningsbærende enheten i noden for helsebegrepet (se tabell 1).

Meningsbærende enhet	Fra det transkriberte datamaterialet
Helsebegrepet	<p>[...] INTERVJUER: ja, det ser jeg. også lurer jeg på, når det blir snakket om god helse, hva tenker du på da?</p> <p>INFORMANT: da tenker jeg på at alt fungerer som det skal være, gode blodverdier, nok vitaminer og mineraler, god - mye energi. [...]</p>
Påvirker helsen	<p>[...] INTERVJUER: ikke sant. Og, om noen hadde spurt deg om råd for å få bedre helse, hva ville du anbefalt de?</p> <p>INFORMANT: det er vel mest å gjøre det du liker da, du setter deg mål, og så skal jeg si øvelser som kanskje passer det. Men, som regel, det er jo, det jeg hører ofte folk spør om, sånn som med rygg, sånn hjelp der, da, så da gir jeg dem gjerne sånn enkle øvelser for rygg og sanne ting. Så det handler jo veldig om hva du setter selv som mål, da. [...]</p>

Tabell 1: Eksempel på inndeling i meningsbærende enheter

Når alt datamaterialet var gjennomgått, la jeg vekk det materialet som ikke var plukket ut, og så på de meningsbærende enhetene i noden «helsebegrepet». Jeg leste igjennom dette materialet, og spurte meg selv «hva sier dette om hva helse er?». Jeg forsøkte å legge vekk min forforståelse, og forsøkte å være så åpen som mulig til materialet. Da jeg «spurte» materialet om «hva sier dette om hva helse er?», var det fortsatt vanskelig å skille mellom hva som *er* helse, og hva som *gir* helse. Det jeg oppdaget, er at mange begreper har en noe diffus og varierende betydning, men som sier noe om helse. Disse begrepene er sunn (livsstil), usunn

(livsstil), sunt, usunt og sunnhet. Det er ikke alltid like lett å si om begrepene blir brukt for å beskrive hva helse er, eller hva som fører til god helse. Dette var utfordrende, men jeg forsøkte å være så naiv og åpen som mulig i lesingen av materialet, i et forsøk på å luke ut informantenes forståelser av begrepene, i tråd med fenomenologien (Malterud, 2011). Materialet ble kodet basert på temaer som gikk igjen i de meningsbærende enhetene, i tillegg til en kode som ble kalte «*diverse*». I denne koden ble det plassert enkeltutsagn som ikke passet med de overordnede temaene jeg la merke til i trinn en. Til slutt var det 24 forskjellige koder som sa noe om hva helse er. Videre leste jeg igjennom de forskjellige kodene, og så om de kunne slås sammen med noen av de andre kodene. I tråd med den hermeneutiske sirkel oppdaget jeg at det var mye overlapp. Mange av kodene omhandlet egentlig det samme, men med litt forskjellige uttrykk. Jeg slo sammen disse kodene, og brukte kodenavnet som best beskrev materialet. 24 koder ble så slått sammen til 7 koder, og under det videre analysearbeidet slo jeg enda mer sammen, og endte opp med 3 koder for hva helse er. Disse 3 kodene var «*velvære*», «*fysisk*» og «*både enkelt og komplisert*». Selv etter å ha redusert ned til 3 koder, var det fortsatt flere utsagn som ble dobbeltkodet (se tabell 2).

Kode	Fra meningsbærende enhet <i>helsebegrepet</i>
Velvære Fysisk	[...] INTERVJUER: ja, det ser jeg. Også lurer jeg på, når det blir snakket om god helse, hva tenker du på da? INFORMANT: da tenker jeg på at alt fungerer som det skal være, gode blodverdier, nok vitaminer og mineraler, god - mye energi. [...]

Tabell 2: Eksempel på koding

Etter dette kom trinn tre i analysen, kondensering. Når man kondenserer i analysen, skriver man en oppsummering av informantens uttalelser for hver enkelt kode, gjengitt som kunstige sitater. Om en kodegruppe er omfattende og nyansert, er det vanlig å opprette subgrupper, og skrive kondensat for hver subgruppe isteden. Subgrupper er koding av en kode, men hvor man tolker teksten ut fra sitt faglige utgangspunkt (Malterud, 2011). Jeg leste igjennom de meningsbærende enhetene i de forskjellige kodegruppene, og så at det fortsatt var store sprik innad i to av kodegruppene. Jeg laget dermed subgrupper basert på min forforståelse. Under koden «*velvære*» laget jeg subgruppene «*måloppnåelse*», «*balanse*», «*funksjon*» og «*mental helse*». Under koden «*fysisk*» laget jeg subgruppene «*sunt kosthold og fysisk aktivitet*»,

«kropp» og «medisinsk forståelse». For den siste koden, «både enkelt og komplisert», laget jeg ingen subgrupper.

Subgruppe	Fra kode ...
Funksjon	<p>... <i>velvære</i></p> <p>[...] INTERVJUER: ja, det ser jeg. også lurer jeg på, når det blir snakket om god helse, hva tenker du på da?</p> <p>INFORMANT: da tenker jeg på at alt fungerer som det skal være, [...] god - mye energi. [...]</p>
Medisinsk forståelse	<p>... <i>fysisk</i></p> <p>[...] INTERVJUER: ja, det ser jeg. også lurer jeg på, når det blir snakket om god helse, hva tenker du på da?</p> <p>INFORMANT: da tenker jeg på [...] gode blodverdier, nok vitaminer og mineraler [...]</p>

Tabell 3: Eksempel på koding i subgruppe

Videre gikk jeg gjennom subgruppene og kodene, og skrev en kondensering av hva som ble sagt (Malterud, 2011). Jeg skilte mellom hver av deltakerne i kondensatet, og plukket ut «gullsitater» som kunne brukes til å beskrive subgruppen.

Etter å ha gjort dette for alle kodene, gikk jeg i gang med trinn fire i analysen, sammenfatningen. Sammenfatningen er en analytisk tekst av hver enkelt kode og subgruppe, hvor meningen blir gjengitt i tredjeperson (Malterud, 2011). I denne delen gikk jeg igjennom hva informantenes uttalelser, og beskrev og tolket hva de mente i de forskjellige subgruppene. Jeg forsøkte å beskrive hva helse er for dem, basert på de temaene/kodene/subgruppene som gikk igjen. Til slutt valgte jeg ut sitat som beskriver sammenfatningen på en treffende måte.

Jeg fulgte tilsvarende fremgangsmåte i analysen av informantenes forståelse av hva som påvirker helsen. Jeg laget en node som jeg kalte «*påvirker helsen*». Jeg gikk så igjennom hele intervjumaterialet på nytt, og spurte meg selv «sier dette noe om hva som påvirker helsen?». Det ble plukket ut meningsbærende enheter som sa noe om det, og det førte til kodene *fysisk aktivitet, kosthold, disiplin, hvile, det sosiale miljøet og rus -og dopingmidler*. Koden *kosthold* ble delt inn i subgruppene *hva man spiser* og *komfortabelt*, koden *disiplin* ble delt inn i

subgruppene *struktur, måloppnåelse, gir forståelse og udisiplinert*, og koden *det sosiale miljøet* ble delt inn i subgruppene *å være sosial og gruppepress*. Det er noe overlapp av meningsbærende enheter med den første delen av analysen, «helsebegrepet». Mye av det informantene sier, angår både hva helse er og hva som gir helse, eller så er det vanskelig å skille mellom hva uttalelsene omhandler.

Jeg har under prosessen ført en enkel loggbok, hvor jeg har skrevet de forskjellige endringene jeg har gjort underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). For eksempel, når jeg slo sammen koder, skrev jeg ned hvilke som ble slått sammen og en kort årsaksforklaring. I tillegg skrev jeg ned de forskjellige kodene jeg laget og en definisjon på hva koden innebærer, i tilfelle jeg skulle bli usikker på hvor en meningsbærende enhet skulle kodes.

Etter at sammenfatningene til de to problemstillingene var gjennomført, fikk jeg en bekjent til å lese igjennom sammenfatningene og intervjuene (som var anonymisert, som skrevet ovenfor i kapittel 5.6). Dette var for at hun skulle se om det var noe hun la merke til i dataene som jeg ikke hadde fanget opp. Dette blir en form for kommunikativ validitetstesting, i form av publikumsvalidering (Kvale & Brinkmann, 2009). I tillegg har jeg hatt forskervalidering gjennom å diskutere materialet med veileder.

5.8 Resultatpresentasjon

Det eksisterer ingen standard presentasjonsform av kvalitative resultater, men resultatene bør komme frem på en måte som gjør studien verdt å lese (Kvale & Brinkmann, 2009). En vanlig måte å gjøre resultatene mer interessante på, er ved å bruke utvalgte sitater som illustrerer resultatene. Sitatene i studien er delvis rekonstruert for å gi de en bedre skriftlig form, og for å få frem meningen bedre. Samtidig mener jeg enkelte av uttalelsenes mening påvirkes av måten de blir sagt på. Dette er uttalelser hvor informantene har gitt uttrykk for usikkerhet i uttalelsene sine, og denne usikkerheten ønsker jeg å få frem. Dermed er enkelte av sitatene beholdt nærmere sin opprinnelige form. Spørsmålene er ikke med i sitatene, og konteksten uttalelsen kom i blir også borte. I tillegg er det enkelte ganger blitt fjernet setninger eller ord fra sitatet som ikke har vært relevant, for å gi sitatet bedre flyt. Der dette er gjort, er det markert med [...]. Der det er fjernet irrelevante setninger som har gjort at påfølgende setning har mistet kontekst, er et oppklarende ord lagt inn i klammene [... slik]. Her følger et eksempel på overgang fra transkripsjon til presentasjon i resultatdelen:

kanskje ikke, at det ikke er så hokus pokus, det er ikke en ting som fungerer heller ... ja ... ja, det er vel egentlig litt sånn gammeldags mosjon og spis sunt,

hvis man skal til hele befolkningen, da, og ikke gå i fellene til disse massemediene.

Denne uttalelsen blir så presentert slik:

[...] at det ikke er så hokus pokus [å oppnå god helse], det er ikke en ting som fungerer heller. Det er vel gammeldags mosjon og å spise sunt, hvis man skal til hele befolkningen, og å ikke gå i fellene til massemediene.

5.9 Etikk

I studien er Helsinki-deklarasjonens prinsipper for etisk forskning fulgt gjennom hele prosjektet ("World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects," 2013). Før studiens oppstart, ble prosjektet meldt til NSD. NSD er personvernombud for forskningsinstitusjoner, og forskningsprosjekter som samler inn personvernopplysninger skal meldes til dem. Dette er for at de skal kontrollere at lovpålagte plikter er overholdt på en tilfredsstillende måte. NSD tok kontakt for å få oppklaring omkring noen detaljer i studien. Etter å ha besvart disse, ble prosjektet godkjent. Studien er tildelt prosjektnummer 46155.

Særlig bruken av informert samtykke, konfidensialitet for informantene og at informantene ikke skal oppleve ulemper fra deltagelse i studien, er viktige prinsipper i denne studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Ungdommer er en sårbar gruppe, grunnet sin unge alder (Riiser, Løndal, Ommundsen, Misvær, & Helseth, 2015). Jeg har derfor vært påpasselig med hvordan jeg har forholdt meg til informantene, for at deltagelse i studien ikke skulle oppleves negativt. Særlig oppmerksomhet har blitt viet den asymmetriske maktbalansen mellom informantene og meg selv (Kvale & Brinkmann, 2009). Det vil alltid være skjevhet i maktbalansen mellom informant og intervjuer. Forskeren vil være den som velger ut hva som skal fokuseres på i studien, og i tillegg vil forskeren kunne oppleves som en autoritet innen intervjufeltet. Denne skjevheten går det an å redusere, men den kan ikke fjernes totalt. Dette er forsøkt gjort ved å gjøre intervjuene så like en normal samtale som mulig, og informantene har fått mulighet til å stille eventuelle spørsmål de måtte få i løpet av intervjuet. I tillegg har jeg vært tydelig ovenfor informantene om deres rettigheter ved deltakelse i studien. Informantene fikk informert samtykke utlevert før oppstart av intervju (se vedlegg II), som de så leste igjennom, signerte og leverte tilbake. De fikk tilbud om en kopi til dem selv. Etter avklaring med NSD, er det ikke bedt om foresattes godkjennelse til deltagelse i studien for informantene under 18 år, da «spørsmålene ikke er særlig sensitive» (fra prosjektvurderingen til NSD). Informantene er informert om at de kan trekke seg når enn de måtte ønske, de kan nekte å svare på ett, flere eller alle spørsmål, og de kan trekke intervjuet i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette

står også i det informerte samtykket. Ved å la informantene foreslå intervjuarena, er deler av makten lagt hos informantene, ved at de kan velge et sted de føler seg komfortable. Som nevnt i kapittel 5.6, er det benyttet medlemsvalidering, hvilket sikrer at informantene kan se om de har blitt korrekt gjengitt. Informantene ble på forhånd muntlig informert om at muntlig språk kan fremstå merkelig i skriftform.

Innen forskning er konfidensialitet for informanter et viktig element (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene skal føle seg trygge på at de kan uttale seg fritt, uten at det skal gå utover deres privatliv. For å ivareta informantenes konfidensialitet, ble de umiddelbart anonymisert ved transkripsjon av datamaterialet. Informantene er gitt fiktive navn i forskningsrapporten, og det er ikke mulig å direkte gjenkjenne informantene. Datamaterialet i studien er oppbevart på et sikkert sted hvor uvedkommende ikke har hatt tilgang, og ved innlevering blir alt materiale som knytter informantene til prosjektet slettet.

Samtidig som det er viktig å redusere muligheten for at informantene opplever deltakelse i studien som negativt, er det viktig å huske at deltakelse i prosjektet også kan oppleves som positivt (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantene får fortelle om sitt syn på et tema, og deltakelse i en kvalitativ studie kan gi økt forståelse av seg selv, noe som kan føre til refleksjon og personlig vekst.

6.0 Resultater

I resultatdelen presenteres resultatene som gjennom analysen av datamaterialet har skilt seg ut. Før jeg presenterer resultatene, vil jeg fortelle litt om hver enkelt informant. Slik kan leseren danne seg et bilde av informantgruppen. Alle informantene er fiktive navn. Deretter presenteres resultatene fra studien. Informantene snakker om hva helse er, men de snakker også om hva som skaper helse. Det ser ut til å være en sammenheng mellom hva helse er og hva som skaper helse, og det kan virke som om informantene forstår helse i et nåtidsperspektiv og et fremtidsperspektiv. Jeg presenterer dermed først informantenes forståelse av hva helse er i et nåtidsperspektiv. Etter det presenterer jeg informantenes forståelse av hva som påvirker helsen, altså helse i et fremtidsperspektiv.

6.1 Informantene

Tormod

Tormod er en 18 år gammel gutt fra Bærum, som går i tredjeklasse på videregående skole. Han har trent styrke på treningssenter siden han var 15 år gammel, og før det i en idrettshall i forbindelse med idrett. Tormod startet å trene styrke i forbindelse med rehabilitering av en idrettsskade. Han trener hovedsakelig styrke, og det er viktig for ham å trene på treningssenter. Han anser seg selv som over gjennomsnittlig interessert i trening og helse, og trener fire til syv dager i uka. Motivasjonen hans til å trene er at det er gøy å se fremskritt, og det gir han en god følelse.

Fredrik

Fredrik er en 18 år gammel gutt fra Bærum, som går i tredjeklasse på videregående skole. Fredrik startet å trene i tiendeklasse, og har trent på treningssenter i rundt tre år. Han har hatt seks-syv benbrudd etter å ha vært aktiv innen ski og skateboard. Han sier han derfor er avhengig av å trene for å ha en kropp som fungerer ordentlig. Han bruker treningen aktivt for å nå målene sine. Han forsøker å trene tre til fem økter i uka, og det er viktig for ham å trene på treningssenter i den grad at der har han de apparatene han trenger. Likevel liker han godt å trene ute også.

Kristoffer

Kristoffer er en 17 år gammel gutt fra Bærum som går på videregående skole. Han meldte seg inn på treningssenter for å trene styrke da han var 15 år gammel, og trente sporadisk frem til for et halvt år siden. Det siste halvåret har han trent regelmessig fem ganger i uka, fordelt på styrketrening og kampsport. Det er viktig for Kristoffer å trene på treningssenter, for han føler

seg slapp om han ikke får trent. Han trener for å bli større og sterkere, men også litt fordi «*alle andre gjør det, så må jo gjøre det [jeg] og*».

Stian

Stian er en 19 år gammel gutt fra Bærum, som går på høyskole i Oslo. Han har trent på treningssenter i nesten tre år, siden slutten av første klasse på videregående. Han begynte på treningssenter fordi noen skolekamerater spurte han om å bli med, så da ble han med for å kunne være med de på fritiden også. Han trener minst tre dager i uken, men som regel fire. Hovedgrunnen til at han trener er fordi det er en sosial arena. Det er ikke spesielt viktig for han å trene på treningssenter, men han synes det er viktig å holde seg aktiv.

Thomas

Thomas er en 17 år gammel gutt fra Bærum som går på videregående skole. Han har trent i overkant av et halvt år på treningssenter, og trener fire til fem dager i uken, hvorav en dag er kondisjon og resten styrketrening. Han trener for å bli en del større og få «*sommerkroppen*». Dette er grunnen til at han begynte å trene i utgangspunktet, for han vil se ut som de barske gutta som han ser på stranda om sommeren. Det er viktig for ham å trene på treningssenter, og innrømmer at han i perioder prioriterer trening over skole.

Andreas

Andreas er en 19 år gammel gutt fra Asker, og gjennomfører førstegangstjenesten i militæret. Han har trent på treningssenter i tre år, men har trent på gutterommet siden han var 7-8 år gammel. Han ble interessert i styrketrening fordi han hadde en bror som trente, og Andreas fikk selv gode tilbakemeldinger når han trente. På grunn av førstegangstjenesten trener han kun 2-3 ganger i uka på treningssenter for tiden, men før dette trente han rundt fem dager i uken. Han er litt av og på om det er viktig for ham å trene på treningssenter, i perioder liker han godt å trene ute også.

6.2 Hva helse er – helse i et nåtidsperspektiv

Gjennom analysen kom det frem at helse blir forstått på tre forskjellige måter av informantene. Intuitivt forstår de helse som et fysisk anliggende; som blodverdier, næringsstoffer og fysisk funksjon. Det er denne forståelsen som veier tyngst for informantene, og som er utgangspunktet for deres forståelse av helse. Deretter blir helse forstått som personlig velvære. Dette innebærer i stor grad en blanding av fysisk og mental velvære, at kroppen føles bra og at man er tilfreds i tilværelsen. Til slutt, som en ettertanke, trekker informantene frem at mental helse er viktig. Det siste blir det imidlertid ikke snakket mye om,

og er derfor mer utydelig enn den fysiske siden av helse. I de følgende kapitlene vil jeg presentere resultatene gjennom disse tre kategoriene.

6.2.1 Helse er et fysisk anliggende

Informantene forstår hovedsakelig helse som fysisk helse, og det ser ut til at helse på denne måten forstås ut fra objektive mål. Når de snakker om helse, handler det for det meste om kroppen og hvordan den påvirkes av livsstilsvalgene vi tar. Et typisk eksempel fremkommer i intervjuet med Thomas, på spørsmål om hva han tenker på når det blir snakket om god helse:

God helse tenker jeg egentlig bare er å spise det kroppen din trenger, liksom, få i deg riktig antall med grønnsaker og frukt og sånn, og ordentlig proteiner og kjøtt og sånn. Og selvfølgelig sånn vanlig kondis og styrke da, for å holde seg i form, tenker jeg mest.

Informantene mener at et sunt kosthold og fysisk aktivitet er noe av det viktigste for å ha god helse, i tillegg til å ha en kropp som fungerer. Det å trene mye og spise sunt, både *er* god helse og *fører til* god helse. Når informantene opplever at de har kontroll på kostholdet og treningen, da mener de at de har god helse. For eksempel sier Tormod at en toppidrettsutøver antakeligvis har perfekt helse, fordi toppidrettsutøvere trener mange timer hver dag. Samtidig er flere av informantene tydelige på at man ikke må trene for å ha god helse, så lenge man er tilstrekkelig fysisk aktiv. Informantene har en tvetydighet i uttalelsene sine om helse, hvor det å trene mye blir forstått som god helse. Imidlertid blir det senere i intervjuene presisert at det å være fysisk aktiv er viktigst, og ikke nødvendigvis at man trener. Det er også variasjon i hva som blir oppfattet som tilstrekkelig med fysisk aktivitet. Tormod uttrykker det på denne måten:

[...] at det ikke er så hokus pokus [å oppnå god helse], det er ikke en ting som fungerer heller. Det er vel gammeldags mosjon og å spise sunt, hvis man skal til hele befolkningen, og å ikke gå i fellene til massemediene.

Tormod sier videre at for å ha *god* helse, så er man nødt til å trene, det å være fysisk aktiv er kun for å ikke få *dårlig* helse. Stian mener derimot at det viktigste er at man er fysisk aktiv 30 minutter om dagen, om man trener eller går til jobben er ikke så nøye. De andre informantene ligger et sted i mellom disse besvarelsene, og de er klare på at det viktigste for helsen er å være fysisk aktiv og å spise sunt. Måten man gjør det på, er ikke like nøye. Det å finne en livsstil som tillater at man får inn den fysiske aktiviteten og de næringsstoffene man trenger, som gjør at man kan opprettholde livsstilen over tid, er ifølge informantene nøkkelen til god helse. Informantene er klare på at det å ta vare på kroppen sin er essensielt for helsen. Dette går tilbake til forståelsen av helse som noe fysisk. De sier at et sunt kosthold gir de riktige

næringsstoffene, og fysisk aktivitet regulerer blodverdier og blodtrykk. Tormod sier det på følgende måte, når han blir spurt om hva han legger i god helse:

Da tenker jeg på at alt fungerer som det skal være, gode blodverdier, nok vitaminer og mineraler, god - mye energi.

Det synes å være lett for informantene å tenke på kostholdet om de ikke føler seg helt i form. Om de har spist mye usunt en periode, føler de seg fort usunne, og sykdom tenker de kan skyldes et dårlig kosthold som svekker immunforsvaret. Tungmetaller i mat og genmodifisert mat er også noe de mener man bør prøve å unngå om man vil ha best mulig helse.

Andreas bruker begrepet «perfekt helse», men han er ambivalent i hva han legger i det. Han mener at utseende, og et strengt trenings- og kostholdsregime, har mye med helse å gjøre. Samtidig mener han det blir for ubalansert til å kunne kalles perfekt helse:

Når du sier perfekt helse, da tenker jeg det rent overfladiske. Instagrambilder med gutta som nettopp har gjort seg klar for stranda, skrapa, og alt er tona, og har levd på kylling og brokkoli de siste tre månedene. På en måte tenker jeg at det er god helse. Men, den måten for god helse, tenker jeg ikke er noe å jakte på. For som sagt, så mister du noe på veien. Men på en annen måte, så tenker jeg god helse, det er noe bestefaren min var veldig opptatt av. Det å spise sunt, det å bare ha det regelmessig sunne, holde regelmessig i gang, da. Og ikke nødvendigvis bare gjøre det en gang i året, de tre månedene i året, og at du er sykt fokusert da. Hvis du gjør det året rundt, jeg tror heller det er noe å jakte etter, og da blir perfekt helse en individuell greie, og jeg tror kanskje det er litt hva man legger i det. Sånn perfekt helse, der man ser jævlig bra ut, jeg tror ikke det er noe å jakte etter. Men det regelmessige, ja, det tror jeg er noe å jakte etter. Spise råkost og mye grønt, og holde seg regelmessig i aktivitet, som om det er langdistanse da, eller, om det er styrke, bare man bruker kroppen sin.

Han snakker om perfekt helse som noe som har med kroppens utseende å gjøre. Om kroppen ser «strøken» ut, så vil også helsen være tilnærmet perfekt, fordi man da har spist sunt og trent mye. Man har også fått i seg de riktige næringsstoffene, og man har ikke en usunn mengde kroppsfett. Han mener likevel at denne formen for perfekt helse ikke er noe å trakte etter, fordi det krever at man er veldig fokusert, og da vil man måtte neglisjere andre sider ved livet. Dermed mener han at en individuelt tilpasset livsstil, hvor man er tilstrekkelig fysisk aktiv i tillegg til godt inntak av sunne næringsstoffer, hvor man føler at man har god helse, er det som egentlig er den perfekte helsen.

Det kommer tydelig frem at god helse har mest med kosthold og å være fysisk aktiv å gjøre. Men kroppens utseende spiller også inn, som vist i uttalelsen til Andreas:

Jeg tenker at det ligger en del [fysisk] i det. At jeg har god fysikk, går litt sammen med god helse. Men så klart, det du dytter i deg, det er mer på innsiden også, som du ikke ser. Så da kommer jo kostholdet inn.

I løpet av intervjuene er det få av informantene som sier eksplisitt at god helse har med hvordan kroppen ser ut å gjøre, men det er tydelig at kroppens utseende er viktig. Andreas sier rett ut at hvordan kroppen ser ut har noe med helse å gjøre. De andre informantene kommer også inn på temaet, ved at de i stor grad snakker om verdien av fysisk aktivitet og et sunt kosthold som god helse. To av informantene påpeker at de er tynne, og dermed ikke trenger å bekymre seg nevneverdig for helsen, fordi de ikke er overvektige. En av disse informantene forklarer, på spørsmål om hvor langt han er villig til å gå for å oppnå god helse, hva han er villig til gjøre. Det handler i stor grad om å påvirke utseende og vekt. På slutten av denne forklaringen blir han usikker på hva jeg egentlig er ute etter, og spør for å få oppklaring:

[...] Så, men jeg tror, hvis du tenker på sånn, hvis man går over til, steroider, eller et eller annet sånn, hvis det er det du tenker på? [...] Jeg tror ikke jeg hadde gått så langt. Det lengste jeg hadde gått hadde vel vært å spise mer enn jeg orker, og proteinpulver og sånn da

Det å ha en muskuløs kropp er på denne måten noe som er koblet til Thomas sin forståelse av god helse. Stian derimot, tenker ikke så mye på kropp når han tenker på helse. Så lenge man er fysisk aktiv og spiser vanlig, sunn mat, vil man ha god helse. Vekt og utseende sier ikke nødvendigvis så mye om helsen. Han er også skeptisk til slankekurer, og når han blir spurt om hva som er grunnen til det, svarer han:

Nei, jeg føler jo at, jeg vet ikke, men jeg føler det er veldig individuelt hvordan du går ned i vekt, jeg føler det er litt med gener og litt sånne ting. For det er ikke alle som er, ikke alle skal være sånn fyrstikkmennesker, noen er jo født litt kraftig

6.2.2 God helse er fysisk og mentalt velvære

Gjennom informantenes beskrivelser av hva helse er, ser vi at helseforståelsen deres i stor grad er av helse som en objektiv, fysisk helse. Likevel, når de reflekterer over hva helse er, dukker det opp en dypere forståelse. Denne forståelsen av helse innebærer helse som personlig velvære og å ha det bra. Velvære innebærer noe mer enn fysisk helse, og ser ut til å vektlegge en subjektiv helseforståelse, fremfor en objektiv helseforståelse. Samtidig, når informantene snakker om velvære, er det fortsatt ofte beskrevet gjennom en forståelse av helse som et fysisk anliggende. Det ikke-fysiske velværeaspektet er noe informantene snakker om først etter at de har reflektert over helsebegrepet, og det synes å være en dypere forståelse av hva helse er. Det som kommer frem er at god helse er å føle seg bra. Det de snakker om, er

i stor grad en fysisk velvære hvor kroppen fungerer som den skal og er uten smerter og ubehag. Samtidig vokser det frem en forståelse av velvære som noe mer; en mental velvære, eller tilfredshet med tilværelsen. Det er noen forskjellige temaer som går igjen når informantene snakker om velvære, og jeg vil her presentere de temaene som informantene mener er viktige for å føle velvære.

God helse er å nå målene sine

Det å ha mål, og det å nå dem, er god helse. Å ha mål å jobbe mot krever struktur og selvdisciplin, som gjør at man tar bedre valg, som igjen fører til bedre helse. I tillegg gir det å mestre forskjellige områder i livet en god følelse. Måloppnåelse er dermed god helse på to måter for informantene. Først og fremst er måloppnåelse knyttet til den fysiske forståelsen av helse. Ved at man setter seg treningsmål eller mål for endring av kroppen, det være seg bygge muskler, få mer definerte (tydelige) muskler eller å gå ned i vekt. Dette er god helse, fordi det påvirker kroppens fysiske funksjon positivt og gir bedre helse gjennom at kroppssammensetningen endres, blodverdier og blodtrykk bedres, man har riktig mengde av næringsstoffer i kroppen osv. I tillegg til dette, kan det å nå målene i seg selv tolkes som god helse. Her er det mestringen opp mot målet man har satt seg, som knyttes til den gode helsen. Dette synes å være en dypere forståelse av helse, som ikke ligger i deres intuitive helseforståelse. Fredrik snakker mye om mål, og på spørsmål om det å nå målene sine har noe med helse å gjøre, svarer han:

Altså, du er inne på noe når du sier det. Jeg føler jo at å kaste bort helgene og ødelegge alt det grunnlaget jeg legger i ukedagene, så kommer jeg ikke til å klare målene mine like bra, som jeg selv ønsker å gjøre. Og jeg tenker jo fremover, at, man er russ en gang i livet, ja, men, hvis jeg skal klare målet om å bli fallskjermjeger, så må jeg faktisk ofre litt av det. Det er mulig å ha en morsom tid, uten å være den som drikker seg fullst. Og dette har jeg også fått en bedre helse av, med at man får seg kjæreste da, tenker jeg. Dette har også påvirket min helse, med at jeg er mer hjemme, sover mer, at vi tar det roligere.

Fredrik setter altså likhetstegn mellom god helse og å få til det han har lyst til å få til. Den gode helsen er forstått som at han tar det mer med ro og gjør det som er bra for den fysiske helsen sin. Det at han klarer å nå målene tenker han ikke på som god helse på samme måten, selv om det kommer frem at det er viktig for ham; store deler av hverdagen hans er tilrettelagt for å nå målene han har satt seg. Velværeaspektet ved å mestre målene sine synes han ikke å tenke over på samme måten som det fysiske aspektet. Det er en mer ubevisst forståelse av at mestring gir god helse. Andreas blir spurt om hvordan han tror helsen hans vil bli om han i fremtiden ikke får mulighet til å trene:

Jeg tror det vil, rent fysisk, så tror jeg at det vil oppleves litt dårlig, for du vil jo få en annen fysikk. Det er jo litt kjipt. Samtidig som man får andre gleder. Så lenge du bruker tida di på noe konstruktivt, da, og du har noen baller i lufta, har noe gående, så er jo det bra. Så, som sagt, lykke da, så lenge du har noe på gang, det er det viktigste. Men, så klart, så er jo drømmen å se fit ut når du er 50-60, det som er litt langsiktige målet. Så jeg vil nok være litt misfornøyd med det [...]

Det kommer frem at det å ha en kropp han er fornøyd med er viktig for han. Samtidig er det ikke nødvendig å ha en veltrent kropp for å kunne ha en god helse. Det som er viktigst for å ha god helse, er å ha noe meningsfullt å bruke tiden sin på. Det kan for eksempel være trening, jobb, familie eller en hobby. For Andreas er det viktig å være i god form, og han har som mål å være i god form når han blir eldre, for han anser det som viktig for helsen, og som noe som er givende i seg selv. Det å være sprek også i alderdommen er god helse for Andreas, men ikke bare fordi man da har en fysisk god helse. Han ser på det å ha en kropp som er i god form som noe som gir ham muligheten til å nyte livet på flere måter, gjennom at han kan gjøre det han har lyst til. Denne forståelsen deler han med de andre informantene. De er også opptatt av å være lykkelige og ha det bra i livet, men det kommer til uttrykk gjennom en forståelse av helse som noe som hovedsakelig er fysisk, og som påvirkes av fysiske faktorer.

God helse er en balansert livsstil

En annen ting informantene trekker frem som god helse, er det å ha en balansert livsstil. En livsstil som ikke bare fokuserer på en eller få ting, men at man tillater seg å leve livet og å ta imot det det har å by på. Igjen kommer det fysiske synet på helse klart frem, men noe mer synes å skinne gjennom:

Jeg synes ikke en sunn livsstil er bare å spise sunn mat, jeg vil si det er mer variert. At du har, la oss si, du spiser en sjokoladeplate på lørdag, sånne ting, at du koser deg litt

Den fysiske forståelsen av helse er tydelig i dette sitatet. Stian sier det er greit å spise sjokolade, på tross av at det typisk regnes som usunt. En sunn livsstil innebærer et kosthold hvor man ikke fornekter seg hverken det ene eller det andre, men hvor man finner rom for å kose seg. Det å kose seg skaper velvære og man kan slappe av, men det er fortsatt viktig ikke å la det ta overhånd. Kostholdet er noe av det som blir sett på som viktigst for å ha god helse, og balanse mellom sunn og usunn mat kan skape mer velvære, ved at man kan unne seg noe «usunt». Når man blir syk, mener guttene at det kan skyldes at balansen i kostholdet har tippet for mye over mot den usunne siden; man har altså kost seg litt i overkant mye. Informantene mener at det å la noe ta overhånd ikke er bra for helsen, enten i den ene eller andre retningen.

Det er viktig at man lever på en måte som er komfortabel og som kan opprettholdes over tid, men betydningen av å ta vare på den fysiske helsen gjennom å være fysisk aktiv og å spise sunt er alltid til stede. Informantene snakker om å ha en balanse mellom trening og andre aktiviteter, som å være med venner, og å kunne kose seg med usunn mat. De ønsker å kunne ta seg treningsfri i perioder, men det er viktig at man kommer tilbake til en fysisk aktiv livsstil igjen. Slankekurer og andre hurtigløsninger for å forbedre (den fysiske) helsen blir møtt med skepsis, fordi helse blir sett på som ferskvare som krever jevn innsats over tid. En aktiv livsstil hvor man har kontroll over aktivitetsnivå og kostholdet synes å være gullstandarden. Det er et stort fokus på den fysiske helsen blant informantene, men når de snakker om balanse, kommer det frem at det også skal være en balanse mellom den fysiske og den mentale helsen. Den ene kan ikke veie fullstendig opp for den andre. Informantene mener det ikke er bra når fokus på trening, kosthold og den fysiske helsen tar overhånd. Da kan det gå på bekostning av den mentale helsen, og et for stort fokus på helse og å være sunn kan føre til psykiske problemer. Likevel mener de at det *er* nødvendig å være i aktivitet og passe på hva man spiser for å kunne ha en god helse. En person som har det helt topp, men som er lite aktiv og ikke har det riktige kostholdet, vil heller ikke ha fullgod helse.

God helse som en balansert livsstil blir også beskrevet som det å få tid til det man har lyst til, samtidig som man gjør det man må. Igjen er den fysiske helseforståelsen sterkt til stede. Det er viktig å nyte livet og kunne ta «usunne» valg. Imidlertid, for at det ikke skal gå på bekostning av helsen, må det ikke bli så mange usunne valg at det veier tyngre enn de sunne valgene. Når man har riktig balanse i livet så føler man seg vel, og da har man god helse. Helse blir forstått som noe mer enn bare et fysisk anliggende, det er et mentalt aspekt der også, og det skal være en balansegang. En person som ikke er særlig fysisk aktiv og som ikke bryr seg om kostholdet, men som er lykkelig, vil gå glipp av noe. Det samme gjelder en som trener mye og bare spiser sunt. Dette kommer tydelig frem i intervjuet med Andreas:

Det tror jeg går mer på det psykiske, at du går glipp av en del opplevelser en annen person ville ha. Og, ja greit, hvis du er ute etter et lykkerush, og det er derfor du gjør det, så er det mange andre måter å få det på, enn å jakte på det perfekte resultat. Og da, du får ikke det resultatet du vil ha, da, fordi du får liksom ikke den lykken du søker etter, og da tror jeg det går på mer helse, på mer mentale, da. Og, ja, det blir det da, at det er en balanse det og, da, mellom det mentale og kroppslige.

Helse blir på denne måten forstått som todelt, fysisk og mentalt, og det skal være en balanse mellom de to. Den ene er ikke viktigere enn den andre. Likevel er det den fysiske helsen som synes å være den intuitive forståelsen av helse. For eksempel blir det å kunne ta seg

treningsfri i perioder ansett som viktig, men ikke for lenge, for da går det utover helsen. Ferier blir trukket frem som et eksempel på et avbrekk fra normalen som fører til at man fort føler seg usunn, selv om det er godt for den mentale helsen.

God helse som funksjon

Når alt fungerer som det skal og man kan gjøre det man har lyst til, da har man god helse. Det er særlig fysisk funksjon som handler om god helse, for da kan man gjøre det man har lyst til. Fredrik har hatt mange beinbrudd opp igjennom årene, og dette påvirker ham i hverdagen. Han er derfor opptatt av å trene på en måte som gjør at kroppen hans fungerer best mulig. Informantene er opptatt av å unngå problemer med kroppen, slik at kroppen ikke blir et hinder. Det å være i god form og ha en kropp som fungerer gjør at de føler seg vel, og det å føle seg vel er ensbetydende med god helse:

Jeg tenker på god helse som at du føler deg vel, ikke at du skal se mest atletisk ut eller være oppimot der, men at du faktisk, kroppen fungerer, at du har et bra hjerte, og kroppen er som den skal være, og du får til det du vil. Det legger jeg i å ha god helse.

Dette sitatet beskriver godt informantenes forståelse av funksjon. Det handler i stor grad om at kroppen skal fungere, men det er også noe mer der, et snev av mentalt velvære. Informantene er opptatt av den fysiske funksjonen, at de har fysisk evne til å gjøre det de har lyst til. Men det å fungere handler ikke bare om fysisk funksjon. Det blir ikke snakket mye om, men også det mentale aspektet synes å ligge å lure i bakgrunnen. Fredrik snakker om at det er viktig å ikke la seg stresse, for det kan føre til angst, som igjen fører til mer problemer, både mentalt og fysisk:

[...] Og det er viktig å kunne komme seg litt vekk, ta litt tid til egen helse. For føler du deg oppslukt av alt dette maset, som jeg har nevnt, så får du dette stresset. Stresset bygger seg opp til angst, du får problemer, du får vondt i hodet, kan bli sliten, og det er en evig ond syklus, at du må bryte deg ut av denne [...]

Det å ta de pausene man trenger fra hverdagen er nødvendig for at man skal fungere mentalt og ha det bra med seg selv, og henger også sammen med at god helse er balanse.

6.2.3 God mental helse gir muligheter

Som vi har sett, er det den fysiske helsen som er det første informantene tenker på når det blir snakket om helse. Mental helse kommer mer med som en ettertanke, sier Thomas:

[...] når man sier helse, så tenker jeg kanskje litt, jeg vet ikke om jeg tenker så mye på sånn mental helse og sånn, men jeg tenker mest på fysisk helse, da

Thomas sier det rett ut, i utgangspunktet tenker han på helse som noe fysisk, og det er fordi han har vokst opp med å høre at folk som er spreke har god helse. Når det blir snakket om mental helse, er informantene mer usikre i uttalelsene sine. De har hørt, lest og lært mye om hvordan man får en god fysisk helse, og uttrykker seg klart og tydelig om dette. Det de sier om mental helse, derimot, bærer preg av usikkerhet. Det virker ikke som noe informantene tenker særlig på. Etter at Thomas nevner mental helse første gangen, begynner han å tenke mer og mer på det, men han er usikker på hva det egentlig er. Flere av informantene er innom mental helse på en eller annen måte, men i liten grad i forhold til hvor mye de snakker om den fysiske helsen. Når jeg spør Fredrik om hva han legger i god helse, svarer han blant annet det å få til hva han har lyst til. Da jeg spør hva det innebærer, nevner han en rekke fysiske ferdigheter, og jeg spør om det bare gjelder fysiske ting:

Det gjelder vel på det mentale også. Jeg blir jo bedre mentalt når jeg trener, jeg får fokus, jeg klarer å konsentrere meg, får utløp for energi. Det bruker jeg igjen på skolen, med at da klarer jeg å sitte mer i ro. Jeg har ekstremt mye energi, og det har jeg hatt i alle år.

Det kommer frem i denne uttalelsen at fysiske aktivitet påvirker den mentale helsen, men det er mer som et hendig biprodukt av at man tar vare på den fysiske helsen. Når man har god mental helse, er man i stand til å jobbe mot målene sine. Det viktigste for helsen er at man føler velvære og har det bra, men når det blir snakket om, er det i stor grad forstått som fysisk velvære. Når det først blir snakket om mental helse, er det ofte i sammenheng med den fysiske forståelsen av helse. Trening gjør at man føler seg bra, både i kropp og sjel. Trening kan brukes til å bygge selvtillit og mestringstro, ved at man gjennomfører vanskelige ting man ikke trodde man skulle klare. Det blir også påpekt at den mentale helsen påvirker om man er i stand til å gjøre det som skal til for å ha en god fysisk helse, men også at den fysiske aktiviteten påvirker den mentale helsen. Det at den mentale helsen er viktig, er hovedsakelig fordi man da kan ta vare på den fysiske helsen, som står øverst i «helsehierarkiet».

Andreas skiller seg ut fra de andre, selv om han også har en sterk fysisk forståelse av hva helse er. Han snakker flere ganger om at det viktigste er å være lykkelig og å ha det bra. Han beskriver en person med god mental helse slik:

En som er glad, en som er lykkelig. Det er en quote jeg har tenkt på siden tiende klasse, siden jeg lærte den, det er John Stuart Mill. Han sa at det viktigste du gjør, det viktigste i livet, det er å være lykkelig. Så hvis du er lykkelig, så regner jeg med at du har god mental helse

Han snakker om at for mye fokus på å være sunn, trene og spise riktig, vil kunne gjøre at man går glipp av opplevelser og ikke oppnår lykke. Han sier at om man jager den perfekte kroppen, så vil man kunne begrense seg selv, og han mener det er en misforstått forståelse av hva som er viktig i livet, hvilket er å være lykkelig. Likevel om han sier dette, hvor det å ha god mental helse og å være lykkelig er sett på som viktigst, så kommer han alltid tilbake til viktigheten av å ta vare på den fysiske helsen.

6.2.4 Helse er både enkelt og komplisert

I intervjuene kom informantene inn på hvor de lærer om helse, og om hvorvidt de synes det er enkelt eller vanskelig å forstå helseinformasjon. Uttalelsene varierer; på den ene siden synes de det er enkelt å forstå hva god helse er og hvordan man får det. De ser helse som erfaringsbasert, fordi det handler om å ha det bra og å være lykkelig. Derfor må hver enkelt person finne ut hva helse er for dem. På den andre siden sier de at helse er et vitenskapelig anliggende, og dette gjør helse kunnskapsbasert. De grunnleggende reglene for å ha god helse er enkle, det er den fysiske forståelsen av helse som gjelder - så lenge man er fysisk aktiv og spiser sunt, vil man ha god helse. Så kombineres den fysiske og mentale forståelsen av helse, gjennom at man skal være fysisk aktiv og spise sunt, på en måte som man trives med kan opprettholdes over tid. Det skal være slik at man er i stand til å nå målene sine samtidig som man føler at man har en balansert livsstil, og får tid til det man har lyst til. Idrettsutøvere blir trukket frem av enkelte av informantene som personer som har god helse og som vet hvordan de skal få god helse. Dette er fordi de har lagt ned utallige timer med hardt arbeid for å tilegne seg den kunnskapen. Informantene snakker om at det derfor er viktig at folk prøver seg frem og finner *sin* måte å ha god helse på, eller å *gjøre* helse på. På den andre siden, så er helse noe som blir definert og «oppdaget» gjennom vitenskap og forskning. Det er her helse synes å bli komplisert for guttene. De mener helseinformasjon ikke alltid er like lett å forstå. Særlig for folk som ikke er nevneverdig interessert i helse i utgangspunktet, vil det kunne være vanskelig å forstå hvordan man skal leve for å ha god helse. Når mediene i tillegg blåser opp forskningsartikler som går imot «sunn fornuft» eller det som har vært allment ansett som sunt, så kan det virke forvirrende. Jeg spurte informantene om de noen gang blir overrasket over helseinformasjon, og svarene er ofte som svaret til Kristoffer:

Ja, noen ganger. Men, ikke så altfor ofte egentlig. Men, sånn, nå nylig, når rødt kjøtt er farlig, lissom. Men, jeg vet ikke helt hva jeg tenker over det egentlig [...] det var jo banan som også var usunt også. Så, jeg vet ikke jeg. Føler det blir litt tull

Når jeg spør hva som er grunnen til at han føler det blir tull, sier han:

Jeg vet ikke jeg, fordi folk har jo levd lenge lissom, og spist bananer. Så, ja, det er det, egentlig.

Informantene synes i utgangspunktet ikke at helseinformasjon er særlig vanskelig å forstå for dem. Det handler om å være tilstrekkelig aktiv og å spise sunt, og de synes selv at det ikke er vanskelig å ha en god helse. Tormod, som er spesielt interessert i de kompliserte prosessene som skjer i kroppen når man trener og spiser, leser på avanserte sider om hvordan kroppen fungerer. Han synes det er vanskelig å forstå det han leser om, og må ofte slå opp for å forstå betydningen av forskjellige ord. Imidlertid gir det ham en følelse av mestring når han forstår de kompliserte tingene han leser om. Dette gir ham større spillerom i hverdagen, med tanke på hva han kan gjøre for å ha en god helse. Han sier han kan tillate seg usunne vaner i større grad, fordi han vet hvordan han kan veie opp for de negative konsekvensene gjennom å manipulere fysiske faktorer. Igjen er god helse forstått som fysisk, og innebærer fysisk aktivitet og et sunt kosthold. Samtidig, om man går mer i dybden enn dette, begynner helse å bli mer komplisert og vanskelig å forstå. Andreas sier helseinformasjon ofte består av vanskelige uttrykk, noe som gjør det vanskeligere å forstå budskapet:

Det sagt, så er det mye, verden har blitt så mye mer faglig, da. De kan ikke si det rett ut, de bruker et vanskelig språk, du skal nesten være lege for å forstå det [...]

Helse blir på denne måten sett på som både noe enkelt og noe komplisert. Informantene synes det er relativt enkelt å ha god helse så lenge de får trent og spist sunt, men når det dukker opp helsenyheter som går imot deres erfaringer og forståelser, så kan det virke forvirrende. Samtidig opplever informantene at de har god forståelse av hva helse er og hvordan man får god helse, fordi de opplever at de har god helse. Når det kommer helseinformasjon som går imot deres forståelse av helse, velger de ofte å ignorere motstridende helseinformasjon. Dette er fordi de mener det ikke er så nøye hva man gjør, og de føler seg bra med den livsstilen de har. Derfor mener de det er viktig at folk prøver seg frem og lærer de grunnleggende reglene innenfor trening og kosthold. Man vil da bli bedre rustet til å forstå og håndtere helseinformasjon og hva man kan gjøre og ikke gjøre, og fortsatt ha god helse.

6.3 Hva skaper god helse? – helse i et fremtidsperspektiv

Som det kommer frem i kapittel 6.2, er helseforståelsen til informantene i stor grad preget av fysisk helse. I informantenes forståelse av hva som påvirker helsen, er dette enda tydeligere. Hovedsakelig snakker informantene om fysisk aktivitet, eller mangelen på dette, og kosthold, som de to faktorene som påvirker helsen mest. En annen faktor som også blir nevnt, er det å være sosial. Likevel, selv da er det i stor grad knyttet opp mot den fysiske helsen.

6.3.1 Fysisk aktivitet og kosthold

Det informantene mener påvirker helsen aller mest, er kostholdet og fysisk aktivitet. Thomas sier:

[...] ordentlig mosjon, ikke nødvendigvis trene styrke hver eneste dag, men liksom, ikke sitte på sofaen og spise potetgull hele tiden, bare komme deg ut og spise ordentlig, for det er det viktigste

Informantene ville anbefalt fysisk aktivitet til personer som ønsker å forbedre helsen sin. De snakker om at det å være fysisk aktiv fører til god helse, og det er også nødvendig for å ha god helse. Det er ikke så nøye akkurat hva man gjør, så lenge man er fysisk aktiv, men det beste er om man trener. Flere av informantene mener det ikke er vanskelig å få god helse om man bare trener nok, eksemplifisert gjennom svaret til Kristoffer på om det er vanskelig å oppnå god helse:

Nei. Ikke hvis du går all-in for det, så tror jeg det skal være greit, helt ok lett [... ved] at du setter deg mål, og har godt kosthold, og trener regelmessig.

Det er noen motsetninger mellom uttalelsene til informantene. Tormod mener man må trene for å ha god helse, og helst styrketrening, pluss litt intervaller for hjertet. Det bare å være i aktivitet gjør kun at man ikke får dårlig helse. Stian, derimot, mener at for å ha god helse er det nok å være fysisk aktiv 30 minutter om dagen, og det er ikke så nøye hva man gjør. De andre informantene har uttalelser som ligger et sted imellom dette. Det viktigste for å være sunn er å være regelmessig aktiv, selv om det å trene aktivt er bedre. Informantene selv føler seg sunnere når de trener regelmessig. Om de går en periode uten å trene, så oppleves det som dårlig for helsen. Informantene driver alle med styrketrening, og liker det som treningsform, men det er ikke sånn at man må trene styrke for å ha god helse. Det viktigste er å finne noe man liker å gjøre, sånn at man kan gjøre det regelmessig over tid. Informantene har positive følelser knyttet til det å trene. De synes det er morsomt, og de føler seg bra av å gjøre det, i tillegg er det en sosial arena for dem. Treningen blir også brukt som et middel for å nå målene sine. Dette kan være å få/opprettholde et utseende de trives med, eller å ha en kropp som fungerer så bra som mulig, både i dag og i fremtiden.

Når det kommer til kosthold, mener de at det er viktig å spise variert. Grønnsaker spiser man så man får i seg vitaminer, og kjøtt for å få i seg proteiner. Kosthold og trening er de to enkeltfaktorene som blir forstått som viktigst for å skape god helse. Trening er viktig, men om man ikke har mulighet til å trene, kan man veie opp for det ved å ha et ekstra sunt kosthold. Informantene snakker mye om å spise sunt, men samtidig er de fleste opptatt av at man skal

kunne kose seg av og til. Og om man trener mer, kan man tillate seg mer når det kommer til kosthold. Det blir på denne måten en balansegang mellom den fysiske aktiviteten og kostholdet, hvor begge to påvirker helsen, men om det blir mindre av den ene, kan man veie opp med mer av den andre. Informantene synes det er helt greit å spise junk food, godteri eller annen usunn mat innimellom, så lenge det ikke tar overhånd. Thomas er unntaket, han mener at om man først spiser sunt, er det bedre og lettere å unngå bare usunn mat i det hele tatt. Han ser altså på det å spise junk food som noe som er uforbeholdent dårlig for helsen. De andre informantene derimot, mener det er viktig å ikke bli for opphengt i kostholdet. Stian mener for eksempel at det å spise en sjokoladeplate på lørdagskvelden er en del av en sunn livsstil. Det er, som med treningen, viktig at man lever på en måte man synes er komfortabel, sånn at man kan holde det gående over tid. Så lenge man får i seg de næringsstoffene kroppen trenger for å ha god helse, så er det mange måter å spise på som fører til god helse. Det å prøve seg frem og tilpasse kostholdet og treningen, slik at man trives, er nøkkelen til å få god helse. Helse forstås ikke bare som noe man har her og nå, men som noe som må jobbes for og vedlikeholdes om man vil oppleve god helse også i fremtiden. Stian beskriver viktigheten av å tillate seg litt spillerom på følgende måte:

Ja, altså, du har jo de grunnleggende reglene. Å få i seg nok grønnsaker, og variert mat og sånne ting. Men jeg føler jo at kanskje mange noen ganger kan ta det litt for seriøst da, at de tar i seg altfor mye. For det, som jeg har forstått det da, fra naturfagsboken, er at det var ikke bra det heller, å spise for mye sunt. Og jeg leste, det var en dame som fikk noe sånn, psykiske problemer, fordi hun levde for sunt, da. Hun utviklet noen tvangstanker. Så, det er litt, ja, jeg føler det er litt individuelt, men du har liksom en sånn, fast strøm, men at det er veldig variert hva du selv skal spise

Selv om trening og et sunt kosthold hovedsakelig blir sett på som noe positivt, er det også potensielle ulemper med det. Det er viktig at man trener riktig, for eksempel ved å løfte riktig. Hvis ikke kan man skade seg, og det vil gi dårligere helse. Trening og kosthold kan også være skadelig for den mentale helsen ved at det fører til tvangstanker omkring mat og fysisk aktivitet. Det kan ta overhånd og føre til en ubalansert livsstil. Dette er temaer flere av informantene nevner, men det er ikke noe de snakker utfyllende om. Det virker som om det ikke er noe som gjelder akkurat dem, men som noe andre kan få problemer med.

Fysisk aktivitet og et sunt kosthold er viktig for å skape en god helse, men de mener at det også er viktig å ikke tenke på det hele tiden. Informantene sier det er viktig å hvile og slappe av. Dette innebærer blant annet søvn, å ta treningsfri og å slappe av og spise noe godt. Dette er viktig fordi kroppen må få hentet seg inn igjen når man er mye fysisk aktiv, men også fordi

det er behagelig å kunne kose seg med noe usunt en gang i blant. Det er ikke noe problem for den fysiske helsen å spise noe usunt en gang iblant, og det er også sunt for den mentale helsen å tillate seg selv å være usunn av og til. Stian sier:

Det jeg tenker, sånn som hver fredag så pleier jeg å spise pizza. Da tenker jeg at det er noe jeg kan glede meg til, at fredag er en veldig god dag. Så det er liksom det jeg har som, etter å ha klatret med mandag og tirsdag og, med masse tøffe forelesninger, så kommer fredagen, og jeg kan spise litt usunt og kose meg [...] ja, sånn, nå er alt skolearbeid, og alt sammen, bare legger jeg fra meg, nå skal jeg bare sitte og kose meg litt

Som en forlengelse av dette snakker noen av informantene om alkohol og tobakk. Dette er rusmidler som blir omtalt som usunne og ikke bra for helsen, men som også kan ha positive helseeffekter. Alkohol blir i utgangspunktet sett på som noe som ikke er bra for helsen, men som man kan tillate seg, fordi det er moro – mot en pris. Tormod sier at han føler seg på sitt mest usunne etter en fuktig kveld på byen, men han føler det er verdt det fordi det er moro. Det er best ikke å drikke alkohol, men det går an, og Tormod snakker også om forskning som viser at moderat inntak av alkohol kan være sunt. Tobakk blir bare nevnt av to av informantene, og da som usunt. Andreas snuser, og han tenker en del på det med tanke på helsen sin. Likevel, snusen er en gode han har i en hektisk hverdag, og han verdsetter de små øyeblikkene hvor han kan koble av med en snus. På spørsmål om det å snuse kan påvirke helsen positivt, svarer han:

Ja, vet ikke jeg, nå skal ikke jeg forsvare snus, men når du sier det sånn, så, ja, det var en morsom tanke. Jeg tror faktisk det, for du får et lite avbrekk, og da får du et lite pusterom. Det er som du er under vann, også kommer opp, også greit, får inn luft, og, en pause, også er du klar for en ny runde. Så, det er en morsom tanke, det ga litt mening, når du sa det. Ja, jeg tror faktisk det.

To av informantene snakker også om anabole steroider som noe som kan påvirke helsen både i positiv og negativ retning. Thomas sin uttalelse er nevnt i kapittel 6.2.1. Andreas mener derimot at for unge gutter er anabole steroider idiotisk å bruke, for det kan forkorte livet ditt og skape andre helseproblemer. Samtidig sier han at for en mann i 50-årene, hvor egenproduksjonen av testosteron er redusert, så kan det å få anabole steroider av legen gi en slags ny ungdom, som kan gjøre at man føler seg bedre og mer lykkelig. Dermed kan det ha en helsefremmende effekt. Dette er et godt eksempel på at informantene sjelden ser på helse som et enten/eller-tema, men som noe som ofte er avhengig av kontekst.

Selvdisiplin og struktur

Informantene mener det kreves selvdisiplin og struktur for å klare å være tilstrekkelig fysisk aktiv og å spise nok sunn mat for å få en god helse. Det er ikke alltid like enkelt å komme seg på trening eller å la sjokoladen ligge i skapet en onsdag kveld, men det å ha selvdisiplinen til å klare det er nødvendig for å få og opprettholde god helse. For eksempel snakker Stian om selvdisiplin og struktur:

Jeg føler det er mange som nedprioriterer, hvert fall sånn i eksamenstiden, da er jeg også veldig opptatt av å trene. Selv om jeg hadde mye å lese, så er jeg veldig opptatt av det. Det å liksom få litt luft, og sånne ting. For jeg klarer ikke å sitte og konsentrere tolv timer, og bare lese og sånne ting.

For å få en god selvdisiplin, mener informantene det er viktig å ha en god struktur i livet. Det å få tid til fysisk aktivitet/trene og å spise sunt ved siden av skole/jobbb, er noe de trekker frem som viktig. Om man ønsker å få bedre helse, så er det å ha en god struktur noe som blir nevnt gjentatte ganger som viktig, og det er aldri for sent å legge om livsstilen sin til en mer strukturert en. Det at ting tar tid føler de at mange ikke skjønner, og at man faktisk må jobbe for å få resultater. Fredrik sier:

[...] for min del føler jeg at alt egentlig henger sammen, at det er viktig å ha en god struktur i alt [...]

Samtidig snakker informantene om at det er viktig at man ikke blir for strukturert heller. Det kan føre til at man går glipp av opplevelser, eller at man kan utvikle spiseforstyrrelser. Det som er viktig, er at man har en god balanse i livet, så man ikke opplever at man går på akkord med seg selv. Det å gjøre både de tingene man har lyst til og de tingene man må, er essensielt for å få god helse. Dette ser ut til å være bra for henholdsvis den subjektivt opplevde og den objektivt målte helsen. Å få tid til å være med venner og familie, og ikke la trening og kosthold komme i veien for sosiale relasjoner, er viktig. Andreas sier det slik:

Så klart, det er fint å være disiplinert, det er en viktig ting. Men, man må ha litt selvinnsikt, når går det for langt? Det er ikke noe fasit på det, det er noe man må kjenne og føle på selv, og høre på andre. Jeg har også fått høre det noen ganger, at nå tøyer [jeg] det langt. Også greit, så går det noen dager, også tenker jeg litt på det, okay, da kjenner jeg det, også tenker jeg på det selv, og gir litt tid på det, så det synker inn

Imidlertid, om man blir for opptatt av det sosiale, og det blir for lite fysisk aktivitet og sunt kosthold, da mener informantene at man mister den gode strukturen i hverdagen. blir man for ustrukturert, som de beskriver som en livsstil hvor man spiser mye junk food og godteri og med lite fysisk aktivitet, mener de det fører til dårlig helse. Det går tilbake til den objektive

helsen. Det å være strukturert *nok* i hverdagen; at man gjør det man må, samtidig som man får tid til det man har lyst til, er viktig for å få en god helse. Samtidig som de snakker om at det er viktig å ha en god struktur, så vil de ikke si hva som er en god struktur for andre. Det er noe man må finne ut av for seg selv, og viser til deres forståelse av helse som noe erfaringsbasert og subjektivt. For informantene er det imidlertid klart at dersom man ønsker å ha en god helse, så må man strukturere inn tilstrekkelig fysisk aktivitet og et sunt kosthold. Når de sier dette, henviser det til deres forståelse av helse som kunnskapsbasert og objektivt.

Store deler av helseforståelsen til informantene er basert på en fysisk forståelse av helse, og helse er noe man må jobbe for over tid, gjennom å være regelmessig fysisk aktiv og å ha et sunt kosthold. Det tar tid å endre kroppen og få resultater, og derfor er det viktig å være strukturert og ha selvdisciplin. Selv om det å kose seg med usunn mat er helt uproblematisk for helsen om man gjør det en gang i blant, er man nødt til å ha kontroll og være disiplinert for at det ikke skal skli ut og gi negative utfall for helsen. I tillegg til å være viktig for den fysiske helsen, blir det nevnt av enkelte av informantene at skole- og jobbresultater må man også være disiplinert og jobbe for. Det å *nå* målene sine er god helse, men det å ha mål å jobbe *mot* er også helsefremmende. Dette er særlig knyttet opp mot helse som et objektivt, fysisk anliggende, og da er målene også fysiske og avhengige av fysisk aktivitet og/eller sunt kosthold. Det å jobbe mot målene sine forstår informantene som bra for helsen, fordi det forbedrer fysiske parametere. Samtidig, det er også helsefremmende å føle at man kommer nærmere målene sine og til slutt oppnår dem, og dette handler mer om den subjektivt opplevde helsen. Dette vises ved at det å forstå kompliserte ting, for eksempel på skolen, oppleves som positivt for helsen. Det som er viktig når man setter seg mål, er at man setter seg mål som er meningsfulle for en selv. Fredrik snakker mye om at han synes altfor mange ikke spør seg selv hva de ønsker, men bare følger strømmen og søker det samme som alle andre, uten å reflektere over om det er noe de selv egentlig verdsetter. Han mener dette kan føre til at unge mennesker føler et press på å være noe de ikke er, og da er det viktig å være villig til å stå imot presset fra samfunnet og heller følge sine egne ønsker og mål.

Det informantene synes er positivt med trening og fysisk aktivitet, er at det er lett å sette mål og se at man faktisk klarer å gjennomføre noe som er utfordrende. Andreas forteller at før han dro i militæret, «visste» han ikke hva en utfordring var. I løpet av førstegangstjenesten har han vært igjennom prøvelser som han aldri hadde trodd han skulle klare å gjennomføre. Dette er erfaringer han kommer til å ta med seg videre i livet. Han vet at om han jobber hardt nok for noe, så vil han klare det. Han mener det er viktig for folk å ha slike opplevelser. For eksempel

i en situasjon hvor man må legge om livsstilen sin for helsens skyld, vil troen på at man kan gjøre noe vanskelig være viktig for å få til nettopp det, og dermed få bedre helse.

Om man klarer å ha selvdisciplin, har en god struktur på hverdagen og har mål som man jobber mot, så vil det etter hvert gi økt forståelse. Det blir ikke snakket mye om det, men informantene gir uttrykk for at det å ha selvdisciplin og holde ut med noe over lengre tid, gir forståelse av det man holder på med. Når informantene snakker om dette opp mot trening og kosthold, sier de at man etter hvert vil lære mer om helse. Dette er knyttet opp til den fysiske forståelsen av helse. For eksempel trekker Kristoffer frem idrettsutøvere som gode kilder til helseråd, grunnet deres erfaringer med trening og kosthold. Om man trener mye og er opptatt av kosthold, vil man etter hvert få en bedre forståelse av hva som skal til for å få bedre helse. Dette vil også gjøre det lettere å utøve selvdisciplin. På spørsmål om det alltid er like lett å komme seg på trening, svarer Tormod:

Nei, det er ofte jeg er ganske sliten. Men, så snur det seg ganske fort når man får startet og fått blodet litt i gang. Og det vet jeg jo ganske godt, så det er ikke et krav lenger, på en måte, [...] at jeg har skikkelig lyst til å dra på trening. [...] Så, det er bare noe jeg vet, kommer jeg meg på trening og kommer meg i gang, så blir det bra

Som sitatet over viser, har Tormod gjennom å være disiplinert i flere år lært å kjenne seg selv bedre. Selv om han er sliten en dag, vet han at så lenge han kommer seg på trening blir det bra når han kommer i gang. Tormod leser mye om trening og kosthold, og setter seg inn i kompliserte temaer, for å forstå hvordan han kan trene og spise «bedre». Han føler det gir ham større spillerom med tanke på hva han kan gjøre og ikke gjøre for helsen sin. Da kan han tillate seg mer moro og usunne valg, uten at det skal ha en større enn nødvendig påvirkning på helsen. Noen av informantene snakker også om hvordan oppveksten påvirker forståelsen av hvordan man får god helse, og dermed også helsen. Barn som vokser opp med foreldre som ikke er opptatt av helse, og som lever usunt, vil gå glipp av noe. Disse barna vil ha vanskeligere for å vite hvordan de skal ta vare på egen helse når de blir eldre, fordi de aldri lærer hvordan. Informantene ser altså på en sunn livsstil som noe som må læres, og dess mer man setter seg inn det, dess mer forstår man. Denne erfaringen og forståelsen i seg selv gir bedre helse, ved at det blir enklere å «manøvrere» i alle helsevalgene man må ta, og dette gjør at helse blir enklere å forstå.

6.3.2 Å være sosial

Informantene snakker hovedsakelig om hva man gjør fysisk som det som påvirker om man har en god eller dårlig helse. De snakker også om at det å være sosial påvirker helsen. Det å

være med venner og familie blir sett på som noe som er positivt for helsen, og som man bør ta seg tid til. Dette henviser da til det subjektive velværeaspektet ved helse, fordi det påvirker hvordan man har det. Andreas snakker om å holde treningen til det riktige nivået, og blir spurt om hva han mener er rett nivå:

Det du passer da, så lenge det ikke tar over timeplanen din, tar over andre arenaer. Du skal ha en balanse i livet, du har familie, du har venner, du har et sosialt liv.

Informantene snakker ikke mye om det å være sosial, og noen av dem nevner det kun i forbifarten, som at det å være asosial ikke er bra for helsen. Som sitatet over viser, mener de det er viktig å ikke la trening og kosthold ta overhånd, for livet er mer enn bare trening. Om man ikke tar seg tid til å være med venner, vil det kunne føre til at man kan miste sosiale relasjoner; det kan man komme til å angre på, for det vil kunne påvirke velværeaspektet ved helsen i fremtiden. Noen av informantene trekker frem at det som er fint med trening, er at det kan være en sosial arena; man kan gjøre noe positivt for helsen ved både å trene og være med kompiser samtidig. Selv om det sosiale i seg selv blir forstått som viktig for å ha god helse, er det ikke sånn at det kan veie opp for den helsefremmende effekten av fysisk aktivitet. Dette kan tyde på at det objektive, fysiske helseaspektet blir forstått som viktigere enn det subjektive velværeaspektet. Samtidig sier for eksempel Stian at for han er trening en viktig sosial arena, og det sosiale er på mange måter viktigere enn treningen. Han har det gøy når han er på trening, og det er en hobby for han. Han sier at når han trener med venner, er det lettere for han å holde motivasjonen til å trene oppe. Han forstår intuitivt helse som et fysisk anliggende, og derfor forstår han det sosiale som viktig for helsen; det sosiale gjør at han fortsetter å ta vare på den fysiske helsen. Dette er en forståelse han deler med de andre informantene, hvor det sosiale blir sett på som viktig. Samtidig ser det ikke nødvendigvis ut til å være viktig fordi det påvirker helsen, men fordi det er noe man liker i seg selv. Helse blir altså forstått som noe som ikke nødvendigvis har med trivsel å gjøre, men som handler om å tilfredsstille de fysiske kravene kroppen har for å fungere optimalt. Det sosiale blir forstått som noe annet, som noe som er bra for den mentale helsen. Samtidig ser det ut til at mental helse blir forstått som noe annet enn *helse*; begrepet «helse» ser ut til å forstås som et fysisk anliggende. Mental helse derimot, ser ut til å bli forstått som en slags underkategori innen helse; en subjektiv opplevd helse, som ikke er like viktig som den objektive fysiske helsen.

Fredrik har et litt annet syn på det å være sosial enn de andre informantene. Mens de andre informantene er opptatt av at det å være med venner er viktig, fordi det er noe som har verdi i

seg selv, er Fredrik opptatt av blant annet hvem han sitter med på skolen. Han opplever at selv hans beste venner kan være et usunt miljø, for de gjør at han mister konsentrasjonen og ikke fokuserer godt nok på målene sine. Han er opptatt av å være i et miljø som fører ham mot målene sine, og da må han prioritere når han skal være med hvem. På skolen vil han være med de som presser ham til å gjøre det best på skolen, på trening vil han være med de som presser ham til å gjøre det best der. Når han har gjort alt annet og skal slappe av, da kan han være med de som han slapper av best med, hans beste venner. Det ser ut til at han ser på det sosiale miljøet rundt ham i stor grad som noe som påvirker han, og han ønsker å utnytte dette til å nå målene sine. Utover det nærmeste sosiale miljøet, snakker Fredrik også om samfunnet som noe som påvirker helsen, noe de andre informantene ikke gjør i særlig grad. Han sier at forventningene fra samfunnet påvirker ungdom, og mange føler et enormt press for å passe inn i samfunnets normer. Han mener derfor det er viktig at enkeltpersoner blir bedre til å gå sin egen vei og finne ut hva de selv faktisk ønsker ut av livet. Da vil samfunnet slutte å dømme, og få en økt aksept for at folk er forskjellige. Først da vil folk kunne blomstre og få et godt liv.

6.4 Oppsummering av resultatene

Hovedfunnet i studien er at informantene forstår selve begrepet helse som et fysisk anliggende. Denne fysiske helsen er i stor grad objektiv, og kan måles ved å undersøke blodverdier, blodtrykk, fysisk funksjon og til en viss grad, kroppens utseende. Denne helseforståelsen er en intuitiv helseforståelse, som ser ut til å dukke opp umiddelbart når informantene tenker på helse. Når informantene reflekterer over helsebegrepet, dukker det opp en utvidet forståelse av helse; helse som subjektivt opplevd velvære. Denne helseforståelsen inkluderer den fysiske helseforståelsen, som fysisk velvære, men inkluderer også mental helse. Innenfor velværeaspektet av helse finner vi måloppnåelse, balanse og funksjon, som alle tre påvirker både den fysiske og den mentale helsen. Informantenes uttalelser tyder på at de forstår mental helse som en slags underkategori av helse. Når de snakker om helse, henviser det til fysisk helse, mens mental helse blir omtalt som nettopp det, *mental helse*. Det betyr ikke at de ikke forstår mental helse som viktig, men det er ikke det de umiddelbart tenker på når de tenker helse. Helse har også et forståelsesaspekt. Helse er på den ene måten enkelt – den påvirkes av fysisk aktivitet og kosthold. Hvordan man gjennomfører det, er opp til hver enkelt. Dette appellerer til forståelsen av helse som både objektivt og subjektivt. Imidlertid er helse også komplisert – den er objektiv, målbar og noe som

bestemmes av vitenskapen. Denne siden av helse gjør begrepet mer sammensatt og vanskeligere å forstå.

Når informantene snakker om hva som påvirker helsen, er omtrent alt fokuset deres rettet mot den fysiske helsen. De snakker om måter å forbedre den fysiske helsen på, og dette forbedrer tilfeldigvis den mentale helsen også. Dette ser ut til å omhandle et mestringsaspekt, men informantene tenker bare delvis på det slik. De snakker om selvdisiplin og struktur som viktige aspekter for å forbedre helsen, og mangel på disse aspektene som dårlig for helsen; den fysiske helsen. Det som påvirker den mentale helsen, ved siden av fysisk aktiv og kosthold, er de sosiale relasjonene man har. Å være sosial er viktig for den mentale helsen, samtidig som et sosialt liv kan gjøre det lettere å være fysisk aktiv; igjen kommer det tilbake til den fysiske helsen.

Når man ser på informantenes forståelse av helsebegrepet og hva de opplever at påvirker helsen sammen, er det en tydelig forståelse av helse som et fysisk anliggende. Det innebærer en forståelse av den fysiske helsen som både subjektiv og objektiv, opplevd funksjon og målbare verdier. Forståelsen av helse som et mentalt anliggende kommer frem når informantene reflekterer over helsebegrepet, men fremstår som usikkert terreng. Det innebærer å leve på en måte man selv opplever som komfortabel, og er dermed subjektiv. Den mentale helsen er noe som delvis forstås som å stå i kontrast til den fysiske helsen; det som er bra for den mentale helsen, er ofte skadelig for den fysiske helsen, og motsatt.

7.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil jeg diskutere studiens resultater opp mot bakgrunnsstoffet og teoriene som er presentert i denne studien. Deretter vil jeg diskutere funnene i lys av OAS og SCT. Diskusjonskapittelet avsluttes med en metodediskusjon.

7.1 Resultatene sett i lys av tidligere forskning

Som det fremkommer i resultatkapittelet, forstås helse av informantene først og fremst som et fysisk anliggende. Når det blir snakket om god helse, tenker informantene intuitivt på fysisk aktivitet, kosthold, kropp og funksjon. Ikke å være syk, forstås som god helse. Dette er i tråd med helseforståelsen der Hofmann (2014) beskriver helse og sykdom som to motstykker som ekskluderer hverandre. Informantene gir uttrykk for at om man er mye fysisk aktiv og hovedsakelig spiser sunt, vil man få god helse og bli sjelden syk. Om man derimot er lite fysisk aktiv og har et usunt kosthold, vil man bli lat, syk og få dårlig helse. Helse blir ofte ansett som et komplekst begrep som består av flere forskjellige sider, som fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle aspekter (Kristoffersen, 2006). Det informantene synes å umiddelbart legge i helse, er de fysiske aspektene. Imidlertid, etter hvert som de reflekterer over helsebegrepet, kommer det også frem mentale aspekter. Det synes som at denne forståelsen av helse ligger «under overflaten»; det er ikke det første de tenker på når de tenker på helse. Dette er i tråd med fitnessdiskursens helseforståelse, hvor helse forstås som fysisk velvære og fravær av sykdom og ubehag, mens den mentale og sosiale helsen blir glemt (*Constitution of the World Health Organization*, 1946; Markula & Pringle, 2006). Det kan virke som informantene ikke ser helse som bare noe man *har*, men også som noe man *gjør*. De snakker så mye om fysisk aktivitet og et sunt kosthold som både god helse og som helsefremmende, at det kan oppfattes som at de forstår det som å *gjøre* helse. Mental helse blir ofte omtalt som *mental* helse. Dermed fremstår mental helse som å bli forstått som en «underkategori» av helse. Fitnessdiskursen bygger i stor grad på det kartesianske menneskesynet, hvor kroppen forstås som en maskin av kjøtt og blod som sjelen eller tankene utøver sin makt på (Leder, 1998; Markula & Pringle, 2006). Dette synet på kroppen synes informantene i stor grad å ha; kroppen blir forstått som noe som frakter «jeg-et» rundt. De forstår det dermed som viktig å ha en kropp som fungerer og som kan gjøre alt det «jeg-et» har lyst til å gjøre. Det innebærer i stor grad å påvirke maskinen kroppen, til å prestere og se ut slik tankene, selve mennesket, ønsker. Å ha god mental helse er dermed viktig for informantene, i den forstand de da evner å gjøre det som er nødvendig for å ivareta *helsen*.

En veltrent kropp gir fysisk kapital (Frew & McGillivray, 2005), og når informantene føler at de påvirker kroppen i en retning de ønsker, kan det blant annet føre til at de kan oppleve økt fysisk kapital. Fysisk kapital gir status og forstås som et tegn på sunnhet i treningssentrenes fitnessdiskurs (Frew & McGillivray, 2005; Markula & Pringle, 2006; Tulle & Dorrer, 2012). Informantene er opptatt av å ha et fysisk utseende som de er tilfreds med, og de ønsker å bruke kroppen til å prestere og forbedre seg. Dette tyder på at de er opptatt av å skape seg større fysisk kapital, gjennom å nå treningsmålene sine. Det å være veldig opptatt av å forbedre sin fysiske kapital kan potensielt være skadelig, ved at det fører til misnøye med egen kropp (Frew & McGillivray, 2005). Dette ser man igjen i at gutter som har et høyere ønske om å øke muskelmassen sin, rapporterer om oppførsel som assosieres med spiseforstyrrelser (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012). For eksempel sier Thomas han synes han bare har grei helse, fordi han spiser mye usunn mat. Samtidig anser han «problemet» sitt som at han er for tynn. Thomas ønsker å bygge en kropp som gir fysisk kapital, slik som de store gutta han ser på stranda om sommeren. Det å ha fysisk kapital ser han som et symbol på å ha god helse, slik Frew og McGillivray (2005) beskriver. Det ser ut som Thomas assosierer det å ha en sterk og veltrent kropp med å ha god helse. Han kommer inn på anabole steroider, og han utviser en tvetydighet i måten han omtaler det på. På den ene siden kan det virke som han mener bruk av anabole steroider kan være helsefremmende for en gutt i hans alder. Samtidig sier han at han ikke tror han ville gått så langt som å bruke steroider, men at han kunne gått til det steget å bruke proteinpulver og spise mer enn han orker. Det er vanskelig å si hva han mener, uttalelsene hans tyder på at han ikke ser på steroider som uforbeholdent helsegivende, men som noe som gir en «bra» kropp. Han kan dermed forstå anabole steroider som helsefremmende fordi en muskuløs kropp gir fysisk kapital, og fysisk kapital symboliserer god helse (Frew & McGillivray, 2005). Det kan også være Thomas forstår anabole steroider som skadelig, slik Andreas beskriver det, men samtidig trener Thomas for å bygge seg en større og mer muskuløs kropp. Det kan dermed være han forstår steroider som helsefremmende, ved at de kunne ha hjulpet ham å nå det målet. Det å jobbe mot og nå målene sine er noe informantene snakker om som helsefremmende og som god helse. Det er vanskelig å si hva Thomas mener om anabole steroider og helse, men det er et stort fokus på kropp og utseende i dagens samfunn (Malterud & Ulriksen, 2010). Det å være utrent blir ofte omtalt negativt i mediene, og det er mulig at Thomas forstår steroider som noe som kan «være verdt det», i jakten på en veltrent kropp.

I en studie blant australsk ungdom forstås det å ha god helse som å være i god form (Wright et al., 2006). Det å være i form blir også sett på som et personlig ansvar, hvor man må trene nok og spise den riktige maten. Dette er i tråd med fitnessdiskursen (Markula & Pringle, 2006), og blir forstått som at ved å være i god form vil man kunne møte livets utfordringer med overskudd, og at man da kan prestere på et godt nok nivå (Wright et al., 2006). Guttene i studien til Wright et al. (2006) er ikke særlig opptatt av vekt, men de er opptatt av prestasjon og ikke å være late. Samtidig er forfatterne usikre på hvordan dette ville endre seg i årene fremover, med alt fokuset samfunnet har på overvektsepidemien og fysisk aktivitet. Et mulig svar på dette kan man finne i en studie fra New Zealand (Powell & Fitzpatrick, 2015). Studien kom ni år etter Wright et al. (2006) sin, og informantene er ni år gamle barn (Powell & Fitzpatrick, 2015). De forstår det å være i form som å ikke være overvektig, og trening blir forstått som et verktøy til å forme kroppen. Dette tyder på at barn helt ned i ni-års alder er påvirket av fitnessdiskursen (Markula & Pringle, 2006; Powell & Fitzpatrick, 2015). I min studie viser informantene tegn til å dele helseforståelsen til barn og ungdom fra Oseania (Powell & Fitzpatrick, 2015; Wright et al., 2006). De er opptatt av å være i god form, og trening og et sunt kosthold forstås som viktige faktorer for å kunne oppnå dette. De er opptatt av å presse seg selv til å prestere, særlig innen trening. Informantene snakker ikke mye om vekt; to av informantene sier at de ikke føler seg usunne, fordi de ikke er overvektige, mens en tredje sier at vekt ikke har så mye med helse å gjøre. Dette viser at informantene i denne studien viser likhetstegn med informantene fra begge de oseaniske studiene (Powell & Fitzpatrick, 2015; Wright et al., 2006). Vekt og utseende kan dermed forstås av enkelte av informantene som et symbol på helse, som i fitnessdiskursen (Markula & Pringle, 2006). Trening og kosthold blir blant annet forstått som måter å forme kroppen på, og som de to viktigste faktorene for å ha og oppnå god helse.

Fitnessdiskursens helseforståelse har allerede inntatt norske ungdomsjenter sin hverdag (Walseth et al., 2015). Ut i fra resultatene i denne studien ser det ut som at også gutter har adoptert fitnessdiskursens helseforståelse. Blant tenåringer rapporterer oftere jenter om opplevd dårlig helse enn gutter gjør (Jáuregui-Lobera et al., 2013). Der normalvektige jenter anser seg selv som overvektige, anser overvektige gutter seg selv som normalvektige. Det er heller tynne og normalvektige gutter som er misfornøyd med egen helse, antakeligvis fordi de ikke føler at de har tilstrekkelig muskelmasse (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012). En grunn til at gutter dermed rapporterer om bedre helse enn jentene (Samdal et al., 2016), kan være at der jentene ønsker å redusere mengden kroppsfett, ønsker guttene å bygge muskler.

De kraftige og overvektige guttene er sterkere og har en høyere mengde muskler enn de tynne og normalvektige, og dermed kan det være at det beskytter mot en opplevd dårlig helse (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012; Lubans & Cliff, 2011). Fitnessdiskursen trekker frem trening og kosthold som viktige faktorer for god helse, blant annet fordi det fører til økt muskelmasse (Markula & Pringle, 2006). De tynne og normalvektige guttene som ønsker å bygge muskler, i tråd med fitnessdiskursens idealer, kan gjøre dette gjennom å trene og spise mye. Om de blir sterkere og går opp i vekt, vil dette kunne oppleves som et tegn på fremgang og måloppnåelse. Måloppnåelse er noe informantene i studien trekker frem som både å *være* og *skape* god helse. Som Kristoffer sier, så føler han at han har god helse om dagen, fordi han spiser mye og trener bra, som igjen gjør at han føler han vokser og bygger muskler. Der jenter muligens er mer opptatt av utseende, og trener og spiser på en måte for å redusere kroppsfett, er gutter hovedsakelig opptatt av prestasjon. Det kan dermed tenkes at det er enklere for gutter å oppleve økt fysisk kapital enn jenter, fordi de har forskjellige kriterier for hva fysisk kapital er (Frew & McGillivray, 2005; Jáuregui-Lobera et al., 2013; Lubans & Cliff, 2011; Walseth et al., 2015).

Selv om helse i stor grad blir forstått som et objektivt, fysisk anliggende, kommer det frem at også velvære er viktig for å kunne ha god helse. Dette fremstår som en helseforståelse som er mer reflektert, ved at det er noe de først snakker om når de tenker seg om. Informantene er opptatt av at trening og fysisk aktivitet både *er*, og *fører til*, god helse. Likevel er det viktig å ha det bra med seg selv. Andreas trekker frem det å være lykkelig som god mental helse, og han sier også at det viktigste er å være lykkelig; altså sier han at mental helse er viktigst. Denne forståelsen av lykke, tilfredshet og velvære som viktig for helsen så jeg konturene av hos alle informantene, men Andreas skilte seg ut i måten han pratet om det på. Imidlertid viser dette at informantene mener helse omfatter noe mer enn bare den fysiske kroppen. Det å ha en balanse i livet, hvor man føler at man har en god «flyt» i eget liv, er noe de verdsetter. Dette er en helseforståelse som minner om Hjort sin helsedefinisjon, hvor god helse blir forstått som å mestre de kravene ens egen hverdag stiller (Mæland, 2010). Informantene snakker om funksjon, og denne funksjonen ser ofte ut til å være den subjektive opplevelsen av funksjon. Dette stemmer også overens med den etymologiske opprinnelsen av helsebegrepet, hvor helse handler om å være hel, samt å oppleve lykke og fremgang eller mestring (Caprona, 2013; Kristoffersen, 2006). Denne helseforståelsen er i tråd med den «norske» helseforståelsen som Fugelli og Ingstad (2014) beskriver. Helse blir forstått som velvære, gjennom at man når målene sine, mestrer utfordringer, at man er lykkelig, at man føler man

har en balansert hverdag, at alt fungerer som det skal og man helst ikke tenker over helsen. Dette er et mer holistisk helseperspektiv, og her finner jeg altså at informantene har et syn på helse som ikke passer like godt inn i fitnessdiskursens helseforståelse (Markula & Pringle, 2006). Det som i fitnessdiskursen vil forstås som usunt, trekker informantene frem som sunt, om enn i riktige mengder. Når informantene snakker om helse på denne måten, blir helseforståelsen deres mer nyansert. Den reflekterte forståelsen deres ser ut til å møtes i et krysningspunkt mellom fitnessdiskursen og den «norske» helseforståelsen; helse er både subjektivt og objektivt, fysisk og mental, innsats og belønning (Fugelli & Ingstad, 2014; Markula & Pringle, 2006)

Informantene er klare på at det ikke er en fasit for hvordan man oppnår god helse. Likevel, når informantene snakker om hvordan man oppnår god helse, hva slags råd de ville gitt til andre som vil forbedre helsen sin, og når de selv føler seg på sitt sunneste, knytter de i stor grad til den fysiske helsen og hvordan den forbedres. Dette synet på helse er gjennomgående hos ungdom i den vestlige verden i dag (Powell & Fitzpatrick, 2015; Walseth et al., 2015; Wright et al., 2006), om enn noe forskjellig blant gutter og jenter (Jáuregui-Lobera et al., 2013; Lubans & Cliff, 2011; Wright et al., 2006). Dette er i overensstemmelse med informantenes forståelse av helse som fysisk, og trening og kosthold er relevante tiltak for å forbedre den objektive, fysiske helsen (Helsedirektoratet, 2014). Samtidig mener de, når de får tenkt seg om, at helse er mer enn bare fysisk, det er et mentalt aspekt ved helsen også. Dette aspektet er i stor grad subjektivt, og handler om personlig velvære. Informantene snakker om det å være med venner som viktig, fordi det er noe de liker i seg selv. Imidlertid, når de ser på det å være med venner som helsefremmende, er det gjennom at det er lettere å holde motivasjonen oppe til å dra på trening. Likevel anser de det som usunt å ikke være sosial. Her kommer forståelsen av helse som trivsel inn, den «norske» helseforståelsen (Fugelli & Ingstad, 2014). Under intervjuene er det først når informantene reflekterer over helsebegrepet, at de tenker på helse som mer enn kun fysisk. Samtidig faller de fort tilbake til den fysiske helseforståelsen. Dette tyder på at det kartesianske verdensbildet og fitnessdiskursens helseforståelse er såpass innprentet i informantene, at om de ikke tenker seg nøye om, tenker de automatisk på helse som et fysisk anliggende (Leder, 1998; Markula & Pringle, 2006).

Ut ifra resultatene, synes det tydelig at informantenes intuitive forståelse av helse er farget av det kartesianske menneskesynet og fitnessdiskursen (Leder, 1998; Markula & Pringle, 2006). Det er rimelig å si at fysiske faktorer påvirker helsen, men det er mange helsedefinisjoner som beskriver helse som mer enn kun påvirket av fysiske aspekter (Antonovsky, 2012;

Constitution of the World Health Organization, 1946; Fugelli & Ingstad, 2014; Hofmann, 2014; Kristoffersen, 2006; Mæland, 2010; Ursin & Eriksen, 2004). Dette er også noe informantene i denne studien gir uttrykk for å mene. Selv med den sterke vektleggingen av fysiske helseaspekter, deler de mange av de samme verdiene og ønskene for livet som det informantene i Helse på norsk-studien gjør; trivsel, likevekt, helhet, tilpasning, funksjon, bevege seg mot mål, livskraft, motstandskraft, fravær av tanker om helse og fravær av sykdom (Fugelli & Ingstad, 2014). Likevel skiller mine hovedfunn seg fra Fugelli og Ingstad (2014) sine. Der hovedfunnet til Fugelli og Ingstad er at helse forstås som trivsel, er hovedfunnet i min studie at helse først og fremst forstås som fysisk funksjon. Som Leder (1998) argumenterer for, skal vi ikke forkaste det kartesianske verdensbildet og dens forståelse av mennesket. Det er ikke tilstrekkelig for å forstå menneskets eksistens. Imidlertid er det nettopp det informantene i denne studien i stor grad gjør; de synes å forstå helse og hvordan man oppnår god helse ut fra en forståelse om at kroppen er en maskin som frakter «jeg-et» rundt. God helse blir da uttrykt ved at maskinen er velsmurt og tannhjulene går rundt som de skal.

Jeg ønsker ikke å fremheve at det er problematisk at ungdom trener på treningssenter, eller at de er opptatt av hva de spiser. Det er en økende andel mennesker i verden som kategoriseres som overvektige, og dette er en utfordring for folkehelsen (Racioppi et al., 2006). Menneskekroppen påvirkes av mengden fysisk aktivitet den er i og hvilke næringsstoffer og hvilke mengder som blir inntatt, og en fysisk aktiv befolkning med et bevisst forhold til næringsinntaket sitt er positivt for folkehelsen (Helsedirektoratet, 2014). Det kartesianske menneskesynet skal ikke forkastes, for det har fortsatt en nytte, men det er slett ikke tilstrekkelig til å forklare menneskets helsefremmende behov (Leder, 1998). Helse er mye mer enn bare fysisk aktivitet og kosthold (Fugelli & Ingstad, 2014; Kristoffersen, 2006), og det er heller ikke slik at et høyt fysisk aktivitetsnivå og et sunt kosthold er tilstrekkelig for å oppnå og opprettholde god helse. Dette gir informantene også uttrykk for at de mener, som når Stian sier at for mye fokus på å være (fysisk) sunn kan føre til psykiske problemer. Utfordringen er at informantenes ureflekterte forhold til helse, og hvordan man får god helse, stort sett er forstått som å være fysisk aktiv og å ha et sunt kosthold, mens deres reflekterte, *dypere*, forståelse av helse, er helse som mer enn bare de fysiske aspektene.

Det at helseforståelsen til informantene er såpass fokusert på de fysiske aspektene ved helse, kan skyldes at mediene skriver mye om kropp og overvekt i forbindelse med helse (Malterud & Ulriksen, 2010). Informantene er fra områder med høy sosioøkonomisk status

(Folkehelseinstituttet, 2016a, 2016b), og ungdommer fra disse områdene opplever å ha bedre helse, samt at de er mer opptatt av helse, enn ungdommer fra områder med generelt lavere sosioøkonomisk status (Samdal et al., 2016). Ungdommer som oppsøker og diskuterer helseinformasjon, føler seg tryggere på hvor de skal finne helseinformasjon (Paek et al., 2011), og dette er noe informantene i større eller mindre grad gjør. De informantene som gir uttrykk for at de oppsøker og diskuterer helserelatert informasjon, som regel trening- og kostholdsinformasjon, var tydeligere og tryggere i sine uttalelser om helse enn de som ikke er like opptatt av å lese om disse temaene. Når mediene, folkehelsearbeidet og fitnessdiskursen i stor grad fokuserer på den fysiske helsen, kan dette være en forklaring på informantenes forståelse av helse som noe som hovedsakelig omfatter de fysiske aspektene (Fugelli, 2006; Malterud & Ulriksen, 2010; Markula & Pringle, 2006).

Samfunnet er opptatt av helse, og særlig de fysiske aspektene ved helse (Fugelli, 2006; Malterud & Ulriksen, 2010). I tillegg blir det vanligere for ungdom å trene på treningssenter (Seippel et al., 2011), hvor fitnessdiskursen, med sin fysiske helseforståelse, er utbredt (Markula & Pringle, 2006). Det er dermed rimelig å anta at helseforståelsen som informantene i denne studien har, er utbredt blant dagens unge. Særlig unge med høy sosioøkonomisk bakgrunn er opptatt av helse, og vil da i større grad bli påvirket av samfunnets helseforståelse (Malterud & Ulriksen, 2010; Paek et al., 2011; Samdal et al., 2016). Samtidig er det ikke slik at bare ungdommer med høy sosioøkonomisk bakgrunn trener på treningssenter (Seippel et al., 2011). Dermed vil en stor del av norsk ungdom, uavhengig av bakgrunn, influeres og påvirkes i større eller mindre grad av fitnessdiskursens helseforståelse (Markula & Pringle, 2006).

7.2 Resultatene sett i lys av opplevelse av sammenheng (OAS)

Når informantene snakker om sin egen helse, sier de at de har god helse. Mye av grunnen til at de opplever å ha god helse, er fordi de mener de trener nok og spiser sunt. Thomas er unntaket her, han beskriver helsen sin som «bare» grei. Fordi han spiser junk food oftere enn det han mener han burde, mener han at han ikke kan si han har god helse. Samtidig opplever han at helsen hans er bedre enn den var for noen måneder siden, da han spiste mer junk food enn han gjør nå. Ved å se resultatene i lys av OAS, kan man sette spørsmålstegn ved om deres opplevelse av egen helse er god fordi de trener og spiser sunt. Kan det være en annen forklaring for at de opplever helsen sin slik de gjør? Om en person har en sterk OAS, så samsvarer det ifølge Antonovsky (2012) med å oppleve å være ved god helse, og OAS er sammensatt av opplevd begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det å være opptatt av

helse og å ta vare på helsen blir i dagens samfunn oppfattet som viktig (Malterud & Ulriksen, 2010), og informantene i denne studien forstår fysisk aktivitet og et sunt kosthold som viktig for helsen. Det er vanlig at ungdom i informantenes alder trener på treningssenter, og det å trene på treningssenter vil derfor innen informantenes begripelighet av sin livsverden forstås som en helt vanlig og fornuftig aktivitet å gjøre (Antonovsky, 2012; Malterud & Ulriksen, 2010; Seippel et al., 2011).

Håndterbarheten til informantene, av slik de begriper sin livsverden, er for det meste høy. Som nevnt skiller Thomas seg litt ut, han synes det kan være vanskelig å spise sunt nok. Han spiser ofte kebab, selv om han forstår det som negativt for helsen. Han opplever dermed at håndterbarheten av sin egen livsverden ikke er så god som den burde være. De andre informantene føler de har god nok kontroll over egen livsverden. Det betyr ikke at de opplever at de lever helt perfekt. De synes de har en livsstil som er bra nok, og at de har en god balanse i livet. Informantene synes det er givende å trene og spise sunt, og de føler de får det til og har fremgang. I tillegg opplever de at trening og et sunt kosthold er, og gir, god helse, noe som de anser som positivt. Dette gjør at det å trene oppleves som meningsfullt. Informantene synes det i hvert fall er *litt* viktig å ha god helse, og derfor er det rimelig å anta at det å oppleve at man har god helse er meningsfullt. Informantene kan derfor antas å ha en høy opplevd begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet av livene de lever, og dette gjør at de opplever at de har god helse. Kristoffer sier for eksempel at han føler han har god helse nå, fordi han spiser bra og trener mye for tiden. Ved å se resultatene i lys av OAS, vil det ikke nødvendigvis være treningen og kostholdet i seg selv som er helsefremmende, men forståelsen av at dette er bra, og opplevelsen av at man mestrer det. Dette ser Andreas ut til å påpeke: han sier det viktigste for helsen er å ha noe å bruke tiden på. Det forstår jeg som at han mener det viktigste er å ha noe meningsfylt i livet å gjøre, og akkurat hva det er, er ikke like viktig. Når informantene får til å leve på en måte de anser som bra og helsefremmende, og de anser det å ha god helse som viktig, synes det å bidra til en sterk OAS. Dette kan igjen fremme god helse. Samtidig vil hva som er meningsfullt kunne endre seg senere i livet, og det innebærer at helt andre ting enn fysisk aktivitet og et sunt kosthold kan oppleves som like helsefremmende i fremtiden, om informantene opplever høy begripelighet og håndterbarhet av det.

Antonovsky (2012) skriver om grenser innen OAS. Selv om ikke hele livsverdenen til en person er sammenhengende, kan man fortsatt ha en sterk OAS. Det som er avgjørende for å ha en sterk OAS, er at man har noen områder i livet som man interesserer seg for, og at disse

områdene er begripelige, håndterbare og meningsfulle. Man kan ha enten et stort eller snevert interessefelt, det har ikke noe å si for OAS. Man setter grenser for hva som er viktig for en, og dette kan endre seg gjennom livet og etter forutsetningene. Det som foregår innenfor disse grensene påvirker personens OAS, mens det som foregår på utsiden av grensene i mindre grad påvirker personens OAS. Antonovsky selv mener det er fire områder som alle mennesker bryr seg om og som påvirker deres OAS: «[...] *personens indre følelser, nære mellommenneskelige relasjoner, primære rolleaktivitet og eksistensielle tema (død, uunngåelig fiasko, personlige mangler, konflikt og isolasjon)*» (Antonovsky, 2012, s. 45). For å kunne ha en sterk OAS, er man ifølge Antonovsky (2012) nødt til å oppleve en viss grad av sammenheng på disse fire områdene. Fullkommen helse kan forstås som den rake motsetningen til alvorlig sykdom og død (Hofmann, 2014), og dermed kan det å ha god helse forstås som et eksistensielt spørsmål. Personlige mangler blir også nevnt av Antonovsky (2012) som et eksistensielt tema. På treningssentre og i samfunnet ellers, er det i dag en diskurs hvor helse i stor grad blir forstått som et fysisk anliggende, hvor utseende, fysisk aktivitet og kosthold forstås som noen av de viktigste faktorene for om man har god eller dårlig helse (Malterud & Ulriksen, 2010; Markula & Pringle, 2006). Med dagens fitnessdiskurs og fremstilling av helse, vil det å ikke ha den riktige kroppen, det å ikke trene nok, og det å ikke spise sunt nok, kunne oppleves som et eksistensielt anliggende: man opplever det som en personlig mangel om man ikke tar godt nok vare på helsen sin, og man risikerer sykdom, redusert livskvalitet og tidlig død (Antonovsky, 2012; Hofmann, 2014; Malterud & Ulriksen, 2010; Markula & Pringle, 2006). Dette er noe informantene snakker om: de knytter dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet til sykdom og dårlig helse. Om informantene i fremtiden ikke har mulighet eller ønske om å leve opp til fitnessdiskursens helseidealer, men det fortsatt er denne forståelsen de har av helse, vil dette kunne redusere deres OAS (Antonovsky, 2012; Markula & Pringle, 2006). Dermed vil de også kunne oppleve å ha en dårligere helse. Imidlertid skiller Antonovsky (2012) mellom sterk og rigid OAS. En sterk OAS er en fleksibel forståelse av egen livsverden, hvor man er i stand til å reflektere over og tilpasse seg uforutsette endringer. En rigid OAS er en «uekte» OAS, som er ufleksibel og dogmatisk, hvor man klamrer seg til verdensbildet sitt. Antonovsky skriver følgende om personer med en rigid OAS: «*Tror man at det finnes løsninger på alle problemer, blir man knust idet virkeligheten innhenter en. Evnen til å tilpasse seg den omskiftelige virkeligheten svekkes også når man investerer fullstendig og lidenskapelig i virkeligheten her og nå*» (Antonovsky, 2012, s. 47). Informantene i studien gir automatisk uttrykk for at de forstår helse som et hovedsakelig fysisk anliggende. Når de derimot tenker seg om, kommer det frem

andre aspekter ved livet som ser ut til å være vel så viktige. Det å leve på en måte man opplever som balansert, hvor man føler seg bra og har overskudd i hverdagen, er ting de trekker frem. Dette er i tråd med den «norske» helseforståelsen (Fugelli & Ingstad, 2014). Om informantene har en sterk OAS, vil fremtidige endringer i livssituasjon ikke påvirke deres OAS nevneverdig, fordi de vil reflektere over den nye livssituasjonen og tilpasse seg (Antonovsky, 2012). Om de derimot har en rigid OAS, vil de kunne forbli fanget i fitnessdiskursens helseidealer, selv om de ikke klarer å leve opp til dem (Antonovsky, 2012; Markula & Pringle, 2006). Dette vil da, med Antonovsky (2012) sine ord, kunne knuse dem. Imidlertid tyder resultatene i studien på at informantene er nærmere å ha en sterk OAS, heller enn rigid. Når informantene snakker om helse, omtaler de helse som både enkelt og komplisert. De opplever at de grunnleggende reglene for å få og oppleve god helse ikke er så vanskelige å forstå, for det passer inn i deres begripelighet og håndterbarhet: det er «bare» å spise sunn mat og være tilstrekkelig fysisk aktiv. Når det derimot dukker opp situasjoner som ikke passer inn i begripeligheten informantene har av sin livsverden, blir helse mer komplisert og vanskeligere å forstå. Flere av informantene snakker om forskjellige typer mat som de har forstått som sunne, men som har blitt omtalt som usunne på en eller annen måte i mediene. Informantene reflekterer over dette, og som Kristoffer sier: «[...] folk har jo levd lenge lissom, og spist bananer [...]». Informantene sier de velger å ikke bry seg noe om det, for man kan ikke unngå alle risikoer i livet. De opplever at folk flest har klart seg fint, selv om de har spist denne maten. Dette tyder på at informantene velger å avfeie det som ikke passer inn i deres begripelighet, og de anerkjenner at det å leve innebærer risiko. Når de gjør dette, vil de kunne ivareta begripeligheten og håndterbarheten sin, og dermed opprettholde sin OAS. Denne måten å reagere på *kan* være tegn på en sterk OAS, hvor informantene er fleksible og tilpasser ny informasjon inn i sitt verdensbilde. Samtidig kan det og være et tegn på en rigid OAS, hvor det som ikke passer inn i informantens verdensbilde avfeies. Enkelte av informantene reagerer imidlertid med å undersøke ting, når det dukker opp noe som ikke passer inn i deres begripelighet. Når de gjør det, opplever de økt begripelighet, som igjen gjør at de opplever en styrket håndterbarhet. Dette vil da være med og styrke informantenes OAS. Det er nå diskutert hvordan informantenes opplevelse av egen helse og deres helseforståelse er formet av deres OAS (Antonovsky, 2012), og ikke nødvendigvis fordi deres helseatferd er helsefremmende i seg selv. For å forklare en mulig årsak til at informantene har endt opp med den forståelsen de har i dag, vil jeg benytte meg av SCT.

7.3 Resultatene sett i lys av sosialkognitiv teori (SCT)

SCT er en teori som anerkjenner mennesker som tenkende skapninger, som tar valg som er påvirket av kognitive prosesser, oppførsel og miljøet rundt (Bandura, 1986). SCT består av punktene kunnskap, utfallsforventninger, målsetting, mestringsforventning og sosiostrukturelle faktorer. Med utgangspunkt i dette, brukes SCT til å forklare personers helseatferd (Bandura, 2004). Informantenes kunnskap om helse og hvordan man oppnår god helse, påvirker hvordan de forstår hva helse er, og hva som er helsefremmende og helseskadelig oppførsel. Kunnskapen til informantene om helse er først og fremst knyttet til helse som et objektivt, fysisk anliggende, men personlig velvære er også viktig. De forstår det slik at helse skapes gjennom en balansert livsstil, hvor man er tilstrekkelig fysisk aktiv, helst trener, og spiser sunt. Om man gjør dette vil man få god helse. Helse ses som noe fysisk, og når man får god (fysisk) helse, vil man oppleve personlig velvære. Dette er utfallsforventningene til informantene – fysisk aktivitet og et sunt kosthold gir god helse. Målsettingen informantene snakker om, er å være i god fysisk form, ha muligheten til å gjøre det de har lyst til og å nå målene sine. Om de lever på denne måten, mener de at de vil ha god helse i dag, og det vil også føre til god helse senere i livet. Informantene opplever at det ikke er altfor vanskelig å oppnå god helse, nettopp fordi de trener mye og spiser sunt. Dette gjør at de, når det gjelder helse, har en høy mestringsforventning. Igjen kan Thomas brukes som eksempel – han spiser junk food oftere enn hans kunnskap og utfallsforventning tilsier er bra for helsen, men han er usikker på i hvilken grad han klarer å redusere inntaket sitt. Thomas synes dermed å ha lavere mestringsforventning enn de andre informantene, som ikke har den samme diskrepansen mellom kunnskap, utfallsforventninger og mestringsforventning. De sosiostrukturelle faktorene er samfunnet rundt informantene, og disse påvirker deres forståelse av de andre faktorene. Informantene i studien trener alle på treningssenter, hvor fitnessdiskursens helseforståelse råder (Markula & Pringle, 2006). I tillegg er det mye fokus i mediene på helse som noe som er bestemt ut fra fysiske forutsetninger (Malterud & Ulriksen, 2010).

Kunnskap formes gjennom læring, og vi lærer gjennom erfaring og gjennom andre mennesker (Bandura, 1999). Mediene fokuserer på kropp, trening og kosthold som det som er viktig for helsen (Malterud & Ulriksen, 2010), og informantene selv sier at de lærer om helse via nettsider som skriver om trening og kosthold. I tillegg har de samtaler om trening og kosthold med andre, og da vil det ifølge SCT være rimelig å anta at informantenes kunnskap er formet av samfunnets fokus på helse – et fokus som henter mye av helseforståelsen fra

fitnessdiskursen (Fugelli, 2006; Malterud & Ulriksen, 2010; Markula & Pringle, 2006). I SCT bruker Bandura (1986) RCT til å forklare hvordan dette påvirker enkeltindividene i samfunnet og deres oppførsel, og hvordan individene og deres oppførsel påvirker samfunnet. Medier og andre aktører i samfunnet som snakker om helse, fokuserer på den fysiske kroppen og perfektjon av helsen (Fugelli, 2006; Malterud & Ulriksen, 2010), og det vil påvirke enkeltindividene i samfunnet (Bandura, 1986). Dette påvirker igjen enkeltindividenes oppførsel, og når mange nok mennesker deler et sett med ideer og utøver en spesifikk oppførsel, vil det igjen påvirke samfunnet. Det at samfunnet er såpass opptatt av de fysiske aspektene ved helse blir ifølge RCT en forsterkende spiral. Samfunnet omtaler fysisk helse fordi det er en sterk nok «helse-som-fysisk-diskurs» i befolkningen, noe som igjen blir påvirket av samfunnets portrettering av fysisk helse. Det er dermed forståelig at informantene forstår helse slik de gjør. Fredrik snakker om hvordan samfunnet legger press på ungdommer, om hvordan mange føler de må være perfekte. Han snakker om hvordan det er viktig å gå imot presset, om man er uenig i presset samfunnet legger på befolkningen. Begrensningen med dette perspektivet, skriver Bandura (1986), er at enkeltindividet alene har en begrenset evne til å påvirke miljøet rundt. Én person mot resten av samfunnet blir som en dråpe i havet. Derimot, når mange enkeltindivider går sammen og innfører en oppførsel som går imot samfunnet, vil dette kunne føre til endringer. Sett i lys av dette har Fredrik helt rett: om man er uenig i de verdiene samfunnet pålegger oss, er det vanskelig å endre samfunnet om man står på sidelinjen og spiller etter samfunnets «regler» og forventer at andre skal endre ting. Om man derimot er villig til å stå opp og gå imot samfunnet, vil man kunne påvirke samfunnet rundt seg, om enn i liten grad. Her kan man dele opp samfunnet i mindre elementer. Fredrik, som sier han er imot det presset samfunnet legger på befolkningen, er tydelig på sitt standpunkt om at alle skal få være den de selv måtte ønske å være. Folk må få finne ut hva de selv ønsker med livene sine, og så sette egne mål deretter.

Samfunnet er i stor grad påvirket av fitnessdiskursen (Fugelli, 2006; Markula & Pringle, 2006), og informantene synes i stor grad å ha adoptert dens forståelse av helse. Informantene lærer av samfunnet at fysisk aktivitet og kosthold påvirker helsen, samt at deres erfaringer samsvarer med denne oppfatningen. Det vil derfor være denne forståelsen av helse de forfekter til menneskene rundt seg, hvilket vil kunne styrke fitnessdiskursens posisjon i samfunnet (Bandura, 1986). Dette er ikke nødvendigvis negativt – om man klarer å leve opp til fitnessdiskursens idealer (Markula & Pringle, 2006). Problemet oppstår når mennesker tror fitnessdiskursens idealer er nøkkelen til å oppnå god helse, men har lav mestringsforventning

og dårlige utfallsforventninger til gjennomføringen av idealene om mye trening og «riktig» kosthold. Det vil kunne føre til dårlig samvittighet for at man ikke klarer å leve opp til samfunnets helseideal (Fugelli, 2006). Dette kan igjen føre til langvarig stress, og dermed negative helseutfall (McEwen, 1998; Ursin & Eriksen, 2004). Dette gir økt sannsynlighet for redusert mestringsforventning, som gir økte nivåer av stresshormoner, som kan gi fysiske utslag, som igjen forverrer den kognitive funksjonen, osv. Kroppen og tankene påvirker hverandre, og mange av de fysiske negative helseutfallene som informantene snakker om, som de akkrediterer til en usunn livsstil med dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet, trenger ikke skyldes disse faktorene. En livsstil med mye langvarig stress, for eksempel på grunn av lav opplevelse av mestring av samfunnets forventninger, vil kunne føre til mange av de samme negative helseutfallene som lite fysisk aktivitet og usunt kosthold (Helsedirektoratet, 2014; Ursin & Eriksen, 2004).

7.4 Metodediskusjon

Innenfor all forskning er målet å finne ny og sannferdig kunnskap om fenomener i verden, og da er det et krav at kunnskapen skal være objektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Objektivitet beskrives på forskjellige måter innen kvantitativ og kvalitativ metode. Innen de kvantitative metodene blir objektivitet forstått som at alle forforståelser er lagt til side, og at resultatene som kommer frem er den *reelle* virkeligheten, ubesudlet av forskerens subjektive meninger. De kvalitative metodene, derimot, er avhengige av forskerens subjektive forståelse og fortolkning, og dette er noe disse metodene har blitt kritisert for opp igjennom årene. Denne kritikken har nå de fleste lagt fra seg, og innenfor kvalitative retninger forstås objektivitet på en annen måte enn innenfor kvantitativ metode. I den kvalitative forskningen blir objektivitet sett på som «frihet fra ensidighet, [...] som refleksivitet med hensyn til forutsetninger, som intersubjektiv konsensus, som objektets tilstrekkelighet og som objektets evne til å protestere» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 247). Objektivitet som frihet fra ensidighet innebærer at forskeren er tydelig på sine fremgangsmåter og metodiske valg, slik at resultatene fra forskningen kan etterprøves og kontrolleres av andre. Objektiv refleksivitet betyr at man som forsker reflekterer over og er tydelig på hvordan man påvirker forskningsresultatene gjennom at man er et menneske med egne erfaringer og forståelser av verden og de fenomenene man undersøker. Objektivitet som intersubjektiv konsensus kan oppnås ved det som kalles kommunikativ validering, hvor informantene og andre forskere får ta stilling til resultatene og er enige i fremstillingen. Objektets tilstrekkelighet betyr at man har et objekt (les: informant) som er skikket til å besvare fenomenet som undersøkes, og objektets evne til å protestere

innebærer at informanten har mulighet til å være uenig med forskeren og uttrykke seg på sin egen måte.

7.4.1 Reliabilitet

Om funnene i en intervjustudie ville vært like om en annen forsker hadde gjennomført studien, så er reliabiliteten i resultatene høy (Kvale & Brinkmann, 2009). For at en studies reliabilitet skal kunne bedømmes, er det viktig at fremgangsmåtene som er brukt til å finne/skape resultatene kommer tydelig frem. Dette er både slik at andre forskere skal kunne gjennomføre en tilsvarende studie med så lik fremgangsmåte som mulig, men også for at leseren skal kunne gjøre seg opp en mening av om studien er gjort på en måte som besvarer det den forsøker å besvare, ved at styrkene og svakhetene ved gjennomføringen kommer frem. Om dette er tydelig, vil leseren selv kunne bedømme om resultatene er troverdige. Samtidig som det er ønskelig med en høy reliabilitet for resultatene, skriver Kvale og Brinkmann (2009) at om man blir i overkant fokusert på reliabiliteten, vil det kunne redusere forskerens kreativitet og spillerom, og man vil dermed kunne gå glipp av spennende uttalelser. Det er ønskelig at det kvalitative intervjuet føles som en samtale mellom to personer og ikke en gravende utspørring. Blir man for opphengt i det tekniske kun for reliabilitetens skyld, vil man kunne gå glipp av spennende og ny informasjon. De valgene som tas vil ikke alltid følge et fast oppsett, det kan for eksempel være at intervjueren får en fornemmelse av at noe informanten sier er viktig å følge opp. Denne avhengigheten av forskerens personlige egenskaper kan være en fallgrube innenfor kvalitativ metode om den blir for omfattende. Imidlertid kan den også være en styrke, ved at forskeren lar sin forståelse av menneskelig interaksjon slippe til. Slik vil man kunne være med og skape ny og relevant kunnskap som ville forblitt uoppdaget, om man skulle fulgt et ferdiglaget oppsett til punkt og prikke. Hvor grensen går for hva som er passende, er ikke mulig å si på forhånd. Det er derfor viktig at forskeren gjør en så god jobb som mulig med å dokumentere veivalgene sine i etterkant, slik at leseren av studien selv kan avgjøre om resultatene er gyldige og til å stole på. Jeg har forsøkt å finne denne dynamikken som Kvale og Brinkmann (2009) beskriver. Selve intervjusituasjonen beskriver jeg i kapittel 5.5, hvor jeg viser hvordan jeg har gått frem med selve datainnsamlingen. Der kommer det frem at den ønskede dynamikken til tider manglet. I arbeidet med transkripsjon og analyse av datamaterialet har jeg lagt merke til flere uttalelser jeg burde ha fulgt opp. Særlig det ene intervjuet er jeg misfornøyd med. Jeg hadde problemer med å finne relevante oppfølgingsspørsmål, og jeg var raskt igjennom intervjuguiden. Uttalelser som ikke er fulgt opp er muligheter til å fremskaffe ny informasjon som er gått

glipp av (Kvale & Brinkmann, 2009). På den annen side, så var jeg oppmerksom på å unngå ledende spørsmål, for å unngå å styre informantene inn på helseforståelser som de ikke nødvendigvis tenker på selv. Denne forsiktigheten mot å påvirke uttalelsene deres kan ha gjort at jeg har gått glipp av uttalelser. Samtidig kan det ha gjort at informantenes forståelse av helse, slik de forstår helse til daglig, er fanget opp. Fremfor at informant og intervjuer sammen konstruerer en helseforståelse, mener jeg studien har klart å få fram *informantenes* helseforståelse. Samtidig som jeg har gått glipp av potensielt ny kunnskap ved å ikke utfordre helseforståelsen deres, mener jeg studien har oppnådd datametning. Selv om det kun er seks informanter, er det mye av det samme som går igjen, og det styrker studiens funn. Med flere informanter ville det kunnet blitt et mer nyansert bilde av helseforståelsen til informantgruppen, men det er ikke sikkert det ville dukket opp noe nytt. Dette støttes også av at resultatene i studien er i tråd med tidligere forskning (Lubans & Cliff, 2011; Powell & Fitzpatrick, 2015; Walseth et al., 2015; Wright et al., 2006). Min forforståelse blir presentert i kapittel 5.1.1, og fremgangsmåtene for studien blir presentert i kapittel 5. Leseren får slik muligheten til selv å gjøre seg opp en mening om forforståelsen min har påvirket utfallet av studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

7.4.2 Validitet

Validiteten i en studie bestemmes av hvorvidt resultatene og slutningene som blir trukket er korrekte og berettigete, og kan også beskrives som *gyldigheten* i resultatene (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) trekker frem tre former for validering, validitet som håndverksmessig kvalitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet.

Validitet som håndverksmessig kvalitet

For at resultatene fra en studie skal kunne anses som valide, er det viktig at forskeren gjør et faglig godt arbeid med metoden (Kvale & Brinkmann, 2009). Det innebærer at de valg og avgjørelser som er tatt av forskeren gjennom hele forskningsprosessen kommer tydelig frem i teksten. Slik kan leseren forstå hvordan resultatene har oppstått, og at de valgene som er tatt argumenteres for på en opplysende måte. Om de valgene som er tatt igjennom arbeidet med studien ikke kommer tydelig frem, er det vanskelig for en leser å forstå hvordan slutningene det er kommet frem til har oppstått. Leseren vil ikke kunne si om resultatene er et resultat av forskerens synsing, eller om det er blitt benyttet legitime metoder. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at valideringen av en studie er en kontinuerlig prosess gjennom hele arbeidet, og dette krever at forskeren tenker nøye igjennom hva som skal til for at resultatene skal kunne anses som valide.

En potensiell svakhet ved gjennomføringen av studien, og som kan svekke validiteten i resultatene, har med rekrutteringen og måten jeg la opp intervjuene på. Studien ble annonsert som en studie om trening og helse, og dette kan ha penset informantene mer inn på koblingen mellom trening og helse, enn helse generelt. I tillegg ble alle intervjuene startet med spørsmål om det å trene på treningssenter. Dette kan også ha gjort at informantene snakket mer om trening enn de ellers ville gjort. Samtidig kan det at jeg startet intervjuene med å stille spørsmål om informantenes treningsbakgrunn ha gjort at informantene ble mer komfortable i intervjurollen, og dermed følte seg tryggere med intervjusituasjonen. På denne måten kan dette også ses som en styrke for studien.

Kommunikativ validitet

Den kommunikative validiteten handler om hvorvidt leseren blir overbevist om at resultater og konklusjoner i studien er fornuftige og holdbare, gjennom at fremgangsmåtene som er brukt blir kommunisert på en tydelig måte (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskningsrapporters formål er å videreformidle informasjon som skal bidra til en fornuftig diskusjon om et tema. Da er det viktig at det forskeren ønsker å formidle er tydelig, og at argumentene til forskeren er basert på en rasjonell og logisk oppbygning. Det forskeren ønsker å formidle er forskningsresultatene sine, og argumentene til forskeren bygges gjennom å ha en tydelig fremgangsmåte til resultatene. Når dette kommer tydelig frem, vil lesere av forskningsrapporten se hvordan forskeren har kommet frem til resultatene. Ved å la informantene få mulighet til å lese igjennom transkripsjon og eventuelt også analysen, vil de kunne ta stilling til om de er enige eller uenige i om de har blitt fremstilt riktig, og kalles for medlemsvalidering. Alle informantene fikk sitt transkriberte intervju oversendt per epost. De fikk forklart at om de ønsket å lese igjennom og endre eller trekke noen av uttalelsene sine, skulle de bare si ifra. To av informantene ga tilbakemelding om at de ønsket noen mindre endringer, hvilket jeg gjorde. Når analysens sammenfatning er ferdigstilt, er det blitt gjort en videre fortolkning som kan gå utover informantens egen oppfattelse av sine utsagn (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne fortolkningen skal være basert på «sunn fornuft». For å oppnå en validering av dette kan forskeren benytte en publikumsvalidering, hvor en eller flere personer uten særskilt kjennskap til forskningstemaet validerer at fortolkningene er innenfor rimelighetens grenser. Dette har jeg gjort, ved å la en bekjent lese igjennom fortolkningene mine og intervjuene (som var anonymisert). Leseren er enig i at fortolkningene mine er rimelige. Til slutt vil resultatene fortolkes innen et teoretisk rammeverk, og da vil en forskervalidering styrke validiteten av studien, ved at en eller flere personer innenfor fagfeltet

leser over og anerkjenner at gjennomføringen er valid (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har hatt en tett dialog med veileder gjennom hele arbeidsprosessen, som har utfordret meg og fått meg til å kritisk reflektere over valgene mine.

Pragmatisk validitet

Pragmatisk validitet betyr at funnene i en studie kan brukes til noe i praksis (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette gjør pragmatisk validitet til noe politisk og moralsk, hvor man ønsker å bruke resultatene til å gjøre verden til et litt bedre sted. Om funnene i en studie kan benyttes til å forbedre noe, for eksempel helsepolitikk, og dette blir gjort og fungerer i praksis, vil det være en form for pragmatisk validitet som styrker «sannhetsgehalten» i studiens resultater. Jeg mener resultatene i studien vil kunne brukes i fremtidig folkehelsearbeid. Informantene forstår intuitivt helse som et fysisk anliggende. Samtidig, når informantene får tid til å reflekterer over helsebegrepet, kommer det frem at helse også innebærer et mentalt aspekt. Informantene må bare inn i en situasjon hvor de reflekterer over helse først. Dermed kan denne studien være med og veilede fremtidig helseopplysning. Den pragmatiske validiteten i studien vil ikke kunne sies noe om på dette tidspunktet, siden de ikke er implementert i praksis (Kvale & Brinkmann, 2009). Om resultatene derimot blir brukt i fremtidig arbeid, vil det kunne styrke eller svekke validiteten i studien.

7.4.3 Generaliserbarhet

Innen kvalitativ forskning ønsker man at resultatene av en studie skal være mulige å brukes i en analytisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009). En analytisk generalisering er når man ser an forholdene en studie har vært gjennomført under, og gjør en overveielse av om resultatene fra studien vil kunne overføres til å si noe om en annen situasjon. Det skilles mellom en forskerbasert og en leserbasert analytisk generalisering. Den forskerbaserte analytiske generaliseringen innebærer at forskeren gir det Kvale og Brinkmann (2009) kaller en «tykk beskrivelse», hvor detaljene rundt studien er nøye beskrevet, og forskeren argumenterer for overførbarheten til resultatene. Denne «tykke beskrivelsen» er gitt ved at fremgangsmåtene for studien er beskrevet i kapittel 5, og beskrivelse av informantgruppen er gjort i kapittel 6.1. Det kan være grunn til å anta, basert på at fitnessdiskursens helseforståelse ser ut til å være utbredt blant barn og unge i den vestlige verden i dag (Markula & Pringle, 2006; Powell & Fitzpatrick, 2015; Walseth et al., 2015; Wright et al., 2006), at denne studiens resultater vil ha overførbarhet til lignende situasjoner; informantenes helseforståelse vil antakeligvis gjelde i større eller mindre grad hos tenåringsgutter som aktivt har valgt å trene på treningssenter. Om denne helseforståelsen gjelder for tenåringsgutter som ikke trener aktivt

på treningssenter, er imidlertid ikke sikkert. Leseren vil kunne se an beskrivelsen av forskningssituasjonen og argumentene mine, og vil ha tilstrekkelig informasjon til å gjøre seg opp en mening av om resultatene kan overføres til andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne metodediskusjonen er de kvalitative metodenes krav til objektivitet beskrevet og oppfylt. Studien er *fri for ensidighet* og den utviser *refleksivitet med hensyn til forutsetninger* gjennom at den inneholder en beskrivelse av min forforståelse, og fremgangsmåtene og valg som er tatt underveis er presentert. Studien oppfylder kravet om *intersubjektivitet* ved at medlemsvalidering, publikumsvalidering og forskervalidering er benyttet. Medlemsvalideringen har også gitt *objektet evne til å protestere*. Kvalitativt forskningsintervju er en passende metode til å belyse studiens formål, hvilket gir *objektets tilstrekkelighet*. Ved at disse kravene til objektivitet er oppfylt, vil leseren selv kunne ta stilling til resultatene og overførbarheten til andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Dermed ligger forholdene til rette for en leserbasert analytisk generalisering.

8.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Jeg har i denne oppgaven presentert argumenter for at dagens helseforståelse er farget av det kartesianske verdensbildet (Leder, 1998). Det gjelder også folkehelsearbeidet, som i lang tid har forsøkt å forbedre befolkningens helse gjennom å redusere og forhindre forekomsten av somatisk sykdom (Fugelli, 2006). Dagens unge som trener på treningsstudio tilbringer i tillegg deler av fritiden sin på en arena som er farget av fitnessdiskursens helseforståelse (Markula & Pringle, 2006). Formålet med studien har vært å undersøke hvordan gutter som trener på treningssenter forstår helse og hvilke faktorer de mener påvirker helsen. For å undersøke dette, har studiens problemstilling vært *«hva forstår gutter i 17-19 års alder som trener på treningssenter at god helse er, og hva mener de påvirker helsen?»*. Svaret på denne problemstillingen, basert på studiens resultater, er at informantene ser ut til å forstå god helse som både et objektivt og et subjektivt anliggende. Deres helseforståelse er intuitivt knyttet til helse som et fysisk anliggende, og inkluderer både objektive og subjektive mål. Blodverdier og blodtrykk blir forstått som objektive mål på helse, mens opplevelsen av god funksjon i hverdagen er et viktig subjektivt mål. Når informantene reflekterer over helsebegrepet, nyanseres derimot helseforståelsen deres. Personlig velvære og å leve på en måte man er tilfreds med, mener de er viktige aspekter for å oppleve god helse. Dette innebærer at man er tilfreds med det livet man lever, og opplever at det er balanse. Imidlertid, det informantene forstår og mener er det som påvirker helsen, er tiltak som forbedrer den fysiske helsen; fysisk aktivitet og sunt kosthold. Ved å være strukturert og ha selvdisciplin til å være tilstrekkelig fysisk aktiv og spise sunt nok, mener de man vil få god helse. Om dette derimot mangler, vil det føre til dårlig helse.

Der tidligere forskning har funnet tegn på en helseforståelse blant ungdom som kan beskrives som unyansert og rigid (Jáuregui-Lobera et al., 2013; Lubans & Cliff, 2011; Slater & Tiggemann, 2011), kommer et litt annet bilde frem i denne studien. Informantene ser ut til å forstå helse på en måte som til dels kan nærme seg en holistisk helseforståelse. Likevel, denne helseforståelsen blir de seg ikke bevisste på, før de reflekterer over helsebegrepet, og allikevel vender helseforståelsen deres ofte tilbake til fysisk helse. Som en av informantene sier, har han vokst opp med å høre at de som er fysisk spreke har god helse. Da er det rimelig at det er dette han umiddelbart forbinder med god helse.

Resultatene i denne studien viser at informantene opplever å ha en god forståelse av hvordan de skal ivareta og forbedre den fysiske helsen. Dagens ungdom er i dag jevnt over sunnere, ved at de trener mer, spiser sunnere og bruker færre rusmidler enn tidligere (Samdal et al.,

2016). Det tyder på at folkehelsearbeidet har økt forståelsen av den objektive, målbare helsen i befolkningen. Imidlertid forstår informantene intuitivt helse som et fysisk anliggende, og når de snakker om mental helse, utviser de usikkerhet. Dette kan tyde på at fitnessdiskursens helseforståelse og folkehelsearbeidets fokus på forebygging av somatisk sykdom (Fugelli, 2006; Markula & Pringle, 2006) har ført til at dagens tenåringsgutter som trener på treningssenter automatisk tenker på helse som et fysisk anliggende. Det er først når informantene reflekterer over helse at den subjektive opplevelsen av helse kommer fram. Mange av dagens ungdom trener på treningssenter (Seippel et al., 2011). Det er ikke mulig å si hvor mange av dem som kommer til å reflektere over helsebegrepet, men det er rimelig å anta at mange *ikke* vil gjøre det. Det kan da tenkes at et for stort fokus på objektiv fysisk helse kan føre til at deler av befolkningen vil kunne oppleve et press på å leve opp til slike helseidealer, som ikke nødvendigvis er deres egne. Dette kan føre til bekymring, og kan gå ut over den subjektivt opplevde helsen (Fugelli, 2006). Fremtidig forskning, folkehelsearbeid og helsekampanjer anbefales derfor å fokusere på en mer holistisk helseforståelse. Det vil kunne påvirke ungdommers intuitive helseforståelse til å inkludere en bredere og mer sammensatt forståelse av helsebegrepet, som potensielt kan gi flere muligheten til å oppleve god helse.

Referanseliste

- Andersen, P. L., & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015*. Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/104307/2425558/file/Nettutgave-Ung-i-Oslo-Rapport-8-15-26-august.pdf>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184. doi: 10.1037/0003-066X.44.9.1175
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. doi: 10.1111/1467-839X.00024
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2012). Symptoms of Eating Disorders, Drive for Muscularity and Physical Activity Among Norwegian Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 287-293. doi: 10.1002/erv.1156
- Caprona, Y. C. d. (2013). *Norsk etymologisk ordbok : tematisk ordnet*. Oslo: Kagge.
- Constitution of the World Health Organization*. (1946). Hentet fra <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Folkehelseinstituttet. (2016a). *Folkehelseprofil Asker 2016*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=93946>: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0220&sp=1&PDFaar=2016>
- Folkehelseinstituttet. (2016b). *Folkehelseprofil Bærum 2016*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=93946>: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0219&sp=1&PDFaar=2016>
- Frew, M., & McGillivray, D. (2005). Health clubs and body politics: Aesthetics and the quest for physical capital. *Leisure studies*, 24(2), 161-175.
- Fugelli, P. (2006). The Zero-vision: Potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 267-271. doi: 10.1016/j.pec.2005.11.002
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk : god helse slik folk ser det* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hajer, M., & Versteeg, W. (2005). A decade of discourse analysis of environmental politics: Achievements, challenges, perspectives. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 7(3), 175-184. doi: 10.1080/15239080500339646
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (Optrykk.
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jáuregui-Lobera, I., Ezquerro-Cabrera, M., Carbonero-Carreño, R., & Ruiz-Prieto, I. (2013). Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. [Article]. *Nutrients*, 5(11), 4486-4502. doi: 10.3390/nu5114486
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger : helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leder, D. (1998). A Tale of Two Bodies: the Cartesian Corpse and the Lived Body. I D. Welton (Red.), *Body and flesh : a philosophical reader* (s. 117-129). Malden, Mass: Blackwell.
- Lubans, D. R., & Cliff, D. P. (2011). Muscular fitness, body composition and physical self-perception in adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14(3), 216-221. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2010.10.003>

- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). "Norwegians fear fatness more than anything else" - A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 47-52. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.022
- Markula, P., & Pringle, R. (2006). *Foucault, sport and exercise : power, knowledge and transforming the self*. New York: Routledge.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Neumann, C. E. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Paek, H.-J., Reber, B. H., & Lariscy, R. W. (2011). Roles of Interpersonal and Media Socialization Agents in Adolescent Self-Reported Health Literacy: A Health Socialization Perspective. *Health Education Research*, 26(1), 131-149. doi: 10.1093/her/cyq082
- Powell, D., & Fitzpatrick, K. (2015). 'Getting fit basically just means, like, nonfat': children's lessons in fitness and fatness. *Sport, Education and Society*, 20(4), 463-484. doi: 10.1080/13573322.2013.777661
- Racioppi, F., Cavill, N., & Kahlmeier, S. (2006). *Physical activity and health in Europe : evidence for action*.
- Riiser, K., Løndal, K., Ommundsen, Y., Misvær, N., & Helseth, S. (2015). Targeting and tailoring an intervention for adolescents who are overweight. *Nursing Ethics*, 22(2), 237-247. doi: 10.1177/0969733014524761
- Samdal, O., Mathisen, F., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen, A.-S., Larsen, T., . . . Årdal, E. (2016). Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land» (B. HEMIL-Rapport 1/2016): HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen. (Opptrykk.
- Seippel, Ø., Strandbu, Å., & Sletten, M. A. (2011). Ungdom og trening *Endring over tid og sosiale skillelinjer*. (Opptrykk.
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2011). Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns. *Journal of Adolescence*, 34(3), 455-463. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.06.007>
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tulle, E., & Dorrer, N. (2012). Back from the brink: ageing, exercise and health in a small gym. *Ageing and Society*, 32(7), 1106-1127. doi: 10.1017/S0144686X11000742
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- 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*, 1-18. doi: 10.1080/13573322.2015.1050370
- World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Wright, J., O'Flynn, G., & Macdonald, D. (2006). Being Fit and Looking Healthy: Young Women's and Men's Constructions of Health and Fitness. *A Journal of Research*, 54(9), 707-716. doi: 10.1007/s11199-006-9036-9

Vedlegg

Vedlegg I – Intervjuguide

Introduksjon

- Kan du fortelle meg litt om hvorfor du trener på treningssenter?
- Og hva var grunnen til at du startet på treningssenter i utgangspunktet?
- Hvor lenge har du trent på treningssenter, og hvor ofte trener du?
- Er det viktig for deg å trene på treningssenter?

Om begrepene sunn/usunn

- **Kan du fortelle hva du ser på som en sunn livsstil?**
 - o Hva «må» man gjøre for å kunne kalle seg sunn?
- Og hva ser du på som en usunn livsstil?
- Hvordan tror du det er å leve på disse to forskjellige måtene?
 - o Moro, slitsomt, givende, lett, vanskelig?
- **I hvilke situasjoner føler *du* deg sunn og usunn?**
 - o Er det noen spesielle ting du gjør som får deg til å føle deg spesielt sunn eller usunn?

Om begrepet helse

- **Hva tenker du på når det blir snakket om god helse?**
 - o Hva legger du i det å ha god helse?
- Hva tenker du er viktig for å få god helse?
 - o Er det noen «ingredienser» som må være i livet for å kunne ha god helse?
- Tror du det er vanskelig å oppnå god helse? Ja/nei - På hvilken måte?
- Og hva tenker du fører til dårlig helse?
- Hvordan opplever du din egen helse?
- **Når føler du at du har god helse?**
 - o F. eks. når du har fremgang på trening, når du har overskudd, når du har det gøy, når du får til noe vanskelig, når du får gode karakterer ...
- Får du noen ganger en følelse av at du har dårlig helse eller at du har gjort noe som er dårlig for helsen di? I så fall, hva?
- Hvor langt er du villig til å gå for å oppnå en god helse?

- Hvor mye innsats/tid vil du legge ned for å føle at du har god helse?
- Og hvor langt er du villig å gå for å unngå dårlig helse?
 - Hvor mye innsats/tid vil du legge ned for å ikke føle at du har dårlig helse?

Om arenaer for helseinformasjon

- **Hvor lærer du om helse?**
 - F. eks. skolen, aviser, blogger, sosiale medier, nettsider, etc. ...
- Hvem synes du gir god informasjon om helse og sunnhet?
 - Hvem føler du gir helseinformasjon som du kan stole på?
- Hva er grunnen til at du stoler på ...?
- Hva synes du er viktig å få frem om helse, og hvordan burde det presenteres?
 - Hva burde de som snakker om helse fokusere på?

Om opplevelsen av sammenhengen mellom helse og en sunn livsstil

- **Føler du at den helseinformasjonen du kommer over er lett å forstå?**
 - Hva er det som gjør at den er lett/vanskelig å forstå?
- Blir du noen ganger overrasket over informasjon om hva som er sunt og usunt?
 - I så fall, hva er det som overrasker deg? / hvorfor blir du ikke overrasket?
- Blir du noen ganger forvirret over informasjon om hva som er sunt og usunt?
 - Hva er det som forvirrer deg? / hvorfor blir du ikke forvirret?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Helseperspektivet til gutter som trener på treningssenter”

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Håkon Boman Andresen, og jeg er masterstudent ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU). Jeg skal gjennomføre en studie i forbindelse med min masteroppgave i Folkehelsevitenskap, hvor studiens formål er å undersøke gutter som trener på treningssenter sitt syn på helse og trening.

Du blir forespurt om å delta i denne studien fordi du er i den aktuelle målgruppen for studien, som er gutter i alderen 16-19 år som har trent på treningssenter regelmessig i minst seks måneder.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien er en intervjustudie, og innebærer at du som deltaker stiller opp på ett intervju, anslått til å vare i 45-60 minutter. Intervjuet vil handle om hvordan du oppfatter trening og helse, og vil bli tatt opp som lydopptak. Vi blir enige om hvor intervjuet skal skje.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og veilederen min som vil ha tilgang til dine personopplysninger. Du og all informasjon som kan benyttes til å identifisere deg, vil bli anonymisert. Personopplysningene om deg vil bli oppbevart utilgjengelig for andre, og kun lydopptaket av intervjuet vil legges inn på datamaskin, resten av personopplysningene vil oppbevares på papir. Når lydopptaket skrives ut, vil du bli omtalt under et alternativt navn, og ingen andre enn masterstudenten og veilederne vil vite hvem som er hvem, slik at du ikke vil kunne bli gjenkjent i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2016. Lydopptaket av intervjuet og alle personopplysninger om deg vil da bli slettet/destruert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Håkon Boman Andresen, tlf. 924 49 582, e-post: hakandre@nmbu.no. Veileder Knut Løndal tlf. 67 23 73 11 e-post: knut.londal@hioa.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg III - Rekrutteringsannonse

Forskningsprosjekt om trening og helse søker deltakere

I forbindelse med min masteroppgave i folkehelsevitenskap ønsker jeg å komme i kontakt med gutter i alderen 16-19 år som har trent på treningssenter i minst 6 måneder. Jeg ønsker å undersøke hvordan gutter i denne alderen ser på temaer som helse og trening. Deltakelse i prosjektet innebærer å stille til ett intervju med varighet på 30-60 minutter.

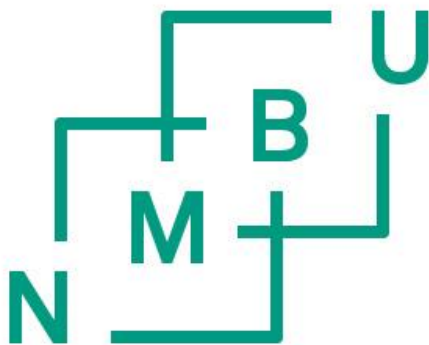
Alle deltakere vil være anonyme, og det er mulig å trekke seg når som helst, uten spørsmål.

Om dette er noe du kunne tenke deg å være med på, eller om du kjenner noen som du tror kunne vært interessert i å delta i dette prosjektet, ta kontakt med meg for mer informasjon.

Håkon Boman Andresen

Mobil: 924 49 582

E-post: hakandre@nmbu.no



**Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet**



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway