

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

Institutt for ILP

Masteroppgave 2014  
30 stp

# Helse - slik barn ser det

## Master i Folkehelsevitenskap

Hilde Ericsson

## Forord

Denne masteroppgaven på 30 studiepoeng, er skrevet som en avsluttende oppgave for et toårig masterstudie i Folkehelsevitenskap på totalt 120 studiepoeng. Jeg har deltatt ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet ved Ås, mens deler av undervisningen (5 studiepoeng i vitenskapsteori og 10 studiepoeng i forskningsmetode), har vært gjennomført ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det sto meg fritt i å velge tema innenfor folkehelsens rammer. Jeg ble gjennom studieperioden spesielt fascinert av ulike forståelser av helsebegrepet. Helse har til alle tider vært en essensiell verdi for mennesket. Teoretikere har lagt mye flid i formulere universelle helsedefinisjoner. Et interessant spørsmål er om disse fagstyrte definisjonene og favner folks meninger og forestillinger om helse. Jeg har med utgangspunkt i dette, fordypet meg i helsebegrepet ved å intervjuer en gruppe barn mellom 11 og 13 år. Hvilken sosioøkonomisk gruppe barna tilhørte, tenkte jeg ville gi ulik innfallsvinkel på svarene de gav under intervjuene. Tanken var derfor å intervjuer noen barn med en annen kulturbakgrunn, i tillegg til barn i et tradisjonelt norsk oppvekstmiljø. Dette for å se eventuelle forskjeller i synet på helse. Dessverre fikk jeg ikke dette med i studien, da responsen uteble fra de skoler og familier jeg sendte forespørsel til på Oslo Øst. De syv informantene som er med i studien, er alle fra samme skole i Akershus. Barna har derfor noenlunde samme sosioøkonomiskbakgrunn, og dataene bærer preg av dette.

Å skrive en masteroppgave krever mye tid og oppmerksomhet. Jeg startet med masterutdannelsen høst 2010, og har tatt studie på deltid ved siden av full jobb i barnevernet. Jeg ønsker spesielt å takke min tidligere veileder professor Camilla Martha Ihlebæk, som var pådriver og initiativtaker for tema til denne oppgaven. Dessverre ble hun syk og dermed ute av dette prosjektet. Videre vil jeg takke Ruth Kjersti Raanas som overtok veiledningen, og som har hjulpet meg gjennom arbeidet. En stor takk til mine syv informanter, fire gutter og tre jenter i alderen 11-13 år, som lot seg intervjuer og satte av tid til dette. Jeg vil også gi en stor takk til familie og venner som har hjulpet meg å ro dette i land. Jeg kan se tilbake på en lærerik periode i mitt liv, og jeg håper at jeg har bidratt til å utvide forståelse av barns tanker om hva som gir god helse. Jeg håper at leseren vil finne mine funn interessante og lærerike, og oppgaven spennende å lese.

## Sammendrag:

**Bakgrunn:** Den til enhver tid gjeldende definisjonen av helse er retningsgivende for hvordan man forstår helsebegrepet. Den gir både individuelle og samfunnsmessige føringer for hvordan man fortolker og handler i forhold til hva som skal til for å oppnå god helse. Det er svært mange innfallsvinkler til å forstå helse. I folkehelsearbeid er det vanlig å benytte begrepene *helsefremmende arbeid*, og *sykdomsforebyggende arbeid*. Det sykdomsforebyggende arbeid handler om å hindre sykdom, skade og tidlig død, mens det helsefremmende arbeid handler om å *fremme folks helse*, samt bidra til at det blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Det kan være samfunnsmessige, miljømessige, kulturelle, sosiale og individuelle påvirkningsfaktorer for god eller dårlig helseutvikling. I det helsefremmende arbeidet er *brukermedvirkning* en viktig faktor. Ideen bak det helsefremmende arbeid, er tanken om at den *enkelte* og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over helsen. På tross av myndighetenes vektlegging av *brukermedvirkning* er det lite kunnskap om hvordan barn og unge forstår helse.

**Formål:** Målet med oppgaven har derfor vært å få dypere innsikt i barns forståelse av helsebegrepet. Studiens problemstilling er: «Hvordan betrakter et utvalg barn helsebegrepet, og hvilke faktorer vektlegger de som betydningsfulle for god eller dårlig helse?». Studien er ment som et bidrag til å tilkjenne barn eiendomsrett og definisjonsmakt over egen helse. Jeg tenker i tillegg at studien kan være til nytte for kommunikasjon. God kommunikasjon krever at man har innsikt i hverandres tanker, forestillinger og verdier, noe som er viktige elementer i det helsefremmende arbeidet.

**Metode:** Det er benyttet en kvalitativ tilnærming i denne studien basert på et fenomenologisk-hermeneutisk design. Individuelle intervju basert på en strukturert intervjuguide ble gjennomført med syv barn mellom 11 og 13 år, hvorav fire var gutter. Materialet ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Ut ifra undersøkelsen viser hovedfunnene at barnas helsebilder var sterkt påvirket av samfunnet de var en del av. Hovedfunnet var at barna så på livsstilsfaktorene «riktig kost» og

«tilstrekkelig mosjon», som de viktigste faktorer for god helse. Utover dette så de gjennom refleksjoner underveis i intervjuet, at det var mange faktorer som til sammen bidro til god helseutvikling. Blant annet mente de at familie og nære venner bidro til å fremme en god psykisk helse. Likeså var det viktig å kunne utvikle et godt selvbilde, og kunne være glad i og trygg på seg selv. Barna så også at ytre miljøfaktorer som tilgang til natur og friluftsliv var viktig. De så også at samfunnsfaktorer som for eksempel skole, reklame og politikk, påvirket deres helse.

**Konklusjon:** Det kan se ut som at samfunnets helseopplysning og folkehelsekampanjer legger stor vekt på risiko, beskyttelse og forsakelse for å bevare en god helse. Ved å fokusere for mye på dette kan det bidra til å utvikle et «risikosamfunn» der man ser på helsen farer, og i liten grad ser på helsen gleder. Barn tar raskt til seg kunnskapen som er rådende i samfunnet. De kan få en snever forståelse av hva som skaper helse, om det i samfunnet legges et for stort fokus på den fysiske helsen. De kan og utvikle dårlig samvittighet for det de ikke mestrer, og det kan lett oppstå sosial ulikhet i helse. I fremtidige helsekampanjer bør en også fokusere på faktorer for kilder til helse, utover ivaretagelse av den fysiske helsen. Med dette kan man bidra til å utvikle en forståelse av at helse handler om mer enn en «korrekt kropp» eller en «rett livsstil». Barna trenger å oppleve stolthet, glede og trivsel. Barna trenger å se at helsen er et blandet regnskap, med aksept for det ufullkomne. Med det kan man bidra til å bygge selvtillit, skape optimisme og styrke tåleevnen, og med det et rausere samfunn.

## Summary

**Background:** The current definition of health is not static, but normative for how to understand the issue of health and our perception of it. The current definition reveals both individual and social guidelines regarding how to interpret and act in order to achieve good health. There are several approaches in order to understand the concept of health. Preventive work as well as promotional work is relevant in the science of public health. The preventive work shall prevent illnesses/diseases, injury and early death, while the promotional work relates to how we can promote and improve people's health and how we can contribute in order to forward positive resources in their everyday life. There are both social, environmental as well cultural elements relevant for the development of good or bad health. In the promotional work the individuals' interaction and participation is an important factor. The thoughts behind the promotional work is the idea that the individual as well as the local society should be in control of health. Despite the fact that the authorities are emphasizing the interaction of the individuals, there are little knowledge today of how children and young people are able to perceive the concept of health.

**Purpose:** The purpose of this study for me has been a deepening in children's understanding of the concept of health. The issue of the study is: How does a selection of children consider the concept of health and which factors do they consider essential and important for good or bad health. The study is meant to be a contribution in order to reveal the children's rights and their own possibility of making definitions regarding this concept. In addition, I think the study may be valuable for communication. Communication demands insight in each other's thoughts, imaginations, perceptions and values, which are important elements in health promotional work.

**Method:** The approach of the study is grounded on a qualitative method based on phenomenologic- hermeneutic design. Individual interviews derived from a structural interview guide was performed amongst children aging between 11 and 13 years - whereof 4 of them were boys. The material was transcribed and analyzed using systematic text condensation.

**Results:** The result of the study reveals the conclusion that children's conception of health is strongly influenced by the society they are part of. The main result regarding promotional health

was that the children considered the life style issues - such as healthy diet and sufficient exercise were the most important factors in order to obtain good health. During the interviews, the children in addition made their reflections concluding that there were several other factors, which contributed to the development of good health. They emphasized the importance of good family relations and close friends as essential elements to achieve good mental health. They also found it important to have a good picture of yourself as person, in order to be happy and self-confident. The children considered environmental factors such as the opportunity to have access to nature and outdoor life important. Social factors implying school, commercials as well as politics, also affected their health.

**Conclusion:** It may appear that social information of health and health campaigns emphasize too much on risks, protection and renunciation in order to promote good health. Emphasizing too much on these issues may contribute to developing “a society of risks”, in which one focuses more on the risky sides - and less on the bright sides. Children easily adapt the mainstream knowledge in society. They might get inadequate understanding of what creates health if society focuses too much on the physical side of health. These children will be exposed to developing bad conscience for what they do not master, and that can easily result in social imbalance. In future health campaigns, one should also focus on factors such as the sources of health being factors regarding issues beyond the physical part. This one can concentrate on developing the understanding that health encompasses more than a “perfect body” or “correct life style». Children need to experience that health is a mixed account, with a need for acceptance of the imperfect. Accordingly, one might contribute to promote the children’s self-confidence, optimism and strengthen their general ability to endure. Thereby we will have a more generous society

<b>INNHOLDSFORTEGNELSE.....</b>	<b>1</b>
1.0 Innledning.....	3
2.0 Mål og problemstilling.....	4
3.0 Bakgrunn.....	5
3.1 Helsebegrepet.....	5
3.2 Alternative forståelser av helsebegrepet.....	6
3.3 Den norske helseforståelsen.....	7
3.4 Saltuogenese som helse.....	9
3.5 Helesedeterminanter.....	10
3.6 Barns medvirkning.....	11
3.7 Offentlige styringsdokumenter.....	12
3.8 Barns utvikling.....	14
3.9 Å søke kunnskap fra barns ståsted.....	15
3.10 Oppvekstmiljø og kultur påvirker barnas syn på helse.....	16
4.0 Metode.....	17
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	17
4.2 Intervju som metode.....	18
4.3 Rekruttering og utvalg.....	19
4.4 Utarbeiding og forberedelse av intervjuguide.....	21
4.5 Gjennomføring.....	22
4.6 Transkribering.....	23
4.7 Analyse av data.....	24
4.8 Etikk.....	26
5.0 Resultater.....	29
5.1 Refleksjoner rundt helsebegrepet.....	30
5.1.1 Helse er å være frisk og sterk.....	30
5.1.2 Helse er å være glad i, og trygg på seg selv.....	31
5.2 Faktorer som påvirker helsen.....	33
5.2.1 Hvem barna mener har ansvar for helsen.....	33
5.2.2 Individuelle faktorer for helse.....	36
5.3 Livsstilsfaktorer.....	38
5.3.1 Kosthold.....	38
5.3.2 Fysisk aktivitet og trening.....	40
5.3.3 Fritidsaktiviteter, skitur og friluftsliv.....	40
5.4 Sosiale faktorer.....	42
5.4.1 Sosialt samvær med venner.....	42
5.4.2 Familiens betydning.....	43
5.4.3 Kjæledyr.....	45
5.5 Fysiske miljøfaktorer.....	46
5.6 Samfunnsfaktorer.....	49
5.6.1 Skole og utdanning.....	49
5.6.2 Reklamens betydning.....	50
5.6.3 Helseministerens betydning.....	50

6.0	Diskusjon.....	52
6.1	Barnas helseforståelse i lys av samfunnets helseforståelse.....	52
6.2	Barnas helseforståelse i et utviklingspsykologisk perspektiv.....	59
6.3	Barnas helseforståelse i lys av påvirkning fra deres oppvekst og kultur.....	60
6.4	Styrker og svakheter ved metoden.....	61
6.4.1	Validitet.....	62
6.4.2	Beskrivende validitet.....	62
6.4.3	Fortolkende validitet.....	63
6.4.4	Teoretisk validitet.....	65
6.4.5	Generaliserbarhet/overførbarhet.....	67
7.0	Konklusjoner og implikasjoner for praksis.....	68
	Referanser.....	69-74
	Vedlegg.....	75-79



## 1.0 Innledning

Det er mange innfallsvinkler til å forstå helse, og denne studien ser på en gruppe barns forståelse av begrepet. Det er gjort utallige forsøk på å definere og forklare hva helse er. Det man kan konkludere med er at det har vært, og er fortsatt vanskelig å få til en felles definisjon av hva man mener er god helse (Sletteland og Donovan, 2012). I folkehelsearbeidets fagtradisjon skiller man gjerne på sykdomsforebyggende arbeid, og helsefremmende arbeid. Det sykdomsforebyggende arbeid har som misjon å fjerne faktorer som er negative for helsen, mens det helsefremmende arbeidet vektlegger aktiviteter og faktorer som er positive for helsen. Det helsefremmende arbeidet handler primært om å styrke helsen til folk, og vektlegger først og fremst positive ressurser for helse (Mæland, 2010). Et viktig begrep i dette arbeidet er «*empowerment begrepet*». Ottawa-charteret (WHO, 1986), definerer begrepet som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Ideologien bak dette er at enkeltindivider og felleskap må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen, og man betrakter ikke folk som en målgruppe, men som *aktive samarbeidspartnere*. Man forlater i det helsefremmende arbeidet den vanlige «ekspert-mottager» rollen, og streber etter en mer likeverdig samarbeidsrelasjon. Mæland (2010) hevder at for å få til dette må man finne ut hvordan folk flest synes de har det. Dette innebærer at man må starte med å lytte og lære gjennom kontakt med befolkningen. Med befolkningen menes hele spekteret - fra *barn*, ungdom, voksne og eldre. I denne studien skal jeg altså forsøke å få frem hva en *gruppe barn* mellom 11 og 13 år, mener er viktige faktorer i sitt liv - for å bevare en god helse. Jeg skal løfte frem tanker de har rundt hva de mener gir en god helseadferd. Barn har rett til deltakelse utfra både et juridisk og ideologisk perspektiv. Dette vil bli utdypet senere i oppgaven. Utviklingen i synet på barn, har fått en erkjennelse om at barn har posisjoner, kunnskap, rettigheter, synspunkter, behov og refleksjoner som er viktige og interessante - i seg selv. Det ligger altså en demokratisk gevinst å gi stemme til barn. På den måten kan man bidra til at maktbalansen utjevnes, og vi kan nærme oss et samfunn basert på at folket selv kan få komme på banen, der spillet om helsen avgjøres.

## 2.0 Mål og problemstilling

På bakgrunn av kunnskap om betydningen av demokrati og brukermedvirkning i det helsefremmende arbeid, mener jeg at det er viktig å se hvordan helsebegrepet forstås utfra en gruppe barns perspektiv. Medvirkningsperspektivet gjelder også denne gruppen i befolkningen. Jeg har hatt som målsetting å få bedre innsikt i deres forestillinger om helse. Jeg har vært interessert i hva de tenker er god helse, deres erfaringer rundt hva som bygger eller river ned helsen, og hvem som har ansvar for helsen. Kanskje like viktig tenker jeg at studien kan være til nytte for kommunikasjon. God kommunikasjon krever at ulike parter har innsikt i hverandres tanker, verdier og forestillinger.

Studiens problemstilling er:

*«Hvordan betrakter et utvalg barn helsebegrepet, og hvilke faktorer vektlegger de som betydningsfulle for god eller dårlig helse?»*

## 3.0 Bakgrunn

### 3.1 Helse begrepet

De fleste bruker ordet «helse» uten å tenke over hva de legger i det. Overordnet kan man si at helse handler om hva som er det gode for menneske, noe man har vært opptatt av i uminnelige tider. Det er mange innfallsvinkler til å forstå helsebegrepet, og det kan være et ullent og vanskelig begrep (Ihlebak, 2009). Det er gjort flere forsøk på å definere og forklare helse. Ordet har rot i det engelske ordet «health», som er avledet fra «whole», som betyr «å være hel». Det norrøne adjektivet heill/hel, betyr frisk, uskadd, fullstendig. Det latinske ordet for helse, er «salus», som betyr sunn eller frisk. Ut fra den engelske, det norrøne og latinske begrepet, er helse forbundet med friskhet, sunnhet og velbefinnende (Kristoffersen, 2006).

Det er utarbeidet noen universelle helsedefinisjoner som er blitt mye sitert i folkehelsesammenheng. Den mest kjente og trolig mest siterte er Verdens Helseorganisasjons definisjon av begrepet helse. I 1948 definerte de «*en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte*» (WHO, 1998:11). Definisjonen flytter helsebegrepet ut av den biomedisinske tradisjon, og over i den sosialmedisinske. Den er svært vid, og den anerkjenner at det knapt nok finnes ett trekk ved et menneskes liv, som ikke kan sies å være helserelevant. Definisjonen har vært gjenstand for mye kritikk, da flere hevder den er utopisk og uoppnåelig. Verdens Helseorganisasjon har senere brukt en mer avdempet definisjon der de beskriver at «*helse er evnen til å kunne leve et sosialt og økonomisk produktivt liv*». Mæland (2010) hevder vi må se på definisjonen til Verdens Helseorganisasjon om «*fullkomment ..... velvære*» som en idealbeskrivelse. Den legger vekt på at man har et mentalt og fysisk overskudd, at man opplever velvære og harmoni, at man har fått brukt seg selv og har gode relasjoner til andre mennesker. Det er en positiv måte å forstå helse på, som ligger nært opptil det man kaller livskvalitet. Mæland (2010) skriver at helsebegrepet og brukes som en beskrivelse av å være frisk, at kroppen/organismen fungerer normalt og at man ikke har fysiske og psykiske plager. Her definerer man helse som fravær av sykdom. Definisjonen til Verdens Helseorganisasjon har hatt sin misjon da den åpnet opp for et mer holistisk og helhetlig syn på helse (Huber m.fl., 2011). Huber og hans kollegaer hevder likevel i sin artikkel i BMJ, at definisjonen ikke lengre er relevant. Dette fordi den er av eldre dato, og at definisjonen ikke tar

inn over seg menneskets tilpasningsevne, samt evne til selvstendighet. De hevder at «den gamle» definisjonen er statisk, og ikke dynamisk. De ser også at det å redefinere helsebegrepet er et ambisiøst og komplekst mål. Mange faktorer må vurderes og mange meningsbærere bør lyttes til. Helsebegrepet bør kunne reflekteres uavhengig av kulturelle preferanser. Selvstendighet og tilpasningsdyktighet er en definisjon som kan gjøres gjeldende uavhengig av sosialt domene, hevder de (Huber m.fl, 2011).

### **3.2 Alternative forståelser av helsebegrepet**

Per Fugelli og Benedicte Ingestad utførte en kvalitativ studie i perioden 1997-2000 (Fugelli og Ingestad, 2001). Deres utgangspunkt for studien var om den overnevnte fagstyrte helsedefinisjonen fra WHO (Helse som fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende) også favnet folks meninger og forestillinger om helse. De kalte studien «Helse – slik folk ser det». Studien kom i bokform i 2009, kalt «Helse på Norsk». Det er ifølge Fugelli og Ingestad kun en rett fortolker og forvalter av egen helse, nemlig individet selv. De hevder at god helse er subjektivt, og at vi må spørre folk hva de mener er god helse for seg. Alle er opptatt av god helse, men god helse er ikke det samme for alle. De hevdet og at det ikke er lett å finne enkeltmennesker i WHOs definisjon av helse. Utfra definisjonen kan ingen si man har god helse, hevder de. De kritiserer og definisjonen for å beskrive et idealliv som for de aller fleste er uoppnåelig. De mener derfor det blir feil å operere med et universelt helseideal. Det er så store ulikheter livsbetingelsene i verden, som de mener definisjonen ikke tar høyde for. Før deres studie var det gjort lite studier i Norge der folks meninger og forestilling om helse ble løftet frem. Det er gjort tre kvalitative studier av folks sykdomsoppfatning i 1970, 1980 og 1990 årene. Fokuset var i disse studiene primært opptatt av menneskers sykdomsoppfatninger. Helsebegrepet ble gjennom disse studiene kun belyst indirekte (Hafting:1995, Alver og Selberg:1992, Andersen:1998).

I studie til Fugelli og Ingestad foretok de kvalitative intervjuer av 80 mennesker på fem ulike steder i Norge. Materialet inkluderte også en gruppe tidligere og nåværende toppidrettsutøvere. Alderen til intervjuobjektene var mellom 19 og 93 å, og alle var etnisk norske. De innledet intervjuene med å spørre deltakerne om hva god helse var, samt at de hadde utarbeidet en

stikkordliste som ledetråd for en samtale som stort sett fikk flyte fritt på informantenes premisser. Bare 17 av 80 informanter svarte spontant «og ikke å være syk» på inngangsspørsmålet. De fant at det folkelige perspektivet på helse hadde tre kjennetegn; helhet, pragmatisme og individualisme. Med helhet, mente de at helse er et holistisk fenomen. De fant at helse var vevd inn i alle sider av livet og samfunnet. Med pragmatisme mente de at helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente utfra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon. Med individualisme mente de at helse er et personlig fenomen, fordi vi mennesker er ulike. Derfor hevder de at målene og veiene til helse vil bli forskjellig fra individ til individ. Hovedfunnene i studien pekte ut at viktige faktorer for god helse blant informantene var trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi. Deres studie har vært et viktig bidrag i den helsefremmende tenkningen, i norsk sammenheng.

### **3.3 Den norske helseforståelsen.**

I boken «Helse på Norsk» (Fugelli og Ingestad, 2009), trekker de frem den sosialmedisinske tradisjonen som viktig i forhold til helsebegrepet. Helse og helsebegrepet vil alltid være påvirket av hvilken kultur man lever i. Vi blir ikke født med en bestemt oppfatning av hva helse er. Hva vi anser som sykt og friskt, normalt og unormalt, trygt og utrygt blir dannet i oss utfra samfunnet vi er en del av. Det vil alltid være rådende samfunnskrefter som er med å prege vår helseoppfatning. De deler helsebegrepet inn i det de kaller tre forståelseshorisonter. De viser til Marianne Gullestads (1996) bok, der hun beskriver samspillet mellom sosiokulturelle strukturer og individuell kreativitet. Det vil alltid være tankesett som ansees å ha spesielt stor innflytelse over måten mennesker fortolker virkeligheten, for eksempel hvordan man tolker helsebegrepet og helsen. Fugelli og Ingestad (2009) delte i sin studie helseoppfatningen i «det norske, det moderne og det medisinske». De mener at egenskapene ved den norske tenke og væremåte er med på å forme vår identitet, mest sannsynlig og vår helseidentitet. Det er grunnleggende verdier og tradisjoner i det norske samfunnet som trolig vil prege folkets forestilling om helse. I forhold til *Den norske forståelseshorison*t, er det grunnleggende verdier og tradisjoner som setter sitt preg på hva vi mener er god helse. De nevner for eksempel vår «ut på tur» kultur, som en viktig faktor for vår forestilling om hva som gir god helse. Videre viser de til likehetstankegangen som råder i Den norske væremåten. De antyder at likhetstankegangen kan være en viktig påvirkningsfaktor for vår tolkning av hva som er god helse. De viser til Archettis (1984) forskning der han

sammenligner Latin Amerika og Norge. Archetti mener at mens æresbegrepet står sentralt i mange samfunn, hersker *skyldfølelsen* i Norge. Denne hevder han bæres som «dårlig samvittighet». Fugelli og Ingestad (2009) mener at denne skyldfølelsen kan sees gjennom for eksempel å (ikke) ta vare på kroppen sin. *En moderne helseforståelseshorisont* mener de kjennetegnes ved vår kollektive mentalitet, tidsånder og verdier som særpreger tenkemåter og væremåter i en kulturkrets. De viser blant annet til Anthony Giddens (1991), som skiller mellom global og lokal innflytelse på vår selvidentitet. Individuer skaper sin selvidentitet i lokale kontekster, men deltar samtidig i globale prosesser. Med for eksempel et økende fremskritt i medisinsk forskning, kommer et økt opptatthet av kropp og helse, hevder Giddens. For eksempel har dette resultert i stort fokus på idrett og hvordan man gjennom å praktisere og spesialisere seg på dette, kan oppnå god helse. Dette kan og sees i forbrukskulturen i forhold til mat og kost. I dagens samfunn blir vi stadig presentert for nye kostholds produkter, som hevder å gi økt helse. «Si meg hva du spiser, og jeg skal si hvem du er» er et kjent ordspråk. Kropp, livsstil og forbruk er altså i større grad med på å prege vår helseidentitet. Videre mener de at grunnleggende verdier, tenkemåter og handlemåter i det *medisinske ekspertsystemet* vil være med å prege folks forestilling om hva som gir god eller dårlig helse. Her viser de til maktforsker Engelstad (2003), som beskriver det medisinske ekspertsystemet som en oppdragelsesanstalt. Han hevder at det de siste hundre år har vokst frem et omfattende medisinsk sunnhetsregime, der man forsøker å påvirke folks helseoppfatning Eksempler på slike medisinske tilbud er: helsestasjoner, PP-tjeneste, bedriftslege, hjemmesykepleie, skolebespisning, fastleger og så videre. De utallige skreddersydde tilbud som gis over hele livsløpet hevder Engelstad har et klart budskap. Ved å følge rådene som gis i de ulike institusjonene, gis en massiv medisinsk oppdragelse der budskapet er at ved å følge deres råd -blir du sunn. Ved å følge deres råd oppnår du det «beste» liv. Du bør innrette deg slik de sier, for med det å oppnå det sunne liv (Engelstad, 2003).

Fugelli og Ingestad (2009) hevder at de overnevnte tre forståelseshorisontene kan føre til for eksempel helsedyrking eller et mer internasjonalt begrep helsisme. Fugelli introduserte begrepet «nokpunktet» i en bokutgivelse med samme navn (Fugelli, 2008). Her trekker han frem viktigheten av blant annet å akseptere hva man ikke kan endre, og etablere mere realistiske forventninger til helse og helbredelse. Han hevder at for høye forventninger og for strenge krav kan bidra til å skape nye sykdommer som blant annet bunner i dårlig samvittighet, mangle på mening og verdighet, samt en opplevelse av å ikke bli sett. Han trekker inn begrepene helsemas/helsestrev og helseformynderi, som mulige påvirkningsfaktorer for vårt syn på hva

som vi mener gir god helse. Fugelli og Ingestad konkluderer med at det man med sikker het kan si, er at det for et menneske ikke er uvesentlig hvilke teorier det får innskrevet i sitt sinn. Hvilken kultur vi er en del av, vil ha stor betydning for vårt syn på helse. Samfunnet vi er en del av, blir den viktigste påvirkningsfaktor for helsen hevder de (Fugelli og Ingestad, 2009). Den svenske filosofen Lennart Nordenfeldt (1991) har en helseteori som forklares med at man ikke kan forstå helse som kun fravær av sykdom og skade, men at helse kan være tilstede med visse grader av sykdom. Han oppfatter helse som menneskets evne til å mestre de påkjenninger livet gir. I medisinsk forstand er man for eksempel kanskje ikke frisk om man har en funksjonshemming eller en kronisk sykdom, men i subjektiv forstand kan man oppleve å ha god helse på tross av dette. En lignende definisjon er lansert av den norske legen Peter Hjort. Han beskriver «*helse som å ha overskudd til hverdagens krav*». Her handler det om å fungere og mestre utfra de varierende livsbetingelser som mennesker utsettes for (Mæland, 2010:24).

### **3.4 Salutogenese som helse**

Salutogenese begrepet er sentralt i den helsefremmende tenkningen og i forhold til hvordan man forstår helsebegrepet. Salutogenese er motsatsen til patologien. Salutogenese kommer fra det greske ordet «salus» som betyr helse, og «genesis» som betyr opprinnelse, altså «opprinnelse til helse». Det motsatte er patogenese, som kommer fra det greske ordet «patos», som betyr smerte/sykdom, altså «læren om smerte og sykdom». Sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) innførte disse begrepene. Et sentralt budskap i denne tenkningen er å ha fokus på hvilke faktorer som skaper en høyere grad av helse, istedenfor og ensidig fokusere på sykdomsfremkallende forhold. Antonovsky hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende («sense of coherens»). Begrepet er nært beslektet med begreper som trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme.

Utviklingen i barne og ungdomsårene danner grunnlaget for hvordan man opplever verden som forutsigbar og sammenhengende videre i livet. (Antonovsky 1986, Sletteland og Donovan, 2012). Ved å arbeide for å styrke helsen blir helse en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet. Å se på helse som ressurs beror på medfødte egenskaper, men aller mest på hvilke omstendigheter hvert individ lever sine liv under. Disse omstendighetene som er med å påvirke helsen, spenner fra basale fysiske behov som for eksempel rent vann, mat og trygghet, til forhold som fremmer selvrealisering og vekst. Frihet fra krig og vold, utdanning og arbeid og

mulighet til å påvirke sin egen livssituasjon, er noen fundamentale helsedeterminanter (Mæland, 2009).

### 3.5 Helsedeterminanter

Helse – og fordeling av helse – påvirkes av mange forhold. En kjent modell som viser hvordan ulike faktorer kan påvirke helse, er utviklet av Dahlgren og Whithead (1991). Den såkalte helsedeterminantmodellen eller populært kalt «Løkmodellen», gir et bilde på de påvirkningsfaktorene eller determinantene som i ulik grad påvirker vår helse og våre helsevalg. Mens noen påvirkningsfaktorer er individuelle - som for eksempel alder, kjønn og genetiske forutsetninger, er det de sosiale påvirkningsfaktorer som sannsynligvis betyr mest (Sletteland og Donovan 2012). Kartlegging viser at det er systematiske sosioøkonomiske forskjeller i helse både innad i land, og mellom ulike land (Mæland, 2010). Helsen påvirkes av sosiale faktorer, og hvordan vi har organisert og innrettet samfunnet. Dersom flere av determinantene oppleves positive eller uproblematiske, vil dette påvirke helsen i positiv retning. I «Løkmodellen» (Dahlgren og Whithead, 1991) finner man sentralt i figuren det upåvirkelige, individuelle egenskapene som kjønn og alder. Disse forholdene bestemmer personens robusthet overfor ytre påvirkning, det man kan kalle individuell disposisjon for helse. I «Løkmodellens» første lag finner vi livsstilsfaktorer som kostholdsvaner og fysisk aktivitet. I det andre laget finner man samspillet mellom enkeltmennesker, og enkeltmennesker og deres nærmiljø. I det tredje laget av påvirkningsfaktorer finner vi materielle forhold som blant annet utdanning, bolig, ernæring, arbeid og helsetjenester. Det ytterste laget består av de økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold der man lever, som igjen påvirker enkeltindivid og folkehelsen generelt. Et mål i det helsefremmende arbeidet er å påvirke alle faktorer som har betydning for hver enkelt menneskes helse. Det innebærer altså å styrke de positive determinantene for helse (Mæland 2010, Sletteland, 2012).

Et like viktig element i folkehelsearbeidet, er utjevning av sosiale helseforskjeller. Det er betydelige sosiale helseforskjeller også i Norge, på tross av at av norsk folkehelse generelt er god. Dette har å gjøre med sosioøkonomiske mønstre. Den kanskje største sammenhengen man finner, er at jo høyere sosioøkonomisk status man har, desto bedre helse har man. De levekår og



omgivelser man har som barn, påvirker hvilken utdanningsvalg og yrkesvalg man tar senere i livet (Folkehelseforeningen 2012). Både helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid er nødvendige om man skal bedre befolkningens helse, og de bør betraktes som komplementære tilnærminger i folkehelsearbeidet (Mæland, 2010). Helsen påvirkes av mange faktorer, og folkehelsearbeidet er et komplisert arbeid. De mange faktorer danner til sammen folks helse eller uhelse. I følge Wildawsky (1977), er det bare 10 % av folkets helseutfordringer som helsetjenesten kan gjøre noe med. De resterende 90 % mente han måtte løses utenfor helsetjenesten. Denne måten å betrakte folkehelsearbeidet på er fortsatt like aktuell i dag. Beslutninger i andre samfunnssektorer, som for eksempel planlegging av trafikk, utvikling av skole og fritidstiltak og så videre, har stor betydning for folkehelsen. Hver enkelt kommunes økonomi og politiske vedtak som fordeler midler, er av stor betydning i folkehelsearbeidet (NOU, 1998:18). Folkehelsearbeid er definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen (jf. Folkehelseloven, 2012). Vi har i dag beveget oss fra et samfunn der sykdom og høy dødelighet var en del av hverdagen, til et samfunn der de fleste oppnår høy levealder. Det norske samfunnet står overfor helt andre utfordringer enn tidligere. Det moderne helsebegrepet favner mye mer en dimensjonen «syk – frisk». Mestring, trivsel og livskvalitet er viktige faktorer for helse, og folkehelsearbeidet bør og handle om at befolkningen får mulighet til å oppnå disse faktorene (Ihlebak, 2009). Dagens helsetilstand og morgendagens helseutfordringer – er i stor grad knyttet til hvordan folk lever sine liv og hvordan samfunnet er organisert. I folkehelseloven som trådte i kraft fra 2012, er det fokus på at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripende, og det skal drives gjennom mange tiltak i mange sektorer i samfunnet. Målene er blant annet trygghet og *medvirkning* for den enkelte, samt gode *oppvekstsvilkår for barn og unge*. Videre sier loven at det skal jobbes mot et samfunn som legger til rette for positive helsevalg, og en sunn livsstil (Folkehelseloven, 2012).

### **3.6 Barns medvirkning**

Begrepet *empowerment* står som tidligere nevnt sentralt i det helsefremmende arbeidet, og er en viktig del av helsebegrepet. Ideologien bygger på at individer, grupper eller samfunn må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Med denne tenkningen betraktes ikke folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere. En slik befolknings og brukermedvirkning, forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring. Ingunn Stang

(1998) hevder at vi har lang tradisjon for å ha paternalistiske holdninger («vi vet best hva som er best for deg») som fagutøvere i det norske helsevesen. Denne tradisjonen er trolig ikke fremmed hos andre fagutøvere og, eksempelvis i skole og utdanningsinstitusjonene hevder hun videre (Stang, 1998).

Lover, forskrifter og retningslinje gir sterke signaler om brukermedvirkning i systemer og institusjoner der fagutøvere er satt til å yte hjelp og tjenester (Walseth og Malterud, 2004). Holdningen innebærer at enkeltmennesker eller grupper av mennesker vet vel så godt som ekspertene hva som er til det beste for dem selv. Sannheten om hvordan livene skal leves tilhører ikke ekspertene alene, og tanken i empowerment prosessen er at det finnes mange sannheter og alternativer om hvordan livene skal leves (Walseth og Malterud, 2004). Holdningen innebærer å se den enkeltes ressurser og krefter, som igjen er med å motvirke og redusere stress og belastning individet opplever som hindring for å oppleve kontroll over eget liv (Walseth og Malterud, 2004 og Stang, 1998). Eide og Winger (2006) drøfter barns rett til medvirkning ut fra et etisk perspektiv. Et av temaene de løfter frem er det asymmetriske forholdet mellom voksne og barn. De legger vekt på at barn og voksne har en gjensidig relasjon. Dette krever at barnet tilskrives en subjektstatus. Både Eide & Winger (2006) og Bae (2006) skriver at det å se barnet som subjekt, krever at vi tar barns utsagn på alvor. Biesta (2011) hevder at inkludering er et av demokratiets sentrale verdier, men at ikke alle har vært inkludert som likeverdige borgere opp gjennom tidene. I noen tilfeller legetimers ekskludering i demokratiets navn, ved at man argumenterer for at ikke alle passer inn i demokratiet, ved for eksempel manglende rasjonalitet eller fornuftighet. Biesta sier at barn er plassert i denne kategorien som «prerasjonelle» eller «predemokratiske» (Biesta, 2011).

### **3.7 Offentlige styringsdokumenter**

Barns rett til fritt å gi uttrykk for egne synspunkter er fastsatt i FNs konvensjon om barns rettigheter. Konvensjonen (FN, 1989) består i alt av 54 artikler, og ble ratifisert av Norge i 1991. Konvensjonen gir barn særlige rettigheter i tillegg til de rettigheter de har gjennom de generelle menneskerettighetene. Først ved lov 1.august 2003 nr.86. ble FNs barnekonvensjon

implementert i norsk lovverk. (BDF, 2003). Med mitt fokus på barns rett til medvirkning i forhold til å gi uttrykk for hva som gir god helse for seg, blir artikkel 12 del 1 særlig relevant her.

*«Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunktene i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet» (FN, 1989: artikkel 12).*

Bae (2006) hevder at om man skal ta dette bokstavelig, er ikke dette alle barns rettigheter. Det er kun de barna som er i stand til å danne seg egne synspunkter, og de som er modne nok til at synspunktene deres kan ilegges vekt, som innehar denne rettigheten. Bae hevder dette leddet kan være problematisk i den grad det innbyr til at voksne ureflektert overprøver eller ikke tar hensyn til det barn bringer frem, for eksempel med henvisning til at voksne vet best (Bae, 2006). Bae (2006) henviser til forskning både i Norden og internasjonalt, i forhold til FNs rettighetstenkning. I følge henne påpeker flere forskere at voksne kan bli så opptatt av sine pedagogiske intensjoner, så de kan miste av syne at barn har rett til å uttrykke seg som subjekter. Den voksne kan definere hvilke av barnas synspunkter som bør vektlegges. «Barns synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med dets alders og modenhet», står det. Et umodent barns synspunkter skal med andre ord tillegges mindre vekt enn et modent barns synspunkter. Hvordan hvert enkelt land velger å forstå konvensjonen, legger dermed føringer for hvordan barns rettigheter imøtekommes i hvert enkelt land (Bae, 2006). Et internasjonalt fokus på barns rettigheter er viktig for barn rundt om i verden. Barns stemmer er ofte marginalisert. Å gjennomføre barns rettigheter fastsatt av FNs barnekonvensjon har som tidligere nevnt ulike vilkår ettersom hvilket land man befinner seg i. I dag er det kun Somalia og USA som ikke har implementert FNs Barnekonvensjon (Majka og Ensalaco, 2005 og FN sambandet, 2014). Alle andre land har med andre ord implementert FNs Barnekonvensjon i sine rettigheter. Hvordan barn og voksne kommuniserer, og hva slags syn en har på barns bidrag i kommunikasjonen er kulturbetinget (Valvatne og Sandvik, 2002). På samme måte vil barns rett til medvirkning praktiseres ulikt avhengig av kultur.

### 3.8 Barns utvikling

Woodhead (2005) hevder at spørsmål om *barns utvikling* er avgjørende for tolkning og implementering av Barnekonvensjonen (FN, 1989) som vi er forpliktet til å følge. Han nevner fire rivaliserende ideer om barn, som har formet det vestlige synet på barn, om hvordan de best skal utvikles. *Et syn* er barnet som vilt og uregulert fra naturens side, som ser på utviklingen som en form for sosialisering eller «temming» av barna til å finne sin plass i samfunnet. *Et annet syn* ser barnet som naturlig uskyldig, som må utvikles i en beskyttende atmosfære med frihet til lek, læring og modning. *Den tredje* oppfatningen Woodhead (2005) nevner er barnet som «*tabula rasa*», et blankt ark som skal fylles med kunnskap og lærdom. *Det fjerde synet* han nevner ser barnet som et resultat av *arv og miljø*, der utviklingen sees på som interaksjon mellom potensial og erfaring.

Utviklingspsykologi handler om en persons utvikling gjennom livet. Det er bred enighet om at utviklingen hos oss mennesker omfatter både arvede egenskaper, og egenskaper som vi utvikler i samspill med miljøet rundt oss. Hvor stor vekt forskere vektlegger på arv eller miljø spriker derimot noe. Det finnes flere teorier om menneskets utvikling, og alle har litt forskjellig utgangspunkt (Tetzchner, 2012). Jeg vil her kort presentere en teori. Dette er psykolog Eriksons teori i forhold til *sosial utvikling* i ulike faser av livet. Jeg tar kun for meg aldersgruppen barna i studien representerer. Eriksons teori om sosial utvikling har vært sentral for å forstå hvordan mennesker utvikler seg sosialt, og hans teori må sees i sammenheng med sosialiseringprosessen. Han delte vår sosiale utvikling inn i åtte faser, der man i hver fase møter ulike utfordringer og problemstillinger. Teorien viser et gjennomsnitt, og det vil alltid finnes individer som er tidligere eller senere ute enn andre. I Eriksons åtte faser, finner man i fjerde fase barn i alderen 6-12 år. I denne fasen blir det sosiale livet til barn utvidet. De begynner på skole, og de tar ofte del i fritidsaktiviteter sammen med andre barn. Barn som i denne alderen blir oppmuntret og som opplever stolthet i forhold til å mestre oppgaver, utvikler det han kaller arbeidsiver eller et ønske om å få ting til. På barneskoletrinnet blir de etter hvert flinkere til å forstå at en sak kan ses på forskjellige måter enn den de ser umiddelbart, og at det går an å ha ulik oppfatning av en sak. Barnet blir mer sosialt, og lover, regler og normer blir oppfattet som viktig å hensiktsmessig å følge. Det er de sosiale opplevelsene som er viktige, og barnet tenker ikke så mye på hvorfor det er slik, det bare er. Den femte fasen til Erikson er ungdomstiden. Denne blir

plassert litt forskjellig, men Erikson plasserer denne mellom cirka 12 og 20 år. I denne fasen går individet gjennom en identitetskrise, og man prøver å finne ut hvem man er. Ofte kan individet oppleve rollekonflikter, og disse må løses på en god måte om skal bli trygg på egne verdier og egen identitet. I denne fasen går den unge gjennom puberteten, og det skjer store psykiske og fysiske forandringer. Den unge blir mer i stand til å tenke logisk, de funderer ofte over filosofiske spørsmål, verdier osv. I denne fasen finner man ofte ut av og blir trygg på hvem man er (Tetzchner, 2012).

### **3.9 Å søke kunnskap fra barns ståsted**

Det er i dag et sterkt fokus på å verdsette barns liv som betydningsfullt her og nå, og ikke alene med tanke på fremtidige «effekter». Synet på barnet som skal bli til noe, har imidlertid sterke røtter både i Norge og andre land (Lee, 2005). Lee hevder dette har en historisk forklaring ved at vi tidligere så på voksne som noe fast. Når en nådde en viss alder, hadde en også nådd visse mål her i livet, og var «ferdig». Han oppfordrer til å se barnet og deres verdi «her og nå», og ikke ensidig se hva de skal bli. Med et slikt tankesett behøver ikke den voksne bestandig å vite hva som er best eller hva som er rett, da det ikke nødvendigvis er slik av voksenlivet er enden. Både barn og voksne er mennesker i stadig endring og utvikling (Lee, 2005).

Innenfor samfunnsvitenskapelig forskningstradisjon snakker man om et «paradigmeskifte» når det gjelder synet på barn og barndom (Ogden, 1997). Man har gått fra å se på barn som marginaliserte aktører, til å se barn som meningsskapende aktører. I boken «Fra Barns Synsvinkel» hevder Eide og Winger (2003) at det er en økende tendens til å søke kunnskapsutvikling om barn og deres livsverden ikke bare for å søke kunnskap «om barn», men også om å søke kunnskap sammen «med barn». Man har i flere år vært opptatt av hvordan barn forstår og vurderer hverdagslivet, og gjennom det fått nyttig informasjon som igjen har satt i gang viktige tankeprosesser i forhold til voksnes samhandling med barn. Barn har ofte andre «virkelighetsbilder» enn voksne. De har ofte andre tolkninger og forestillinger av det som skjer, og de formidler ofte sine erfaringer litt annerledes enn voksne gjør. Dette kan føre til bidrag og nye synspunkter, samt andre måter og tenke på. Når man møter barnas refleksjoner med genuin interesse, åpenhet og kunnskap kan dette gi muligheter for nye erkjennelser og oppdagelser (Eide

og Winger,2003). Det har som sagt tidligere vært hevdet at barn på mange måter har vært sett på som «marginaliserte» aktører. Dette fører til at man blir definert i en «utkantposisjon» i forhold til mer betydningsfulle aktører i samfunnet (Ogden 1997, Åberg og Taguchi, 2006).

### **3.10 Oppvekstmiljø og kultur påvirker barns syn på helse**

Som jeg skrev tidligere i oppgaven, påvirkes man av den kulturen man vokser opp i, og som man er en del av. Jeg skal her utdype dette med kulturpåvirkning. Barn vokser opp i ulike kulturer, som igjen påvirker deres syn på hva som er og gir god eller dårlig helse. Keesing (1981) definerer kultur som ett felles sett av ideer, oppfatninger, regler og underliggende tolkninger, som kommer til uttrykk i måten mennesker lever på. Barns livserfaring og hverdag er svært forskjellig i ulike kontekster. Hvordan barndommen er og hvordan barns identitetskonstruksjoner forløper, er avhengig av politiske, sosiokulturelle, økonomiske og relasjonelle faktorer. Den franske filosof og sosialhistorikeren Michael Foucault definerer diskurs som tanker og praksiser som er satt i system (Foucault,1999). Andreassen Becher bruker denne forklaringen av begrepet: «*Diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden, eller et utsnitt av verden på*» (Andreassen, 2006:158). De overnevnte forfattere skriver om at vi alle er født inn i et samfunn, der vil det alltid finnes dominerende diskurser som er med å skape oss som mennesker. Med dominerende diskurser tenker de diskurser som er rådende «her og nå». Som et eksempel nevner Andreassen (2006), at en dominerende diskurs i Norge er at barna bør være ute i frisk luft hver eneste dag. De som stiller spørsmålsteget ved dette kan bli betraktet som «rare» eller «annerledes» av majoriteten. Foucault hevder at det ligger mye makt i diskursbegrepet, og at det er den dominerende diskursen som gjennomsyrrer tanken om hva som er rett og galt, stygt eller pent. Når man er født inn i for eksempel den «norske diskursen» får man gjennom sosialiseringen ulike oppfatninger som man tar til seg som sannheter. Dette kaller Foucault «taus kunnskap», «koder» og «tatt for gitt forestillinger». Det er ikke bare voksne som preges av den dominerende diskursen man er en del av. Erfaring viser at det barn sier ofte kan være genuine tanker, men like ofte avspeiling av dominerende diskurser i barnets kultur. Barneutsagn sier dermed noe om barns oppfatninger, men det kan si like mye om barns oppdragsmiljø (Foucault, 1999).

## 4.0 Metode

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet en kvalitativmetode. Hatch (2002) beskriver den kvalitative forskningen som en metode som forsøker å fange *perspektiver* som aktører bruker som grunnlag for sine handlinger i bestemte sosiale sammenhenger. Malterud forklarer det på den måten at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (*fenomenologi*) og fortolkning (*hermeneutikk*), der målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik de oppleves for de involverte i sin naturlige sammenheng (Malterud, 2011).

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Malterud (2011) forklarer den teoretiske referanserammen med at man har på seg «et sett briller» når man leser sitt materiale og identifiserer sine mønstre. Hun hevder at i de fleste prosjekter utvikles den teoretiske referanserammen underveis, i nært samspill med datainnsamling og analysen. Min vitenskapsteoretiske forankring er hentet fra hermeneutikken og fenomenologien, samt at jeg er inspirert av kritisk teori. Mens fenomenologer er interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, er hermeneutikere opptatt av fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2009). Hovedskille i vitenskapelig forskning er tradisjonelt delt inn mellom en hermeneutisk og en positivistisk posisjon. Hermeneutikk kommer fra gresk og betyr *utlegningskunst* eller *forklaringskunst* (Gilje og Grimmen, 1993). Hermeneutikken er viktig for vitenskapen fordi mye av datamaterialet består av meningsfulle tekster. Det å fortolke og forstå er viktig. Istedenfor statistisk analyse, snakker man innenfor kvalitative metoder ofte om den *hermeneutiske sirkel eller spiral*. All forskning består i stadig bevegelser mellom helhet og del, mellom det man skal tolke, og den konteksten det skal tolkes i, mellom det man skal tolke og vår egen forståelse. Gilje og Grimmen (1993) sier videre at vi aldri møter verden naken. Når vi skal fortolke en tekst eller meningsfulle fenomener, starter vi med visse ideer vi har fra før. Forfatterne viser til Hans Georg Gadamer, som kaller disse ideene for *forforståelse* eller *fordommer*. Om vi ikke hadde hatt noen ideer når vi fortolket noe, da hadde det vært vanskelig å vite hvor man skulle rette sin oppmerksomhet mot, hevder Gadamer (Gilje og Grimmen, 1993). Nilsen (2012) skriver at forforståelsen ikke bare omfatter det teoretiske rammeverket, men også erfaringer, verdier, kunnskap, forskningsfilosofi og holdninger til feltet eller område man skal

studere. Nilsen sier at vår forforståelse er viktig, da vi må starte med visse ideer om hva vi skal se etter. Forforståelsen gir oss en retning på hva vi skal undersøke. I tillegg sier forfatteren at vi må være åpne på at en handling, en tekst eller en situasjon ikke alltid samsvarer med egen forforståelse. Forskeren må derfor være åpen for å justere sin egen forforståelse, og la informantene få mulighet til å komme til orde og presentere seg selv (Nilsen, 2012).

Fenomenologi er et omfattende felt innenfor filosofisk teori, og med den forstår man menneskers erfaringer som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). I følge Merleau-Ponty (1962) dreier det seg om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig – å beskrive snarere enn å forklare og analysere. Målet er å få økt innsikt i andres livsverden. For å forstå verden må vi forstå menneske, og man må ta på «forståelsesbrillene» til de menneskene man studerer (Kvale og Brinkmann, 2009). I forhold til kritisk teori, så er dette et syn der man legger vekt på ideologiavsløringer, og man har et kritisk standpunkt til samfunnets etablerte strukturer. I spissen for dette synet var Jørgen Habermas. Han var opptatt av at den tradisjonelle vitenskapen fant frem til universelle sannheter, som virket lite frigjørende i forhold til hvert enkelt individ. Han kalte det samfunnstvang, der man gjennom forskning fant frem til sannheter, som var med på å opprette et herredømme. Habermas mente at man gjennom forskning innen en tradisjonell teori, fant resultater som bekreftet og befestet en forståelse som ble ansett som sann kunnskap (Wormnæs, 2004). I min studie har jeg benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk metode for å få innsikt i barnas opplevelse av helsebegrepet og hva som påvirker helse. I drøftingen trekker jeg inn kritisk teori i forhold til at jeg tenker at den dominerende diskursen har satt sitt preg på svarene jeg har fra barna i min studie.

## **4.2 Intervju som metode**

Intervju er den mest anvendte måten å samle inn kvalitative data på, og er også brukt i denne studien. Registrering av svarene som ble gitt under intervjuene, utgjør dataene for min studie. Det er det *strukturerte intervjuet* som danner basisen for intervjuene i min studie. *Strukturerte intervjuer* kan ligne på intervjuer basert på pre kodede spørreskjemaer (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskjellen er midlertidig at spørsmålene i kvalitative intervjuer er åpne, det er ikke formulert svaralternativer på forhånd. Det var informantene som formulerte svarene med egne ord, i min studie. Alle som ble intervjuet fikk samme spørsmål. Jeg hadde lest meg til at det var flere fordeler ved en slik standardisering (Kvale og Brinkmann, 2009). Den viktigste fordelen var



kanskje at standardiserte spørsmål kan sammenliknes. Dessuten ble analysearbeidet mitt enklere og mindre tidskrevende, da jeg kunne analysere intervjuene spørsmål for spørsmål og sammenlikne hva de ulike informantene hadde svart på de forskjellige spørsmålene (Johannessen m.fl 2010, Kvale og Brinkmann 2009). Ved intervju av barn er det anbefalt å ha en genuin nysgjerrighet for hva hvert barn hadde å si (Eide og Winger, 2003). Eide og Winger (2003) hevder det ikke er til å komme utenom at voksne og barn står i et asymmetrisk forhold til hverandre. I tillegg har barna allerede en erfaringer i forhold til relasjonen mellom en *voksen og dem selv som et barn*, som de har med seg inn i intervjusituasjonen. Dette kan virke forstyrrende på samspillet (Eide og Winger, 2003). Jeg hadde denne forståelsen da jeg gikk i gang med intervjuene av mine informanter.

Jeg hadde og en forforståelse der jeg ville etterstrebe å se på barnet som *et subjekt* med rett til egne opplevelser, erfaring og tanker. Videre etterstrebet jeg å møte barns uttalelser med anerkjennelse (Bae 1992). Bae understreker at anerkjennelse er et fenomen med ulike fasetter, og det kan ikke reduseres til noen enkle måter å kommunisere på. I anerkjennelse ligger en godkjennelse av den andres tanker og opplevelser som valide eller gyldige (Bae 1992, Åberg og Taguchi, 2006). Intervjuet skal ikke bare gi intervjueren god informasjon, den skal og gi barnet anerkjennelse og en opplevelse av å lykkes og føle seg vel i situasjonen. Eide og Winger (2003) sier man må være bevisst på, og erkjenne at intervjueren har makten og ansvaret for det som skjer under intervjuet. Hun er ansvarlig for å skape et godt forhold til barnet, og med det danne grunnlag for ett anerkjennende møte med barnet.

### **4.3 Rekruttering og utvalg**

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få fylldige beskrivelser av ett fenomen, i motsetning til statistiske generaliseringer. Rekrutteringen har derfor ett klart mål. Det er flere utvalgsstrategier innenfor kvalitative studier. Utgangspunktet for min studie var å intervju 6-8 barn, mellom 11 og 14 år. I utgangspunktet inkluderer man informanter til man har oppnådd metning (Kvale & Brinkmann, 2009). I og med at dette er en masteroppgave og dermed ikke så omfattende, så er antallet begrenset for å kunne behandle data på en god måte (Malterud, 2011). Jeg valgte denne aldersgruppen med henvisning til Eriksons utviklingspsykologi, der han hevder

at barn i denne aldersgruppen er i stand til å reflektere og forstå at mye kan ses på forskjellige måter enn den de kan se umiddelbart. De er og i stand til å reflekterer over at det gå an å ha ulik oppfatning av en sak (Tetzchner, 2012). Forespørsel ble sendt til to skoler på Oslo Øst, og en skole i Akershus. Om det ble flere interesserte deltakere enn det studien trengte, var planen at utvalget skulle skje ved loddtrekning. Tanken med å sende forespørsler til en skole på Oslo Øst og en skole i Akershus, var for å få en bredde i bosted og kulturell bakgrunn og med det en større sannsynlighet for variasjon i svarene som ble avgitt. Altså *et utvalg med variasjon*.

Førstegangskontakt ble opprettet ved at jeg sendte ut forespørsler med henvendelser til rektor og kontaktlærere på de aktuelle trinnene, via mail. Videre fikk de et skriv som ble gitt til samtlige elever på trinnet. Skrivet inneholdt en kort presentasjon av studien, med dens bakgrunn og formål. Videre sa den noe om hva deltakelsen innebar, at alle opplysninger ble behandlet konfidensielt, og at deltakelsen var frivillig. I tillegg informerte jeg om at de kunne trekke seg uten å måtte oppgi en grunn, og at alle data da eventuelt ble slettet. Med fritt samtykke menes at intervjupersonen, uten ytre press avgir samtykke til å delta i prosjektet. Samtykke ble delt ut som et vedlegg til informasjonsskrivet, der formål og hovedtrekk var blitt gjort kjent. De som var interesserte ble bedt om å ta direkte kontakt med meg som masterstudent.

Jeg tok først kontakt med en skole på Oslo Øst, via mail til rektor, og videre til kontaktlærere på aktuelle trinn. Responsen uteble, selv etter tre forespørsler. Da tok jeg kontakt med en annen skole i Oslo sentrum. Her var det *en av fem* kontaktlærere som raskt svarte at hun kopierte opp vedleggene (forespørsel til barn m/foresatte), og delte ut på sitt trinn. Dessverre var det ingen foresatte og barn som tok kontakt. Kontaktlærer purret på det via påminnelse på lekseplan som ble delt ut, men respons uteble. Parallelt med dette tok jeg kontakt med en skole i Akershus. Her fikk jeg respons av to kontaktlærere, og forespørsel ble kopiert opp og delt ut på trinnet.

Responsen her ble ni barn (m/foreldres samtykke), som sa seg villig til å delta i studien. Det ble dermed loddtrekning på de ni barna, og det endte med at fem barn på 11 år og to barn på 13, år ble med i studien. Av ni informanter, ble altså syv informanter trukket ut ved loddtrekking, og alle kom fra samme skole i Akershus. Mitt utvalg er et nokså *homogent utvalg*, da barna er mellom 11 og 13 år, og fra samme skolekrets (Kvale og Brinkmann, 2009).

#### 4.4 Utarbeiding og forberedelser av intervjuguide

Eide og Winger (2003) sier at man ved å hende seg til barn som informanter, indirekte sier at man ser på barn som viktige personer som er i stand til å gi uttrykk for tankene sine, og som det er verdt å lytte til. De skriver videre at den sensitive intervjuer må planlegge intervjuet slik at det er tilpasset informantens emosjonelle og sosiale modenhet. Kvale og Brinkmann (2009) samt Eide og Winger (2003), gav meg gode råd til å forberede utarbeiding av en intervjuguide. Et viktig punkt for å utarbeide spørsmål, var å ha kunnskap om intervjutemaet. Kvale og Brinkmann (2009) hevder dette er viktig i forhold til å stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonene svarer. De hevder at kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju, avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet. For å utarbeide spørsmål, ble disse utformet ut fra problemstillingen, og den teorien jeg hadde lest i forkant. Jeg jobbet mye med å utforme spørsmål som var formet slik at barna kunne forstå dem. Dette ble gjort sammen med min første veileder professor Camilla Ihlebæk. Vi diskuterte oss frem og tilbake i forhold til spørsmålene, og «vasket» dem til vi mente de var funksjonelle. Ved å aktivt samarbeide med veileder under utforming av intervjuguide, samt å utføre pilotintervju av tre barn i forkant av studien, gav det meg mulighet til å få en oversikt over hva som var viktig og funksjonelt. Under pilotintervjuene fikk jeg erfaring med å stille oppfølgingsspørsmål.

Jeg utarbeidet spørsmålene i tråd med litteratur om hvordan man kunne utforme gode spørsmål til barn. Spørsmålene skal ifølge Eide og Winger (2003), være tilpasset barnets emosjonelle og sosiale modenhet. For vanskelige spørsmål kan gjøre barna umotiverte til å gjennomføre intervjuet. Dermed måtte jeg sette meg inn i kunnskap om aldersgruppa, og ikke minst prøve ut om spørsmålene var funksjonelle (Eide og Winger, 2003). Jeg etterstrebet å jobbe med *spørreord* som fungerte på en slik måte at barnet kunne forstå at det ikke fantes noen fasitsvar, men at barnet selv satt med svaret. Eide og Winger (2003) peker på at det kan være gunstig å relatere spørsmålene til barnet, for eksempel ved å spørre: *Hva mener du....? Hva synes du...? Hva tenker du om....? Hvordan opplever du....?* Jeg valgte i tillegg til seks spørsmål, å benytte en figur (se figur.1). Denne viser en oversikt over den komplekse virkelighet av faktorer som påvirker ens helse i positiv eller negativ retning. Stikkordene i figuren, ble tilpasset barn med veiledning fra Camilla Ihlebæk i desember 2013. Under barneintervju er det ikke ukjent å

benytte støttemateriell (Eide og Winger, 2003). Figuren ble sendt inn som en del av søknaden til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste).

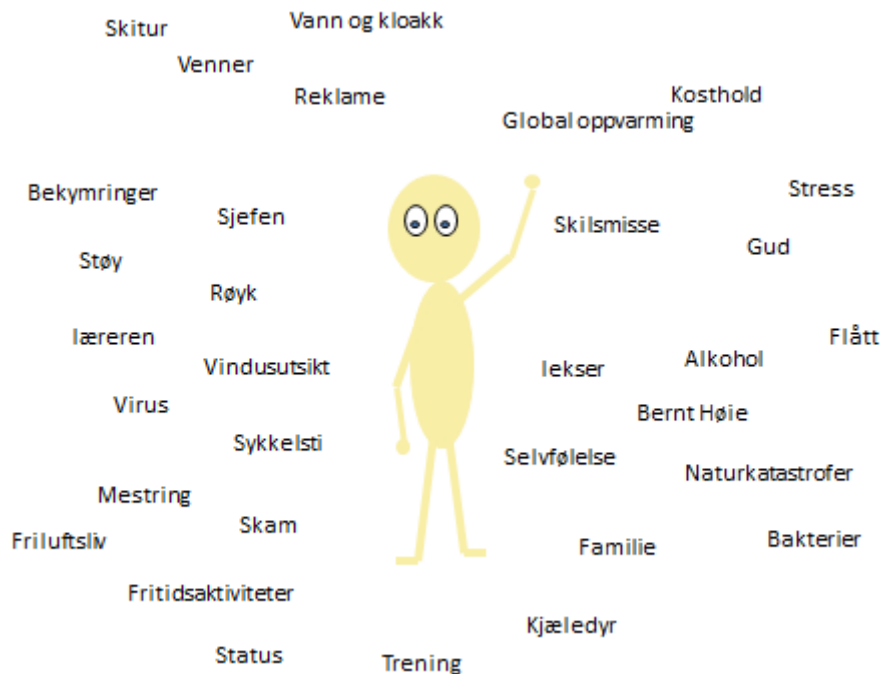


Fig. 1: «Alt henger sammen med alt» (Utviklet av Camilla Ihlebæk og Hilde Ericsson, 2013). Intervjuguiden er lagt som vedlegg 1.

#### 4.5 Gjennomføring

Gjennomføring av intervjuene ble utført i et lånt egnet rom, ved skolen til barna. Alle intervjuene ble utført juni 2014. Intervjuene ble gjennomført rett etter barnas skoledag, fordelt over tre dager. Jeg serverte drikke, frukt og kanelboller i forkant av at intervjuet startet. Dette for å gi litt energipåfyll og en avslappet stemning i forkant av intervjuet, som betraktes som viktig i en intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuene ble innledet med enkle spørsmål, som navn, alder og familie. Dette blir anbefalt ettersom det i den første fasen er viktig at forskeren etablerer en relasjon til informantene (Johannessen mfl. 2010). Videre informerte jeg om hva som skulle skje i forhold til at jeg tok opp intervjuet på bånd. Jeg snakket også om at ingen svar var

«feil» at det var barnas tanker og meninger jeg var ute etter, at de nå var ekspertene (Eide og Winger, 2003). Jeg sa også at de kunne trekke seg når de ville, om de følte det var riktig for dem (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg gikk så videre med åpningsspørsmålet som alle fikk, der jeg spurte barna hva de trodde mentes med at noen hadde en god helse. Videre spurte jeg hva som skulle til for at de selv opplevde å ha god helse. Så skulle de se for seg en «vanlig uke» i sitt liv, og tenke om det var aktiviteter og/eller opplevelser fra uken som de mente bidro til å gi dem god helse. Etter disse tre spørsmålene viste jeg dem figuren (fig.1). Punktene rundt «fyrstikk-mannen» (fig.1 «Alt henger sammen med alt»), ble gått gjennom punkt for punkt og streket over med merkepenne for hvert emne man snakket om. Barna satt ved siden av meg, og hadde muligheter til å følge med på figuren underveis. Figuren var en del av intervjuguiden. Etter gjennomgang av denne, fikk de spørsmål om hvem de trodde hadde ansvar for god helse, og videre om de kunne gi *et* råd til en venn for at han/hun skulle bevare en god helse. Jeg avsluttet så med å spørre om de kunne gi *et* forslag på et råd de kunne gi til statsministeren i Norge, slik at hun sikret god helse i befolkningen. Lengden på intervjuene varierte fra 24 minutter til 43 minutter, alt ettersom hvor ivrig barnet var til å gi korte eller utfyllende svar. På forespørselen som ble delt ut, hadde jeg oppgitt at intervjuet ville ta cirka 30-40 minutter.

#### 4.6 Transkribering

Jeg transkriberte intervjuene rett etter at jeg avsluttet dem. Transkripsjon defineres som en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Kvale og Brinkmann (2009) sier at en «korrekt transkripsjon» er umulig å beskrive». Det finnes ikke en sann; objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. De hevder at et mer konstruktivt spørsmål er å spørre seg selv: «*Hva er nyttig transkripsjon for min forskning*» (Kvale og Brinkmann, 2009:194). De beskriver to former for transkribering. Den ene er direkte ordrett, den andre kaller de transkripsjoner. Jeg valgte *stort sett* å transkribere intervjuene ordrett, ord for ord med alle gjentakelser og registreringer av «hmmm», «eee», i tillegg til følelsesuttrykk som tenkepauser, latter etc.

Transkripsjon innebærer også etiske spørsmål. Det er viktig å beskytte både konfidensialiteten til intervjupersonen, og ikke minst til personer som nevnes. I min studie kuttet jeg ut detaljerte

beskrivelser av personen, og av personer som ble nevnt. I innledning av intervjuene åpnet jeg med en del fakta spørsmål, som noen av barna svarte veldig utfyllende på. For eksempel ble de spurt om familie. Da var det noen av barna som oppga eksakt navn på foreldrene, alderen deres, adresse osv. Andre gikk i detaljer på hvilket status far eller mor hadde med nye kjærester osv. Inngangsspørsmålet var kun ment som en tilnærming til intervjupersonen, og jeg vurderte deres opplysninger som ikke relevant for oppgaven. Spesielt gjaldt dette to av de yngste barna som lot seg intervjuet. Flere ganger underveis i teksten av intervjuet, har jeg måttet kutte ut detaljerte opplysninger av etiske hensyn.

Nilsen (2012) hevder at en forsker bør transkribere selv, hvilket var selvsagt for denne oppgaven. I følge henne er det flere grunner til dette. Når vi lytter og skriver ned det intervjupersonen sier, kommer det nye tanker og ideer som kan noteres som refleksjonsnotater. En annen viktig grunn er at forskeren gjør seg godt kjent med datamaterialet. Jeg sier meg enig med Nilsens begrunnelser, som innebar en tidskrevende prosess. Jeg sikret på forhånd at opptakene var av god lyd kvalitet.

#### 4.7 Analyse av data

For å analysere mine rådata har jeg tatt i bruk Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2011). Jeg startet prosessen med en tekstnær koding, slik jeg har eksemplifisert under.

Tekstnær koding	Intervju (Analysedata)
En aktivitet å gå til Gjerne en fysisk aktivitet Sunne matvaner, fisk min. 1 g.pr. uke. Spiser jevnlig, men ikke for mye.	(Gutt 11 år, på spørsmål om hva han tror menes med at noen har god helse). <i>«At dem har noe dem kan gjøre en gang i uka, noe sånn fysisk aktivitet. At dem spiser sunt, som fisk en gang i uka for eksempel. Og at dem spiser jevnlig men ikke for mye»</i>

Fig.2: Et eksempel på tekstnær koding.

Deretter leste jeg meg gjennom hele materialet, for å lete etter sentrale temaer som kunne være med på å svare på problemstillingen. Når jeg hadde dannet meg et helhetsinntrykk og sammenfattet innholdet, sier Malterud (2011) at man må gå videre og finne de meningsbærende elementene i materialet. Jeg gikk systematisk gjennom transkriberingen, der jeg identifiserte kunnskap og informasjon rundt hovedelementene jeg hadde funnet. Jeg valgte å dele opp problemstillingen i to. Disse har jeg brukt som hoved overskrifter i resultatet. Videre fant jeg overordnede og underordnede kategorier under hvert av de to hovedspørsmålene. Resultatene er ordnet i tråd med de to spørsmålene i problemstillingen, og de overordnede og underordnede kategoriene. Nedenfor følger ett eksempel på hvordan jeg utførte kategoriseringsarbeidet.

Under hovedkategorien «fysiske miljøfaktorer», fant jeg følgende underkategorier:

Underkategori	Eksempler i rådata
Global oppvarming	<p>Barn (11 år): <i>«Hvis det blir veldig, veldig varmt kan det jo hende jeg må gå til Nordligere steder eller noe sånt»</i></p> <p>Barn (13 år): <i>«Nei, vi har det jo veldig fint her i Norge. Det er jo i sånne storbyer med CO2 utslipp og sånn, vi har ikke så mye av det her i Norge».</i></p>
Naturkatastrofer (som for eksempel flom, jordskjelv)	<p>Barn (11 år): <i>«Nei... tenker ikke så mye på det...jeg bekymrer meg ikke over at det skal skje. Jordskorpa er såpass tykk at det ikke blir noe jordskjelv her. Og flom trenger jeg ikke være redd for, fordi det er altfor liten kyst her jeg bor, også bor jeg 60 moh.».</i></p> <p>Barn (11 år): <i>«Ja det kan påvirke meg fysisk hvis det skjer, og det kan påvirke meg psykisk hvis det skjer i andre land, så ja...det påvirker helsa mi».</i></p>
Flåttbitt	<p>Barn (13 år): <i>«Jeg tenker på det om jeg går tur i skogen med masse grener og sånn. Før jeg skal dra tenker jeg på flått, jeg har fått flått en gang, og det vil jeg ikke få igjen - for det er skikkelig ekkelt»</i></p>

	Barn (11 år): « <i>Flått gjør ikke noe med helsa mi, jeg har aldri blitt bitt, men Lars Monsen er blitt syk. Det kan ta tid å bygge seg opp for han</i> ».
Bakterier/Virus	Barn (11 år): « <i>Hvis jeg blir syk, så går jeg glipp av skole, og skole er jo viktig</i> » Barn (11 år): « <i>Bakterier styrker immunforsvaret mitt, jeg pleier bare å være syk en til to ganger i året</i> ».

Fig 3. Eksempel på kategorisering

I følge Tjora (2012) og Kvale og Brinkmann (2009) er det vanlig å bruke sitater, feltnotater fra observasjoner med mer, for å formidle kvalitativ forskning. Ved å ta i bruk sitater fra den som er blitt intervjuet, så gir det leseren mulighet til å komme *tettere på empirien*, hevder Tjora. I tillegg hevder Kvale og Brinkmann (2009) at det å bruke direkte sitater kan styrke påliteligheten i studien. Det er også viktig at sammenfatningen formidles på en slik måte at man er lojal i forhold til informantenes stemmer, slik at leseren får innsikt og tillit til materialet (Malterud 2011). Innholdet i teksten i resultatdelen, formidler essensen fra barnas utsagn, og det er dette som er selve resultatet. Resultatet underbygges med ulike sitater fra intervjuene.

#### 4.8 Etikk

All vitenskap skal styres av forskningsetiske normer og retningslinjer (Johannessen mfl., 2010). For helsefaglig forskning er det Helsinki-deklarasjonen som gjelder. Denne master prosjektet har forholdt seg til deklarasjonen, og de forskningsetiske retningslinjene som ligger i den er blitt fulgt. Retningslinjene har vært styrende for mine etiske valg i forskningsprosessen. De har vært til hjelp på den måten at jeg har visst hvilke hensyn jeg har måttet forholde meg til (Legeforeningen, 2014). Noen av de etiske kravene var mer relevante for min forskning. Jeg har derfor valgt ut disse og utdypet temaene nedenfor. Det gjelder krav om at prosjektet er melde eller konsesjonspliktig, informasjon til informanten, samtykke, respekt for menneskeverdet, informantens integritet og konfidensialitet og formidling av forskningsresultatene.



Jeg tok i starten kontakt med REK Sør Øst i samråd med min veileder. De vurderte min fremleggsøknaden som aktuell for personvernforbundet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Melde- og konsesjonsplikt blir ifølge loven om behandling av personopplysninger utløst om prosjektet innbefatter behandling av personopplysninger, og om opplysningene, helt eller delvis, lagres elektronisk (Lovdata, 2000). NSD anbefalte studien.

Skriftlig og muntlig informasjon om hva det innebar å delta i studien (som også ble godkjent av NSD), ble gitt til aktuelle informanter. Det er et viktig etisk prinsipp at informantene får informasjon om undersøkelsen, slik at de med det kan skaffe seg en oppfatning av hva det forskes på, hva som er formålet med forskningen og eventuelle konsekvenser med å delta i prosjektet. Jeg utformet et skriv med overnevnte temaer, og oppfordret til å ta kontakt via e-post eller telefon dersom de hadde spørsmål eller det var uklarheter. De ble også her informert om at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst, uten å oppgi noen grunn. De ble og informert om at datamaterialet ville bli anonymisert og lydopptak slettet ved prosjektets slutt. Prosjektet kan først settes i gang etter at man har skaffet seg «informert og fritt samtykke» fra deltakerne (og i mitt prosjekt også foresatte, se vedlegg.4). Anonymitet og konfidensialitet ble ivaretatt hos deltakerne.

Som forsker er det viktig å jobbe utfra grunnleggende prinsipper om respekt og menneskeverd. Man skal ha respekt for deltagerens frihet, integritet og medbestemmelse. Krav om fritt samtykke, er en viktig faktor for å forebygge krenkelser av den personlige integritet. Intensjonen med barn som informanter er ikke å «bruke» barna til å gi fra seg informasjon de kanskje ikke ønsker å gi, men heller å gi dem mulighet til å komme frem med sine synspunkter og vurderinger. Tufte (2000) hevder det er viktig at barna får en ekspertrolle og blir sett på som viktige deltakere for kunnskapsutvikling. Han skriver følgende:

*«Det allerviktigste er at få et tillidsforhold til hinanden, og at børnene forstår at der er tale om en gensidighet, at der ikke er os, der bruger dem, men at de fungerer som medforskere i forhold til at finde du af et eller flere fænomener i den verden, der omgiver os, og som vi alle er en del af» (Tufte, 2000:268).*

Kvale og Brinkmann (2009) hevder det er en fin balansegang mellom forskerens streben etter interessant informasjon, og samtidig skulle ivareta respekten for informantens personlige integritet. De etiske forskningsprinsippene blir på denne måten viktig i seg selv, men og i forhold til forskningsresultatene gjennom hele forskningsprosessen. Jeg forsøkte å legge til rette for en trygg og avslappende atmosfære under intervjuene, hvor det var viktig for meg å gi barna en opplevelse av at de ble lyttet til, og at de medvirket under hele intervjusituasjonen.

All informasjon som forskeren får om intervjupersonen og omtale av tredje person, skal behandles konfidensielt. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres. Kravet om konfidensialitet er spesielt viktig når en lagrer rådata og lydopptak. Lydopptak skal oppbevares over en begrenset periode, og på en forsvarlig måte. Det skal heller ikke oppbevares lengre enn nødvendig. Intervjudata skal oppbevares til forskningsprosjektet er ferdig, lydopptak skal destrueres umiddelbart etter analysen av materialet er gjennomført og avsluttet (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg ønsker å presisere at samtykkeerklæringene ikke ble oppbevart sammen med lydopptakene, slik at de på ingen måte kunne kobles sammen.

Alle utsagn og opplysninger fra intervjupersonene, som kunne være identifiserbare, har blitt anonymisert gjennom transkribering. Jeg har valgt å bruke «et av barna», «gutt 11 år», «jente 13 år» osv., i transkriberingen. Kan det være skadelig eller belastende for barnet å delta i intervjuet, var et spørsmål jeg stilte meg. Informantene mine er barn, som er i en sårbar posisjon i forhold til at den voksne sitter med mye makt. Jeg har forsøkt å etterstrebe den *gjensidigheten* der man ikke skal bruke barnet, men se på dem som med forskere for å finne av fenomener i den verden vi omgir oss med. I denne studien innebar det å få vite mer om hva de la i helsebegrepet, og ulike temaer rundt dette. Det var viktig at denne *gjensidigheten* ikke bare var i tankene under innsamlingsfasen, men hele veien i forskningsprosessen. Et barn skal ikke føle seg «avkledd» når resultatene av intervjuundersøkelsen blir formidlet. Det er mitt ansvar å formidle dette på en etisk forsvarlig og nyansert måte. Ett viktig prinsipp for meg i denne studien, har vært å være med på å formidle en gjensidighet i voksen-barn relasjonen. Jeg antar, med bakgrunn i dette at det er usannsynlig at informantenes deltakelse vil være belastende eller at det vil gi dem noen form for konsekvenser. Jeg har fokusert på at min studie skulle være med å åpne for *dialog*, fremfor *opplysning* og *monolog* (Eide og Winger, 2003). Avslutningsvis vil jeg poengtere at jeg har vært bevisst på å ivareta etiske vurderinger og hensyn under hele forskningsprosessen.

## 5.0 Resultater

Resultatdelen er ordnet etter de to hovedspørsmålene i problemstillingen. Den ene er «Refleksjoner rundt helsebegrepet», og den andre er «Faktorer som påvirker helsen». Til det første spørsmålet legger jeg frem informantenes utsagn om hva de tenker *god helse* er. Jeg beskriver både det de intuitivt trakk frem som viktige faktorer for god helse, og det som kommer frem gjennom refleksjoner de gjorde seg underveis i intervjuet, om hva god helse var. Under faktorer som påvirker god helse har jeg for det første fått belyst hvem de tenker har ansvar for god helseutvikling. Videre er det informantenes utsagn om hva de mener *gir eller tar helse*, jeg belyser. Disse utsagnene er blitt til utfra gjennomgang av stikkord i Figur.1, som var en del av intervjuguiden. Utsagnene har jeg ordnet inn i fem kategorier; Individuelle faktorer, Livsstil faktorer, Sosiale faktorer, fysiske miljøfaktorer og samfunnsfaktorer.

Det kan virke som et kunstig skille mellom «produktet» helse, fra de prosessene som former helsen. I barnas verden gikk opplevelsen av *hva helse er* og erfaring med hva som styrket og *svekket helsen* over i hverandre. Det er likevel gjort for å få frem hva barna mener *god helse er i* sin intuitive form, og *hvordan de mente god eller dårlig helse ble til* når vi gikk litt nærmere inn på enkelt faktorer. Det er og gjort for å gjøre analysen overkommelig og presentasjonen lesbar.

<b>Refleksjoner rundt helsebegrepet</b>	<b>Faktorer som påvirker helsen</b>
Kategorier	Kategorier
-Helse er å være frisk og sterk -Helse er å være glad i, og trygg på seg selv	-Hvem barna mener har ansvar for helsen -Individuelle faktorer -Livsstilsfaktorer -Sosiale faktorer -Fysiske Miljøfaktorer -Samfunnsfaktorer

Figur.4 Oversikt over hovedspørsmål og kategorier

## 5.1 Refleksjoner rundt helsebegrepet

### 5.1.1 Helse er å være frisk og sterk

Alle syv barna fikk inngangsspørsmålet: «Hva tror du menes med at noen har god helse?». Svarene de gav var korte og presise. Samtlige barn hadde i første omgang en intuitiv formening om at helse i stor grad hadde med *sunns kost* og *et fysisk aktivt liv* og gjøre. Barna var mest opptatt av at de måtte spise riktig og trene regelmessig for at de skulle oppleve å ha god helse. Helse ble altså intuitivt forstått som noe som var knyttet til kroppens funksjon. De mente at man hadde god helse dersom kroppens funksjoner fungerte, samtidig som de måtte ta vare på kroppen for å ivareta denne funksjon. De så her på kroppen som noe de kunne påvirke. De så at helse ikke utelukkende var styrt av biologi og tilfeldigheter, men at det var noe de selv kunne være med å påvirke. En gutt (11 år) som spilte fotball svarte dette:

*«Det påvirker helsa mi på en positiv måte fordi det er sunt å trene rett og slett»*

Et av barna svarte at helse var fravær av sykdom. Hun måtte føle seg frisk for å kunne oppleve god helse. For henne var dette et avgjørende helsekriterium. Hun satte det midlertidig ikke opp som eneste kriterium, men sa at dette var viktig. En gutt (11 år) ga følgende svar:

*«Når man er barn, da er man jo egentlig alltid aktiv, så jeg trenger egentlig ikke begynne å tenke på det før jeg blir eldre».*

Han gav her uttrykk for at han i grunn ikke tenkte så mye på dette med helse, for god helse mente han at han hadde. Dette mente han å ha i kraft av å være fysisk aktiv, og at han var ung. Helse forbandt han med å være ung og frisk. Som voksen derimot, så tenkte han at dette ville bli annerledes. Han virket å være forberedt på at han da måtte fokusere mer på faktorer som kunne bidra til å bevare den gode helsen han hadde per i dag, og at han med «livets gang» kanskje ville

oppleve flere helseutfordringer. I denne helseoppfatningen lå det en indirekte oppfordring om å la «helsa være i fred», uforstyrret av medisinske risikofaktorer og kontroll av helsa.

Da jeg gikk inn på de ulike påvirkningsfaktorene for hva som kunne påvirke helsen positivt eller negativt, så hadde barna mange tanker om hva de tenkte bidro til god helse. Under denne gjennomgangen fikk de «åpnet blikket» i forhold til at andre deler av helsen enn den fysiske også hadde påvirkning på god helse. De så blant annet at trivsel, glede, hvile, restitusjon og likevekt var viktige faktorer for helse. Det å slippe store bekymringer følte de også bidro til god helse. Barna så at helsen hadde flere dimensjoner – ikke bare den fysiske, men at også psykiske og sosiale faktorer kunne bidra til god eller dårlig helse. Som en jente uttrykte, da vi snakket om å være ute i naturen:

*«Jeg blir glad av å være i naturen» (Jente 13 år).*

### **5.1.2 Helse er å være glad i, og trygg på seg selv**

Barna la stor vekt på selvets betydning for helsen. I deres refleksjoner så man at de selvtillit, trygghet på seg selv og mot til å være seg selv hadde betydning for helsen. To av informantene trakk inn den psykiske helsen, da jeg spurte hva de mente skulle til for at de opplevde å ha god helse. Gutt (11år) sa følgende:

*«At jeg spiser sunt, at jeg trener regelmessig og passer litt på meg selv».*

Han nevner her først dette med kost og fysisk aktivitet, før han avslutter med viktigheten av å «passe litt på seg selv». Dette er noe han tenkte dreier seg om andre ting enn kost og fysisk aktivitet, og han ser viktigheten av at også andre områder i livet bør «pleies» om man skal ha en god helse.

En annen jente (13) sa dette:

*«At man er frisk, at man ikke har noen sykdommer, men så er det jo fysisk helse.....at du er i god form på en måte.....så god helse er både mentalt og fysisk».*

Hun berørte her den psykiske helsen i tillegg til den fysiske. I tillegg så hun på god helse som å få være frisk og uten sykdommer. Hun var den eneste av informantene som nevnte dette med fravær av sykdom for å kunne ha en god helse.

I forhold til om barna tenkte at *selvfølelse* bidro til god helse, så var det et litt vanskelig begrep for noen av barna. Vi startet med å «drodle» litt rundt det, både med innspill fra barnet og meg. En gutt svarte at han som regel hadde en fin dag, så han tenkte ikke så mye over det. En annen svarte dette:

*«Ja – det påvirker helsa hvis jeg føler meg dårlig, så blir jeg ganske irritert, og det kan påvirke folk rundt meg».*

Han så her på hvordan han med å føle seg dårlig kunne sette sitt preg på omgivelsene og på seg selv. Flere av barna sa at om de opplevde å ha et godt selvbilde, så ble de glade og positive. Dette mente de genererte til å få lyst å gjøre ulike aktiviteter og de ble mer aktive av det. De snakket også om følelsen det gav dem å ha ett godt selvbilde, at det førte til at en «følte seg bra». Om den ble lav, påsto en gutt at han ble «slapp og dyster». En annen jente så på dette med *selvbilde* på en litt annen måte:

*«Noen ganger når jeg kanskje grer håret ordentlig, og kanskje får på meg litte gran mascara, så føler jeg at jeg er ganske pen. Men jeg jeg er ikke sånn: Åh.. jeg er så pen. Åh... herregud! Jeg er så fornøyd med livet mitt – jeg er helt perfekt! Jeg er mere sånn: Jeg er fornøyd med livet mitt, så ingen kunne gjort noe mere med det. Jeg er glad for den jeg er».*

Hun starter med å si noe om at ytre faktorer som et pent/velstelt ytre, førte til økt selvtillit. Underveis mens hun snakket virket det som tankene hennes dreide mot andre verdivalg, og hun modererte seg noe ved å si at hun ikke var opptatt av å være hundre prosent perfekt. Hun landet tilslutt på at hun var fornøyd med livet slik det var, at hun var glad for at hun var den hun var.

Jeg spurte om status påvirket barnas helse. Også her måtte noen av barna «drodle» litt rundt temaet, for å få klarhet i hva det gikk ut på. To av barna tenkte at det bidro til god helse, fordi om man for eksempel var populær på fotballbanen, så ble man oppmuntret til å spille bra og utvikle seg. De tenkte altså at det først og fremst førte til økt fysisk helse. En jente sa at lav status antageligvis førte til et lavt selvbilde, som igjen førte til dårlig helse. To av barna sa at de ikke hadde lav status, men om de hadde hatt det, så hadde det påvirket helsen negativt. En gutt sa han ikke tenkte så mye på dette med selvbilde, men om noen «*prøvde seg på han, så tok han bare revansj*». Han fant seg ikke i om noen skulle finne på å forsøke å knekke hans selvbilde. En jente sa at hun ikke var så opptatt av å ha høy status, hun vektla ekte vennskap som viktigere enn det å ha en høy status. Barna så på det å være trygg og glad i seg selv, som en viktig faktor for kilde til helse.

*Ja jeg bryr meg egentlig ikke om jeg er populær jeg. Jeg vil bare ha venner jeg. Og folk som bryr seg om meg».*

## **5.2 Faktorer som påvirker helsen**

### **5.2.1 Hvem barna mener har ansvar for helsen.**

Da de ble spurt om hvem de trodde hadde ansvar for helsen, så var det ulike tanker om dette. Flere av barna mente det i hovedsak var dem selv og den nærmeste familie som hadde ansvaret. Noen mente politikerne hadde litt ansvar, men mest var det familie og dem selv de mente hadde ansvaret for god helse.

*«Helseministeren har aller mest ansvar, og kanskje litt meg selv» (Gutt, 11 år).*

*«Ansvar for min helse.....ehhhhh.....vanskelig.....mamma passer på hva jeg får i meg, hun passer på at jeg har det bra, så hun har mye av ansvaret og æren». (Jente 13 år).*

En jente så på dette med familien og nettverket som en viktig påvirkningsfaktor for å skape helse, i tillegg til at hun uttrykte at ytre faktorer også påvirket hennes helse:

*«Ansvar har vel de som er rundt meg tror jeg, litt dem man er med. Hvis de har det bra, så føler jeg at jeg får det bedre. Om alle i familien har det bra, og ikke er syke, så får jeg også det bedre. Men så er det jo andre ting som påvirker da.....som reklame og sånn.....man blir jo påvirket av andre» (Jente 13 år).*

Jeg oppfatter at jenta så at ansvar for helse ikke bare var et individuelt og familiært prosjekt, men og at det var en sosial konstruksjon. Helsen hennes ble formet og påvirket av de forventninger og målestokker hun møtte i skole, blant venner og via reklame, ikke bare gjennom familien.

Jeg spurte barna om de kunne gi et råd til sin nærmeste venn i forhold til hvilket tips de ville gi for at vennen skulle bevare en god helse. Hensikten med disse to «tanke eksperimentene» var å fange opp barnas meninger om det enkeltmenneske kan gjøre for sin helse (personlig helse), og det viktigste samfunnet kunne gjøre folkehelsen (politisk helse). Rådene de gav fokuserte på det å spise sunt, og være fysisk aktiv. Et barn oppfordret vennene til å ikke bare sitte foran pc, tv eller på mobilen, da hun mente alle barn gjorde dette i altfor stor grad. Hun oppfordret vennen til heller å ta seg en tur ut. To barn oppfordret i tillegg til å være sosial med venner. To av barna oppfordret også til å være mer ute. De la altså ansvaret på individet, at det var enkeltindividets ansvar å sikre en god helse.



*«Husk å hold deg unna godteri.....det er lov en gang i blant, men prøv å hold deg unna godteri.....og gå på treningssenter!» (gutt 11 år)*

*«Vær mer ute.....mer i fysisk aktivitet. Ja for hvis man spiser litt mye men er fysisk aktiv, så tror jeg ikke det gjør så mye.....» (gutt 11 år).*

Videre spurte jeg om de kunne gi statsministeren et råd, for at hun skulle sikre god helse hos det norske folk. Noen sa at hun burde senke prisene på sunne ting, og skru opp prisen på det som var usunt. En gutt oppfordret statsministeren til ha gratis «lunsj-salater» på skolen, og salatboder rundt omkring i byene og ellers rundt i samfunnet. En annen ville be statsministeren om å ha mer fysisk aktivitet i skolen. Ei mente gratis frukt i alle norske skoler, var et råd hun ville gitt. En jente mente statsministeren måtte skjære hardt ned på den usunne maten som var i butikkhyllene. En annen jente ville be statsministeren sørge for at alle hadde det bra, men hun sa at hun så at det var et vanskelig råd å gi.

*«Stopp den usunne maten» (Jente 11 år).*

*«Tenk på at alle skal ha det bra, men det er vanskelig å gi som råd på en måte.....». (Jente 13 år).*

Også på spørsmål om hvilket råd de ville gi statsministeren, så hadde de hovedfokus på kosthold og fysisk aktivitet. Samtidig så skjønte de at samfunnsfaktorer som priser og tilgjengelighet hadde betydning for det norske folks helse.

## 5.2.2 Individuelle faktorer

I forhold til det å oppleve mestring tenkte alle at det bidro til god helseutvikling. Noen synes det var gøy å mestre, da det gav dem en god følelse. En jente sa at hun likte å oppleve mestring på skolen. Mestret hun tingene der, fikk hun lyst å lære mer. Når hun opplevde å mestre en test/prøve, synes hun det gav en god følelse etter å ha gått og gruet seg i forkant. Alle var opptatt av at mestring førte til at man fikk lyst å yte mer. Dette gjaldt spesielt i idrett. Følgende utsagn beskriver dette:

*Ja hvis man kanskje klarer å løpe 60 m på 10 sekunder, da blir man oppfordret til å klare å slå rekorden sin. (Gutt, 11 år).*

I forhold til å tro, spurte jeg om Gud bidro til god helse i barnas liv. Tre av barna trodde ikke på en Gud, og naturlig nok tenkte de da at dette med tro ikke påvirket deres helse. En gutt hadde et håp om at himmelen fantes, så han kunne få være sammen med de han var glad i når han døde. En jente var tydelig på at hun trodde på et liv etter døden. Hun synes dette med tro og religion var fryktelig kjedelig når de hadde det som pensum på skolen, men personlig så hadde hun glede av sin tro. Hun sa hun ba til Gud hver kveld, så hun kunne slippe å ha mareritt. Hun påsto at det hjalp. En annen gutt trodde ikke på Gud, men han var ikke fremmed for at det var noen *sjeler* som hjalp oss mennesker. Da jeg spurte han om han trodde disse sjelene påvirket til å gi oss en god helse, svarte han at han trodde at sjelene ble glad om han trente. Han fortalte og at noen «ba sin bønn», men hvorfor de gjorde det visste han ikke.

I forhold til stress så mente seks av syv at dette kun var negativt for helsen. Flere beskrev stresset de hadde følt de gangene de hadde forsovet seg, og måtte kle på seg fort, sykle fort og så videre. En av de som snakket om dette, sa det «*skjedde noe oppi hode*», som han ikke trodde var bra for helsa når han måtte gjøre ting «*dobbelt så fort som vanlig*». Ett barn opplevde det som stressende når noen kranglet, og han ble trist av det. For ett barn opplevdes skolen som et stort stress i livet. Han synes det var stressende å stå opp, komme seg dit, være der og det var stressende med alle leksene. Et barn opplevde det som stressende at hun ikke fikk møte tidligere kjæreste til sin forelder, og hun savnet både steforelder og stesøster. Hun fortalte at hun hadde utviklet noen

«stressmuskler», som hun gikk til kiropraktor for å få løst opp i. Altså var savn, noe hun mente førte til stress. Et barn syns det var stressende at moren og faren ikke var kjæresten lengre. Dette hadde også med savn å gjøre, i forhold til den av foreldrene hun ikke fikk sett, og savnet etter å være hele familien samlet. Ett barn tenkte at stress ikke var bare negativt. Han snakket om opplevelse av mestring, når han hadde utsatt seg selv for stressede situasjoner. Når han hadde mestret noe han hadde opplevd som stressende i forkant, så forsvant stresset ved at han hadde mestret oppgaven. Stresset gikk da over til en god følelse. Han forklarte det slik:

*«Jeg føler meg stressa når jeg har oppvisning... når jeg må gjøre noe som folk ser opp til meg for..... på en måte.....og når jeg mestrer det så kan stresset jeg følte gå over til en god følelse. Ja da kan jeg på en måte miste stresset...og det er bra for helsa ....hvis man mister det....»*

I forhold til begrepet skam, mente samtlige at dette ikke var bra for helsa. De hevdet at «*litt skam*» ikke betydde så mye for helsa, det kom an på graden av hvor stor eller liten skammen var. Ei sa at om hun hadde gjort noe veldig galt, og om hun gikk rundt og hadde skyldfølelse på grunn av det hele tiden, så ville det gå utover helsa hennes. Ett barn mente at det å være skamfull førte til at han ble lei seg, han kunne bli flau, han kunne bli sint og han kunne bli irritert. Alle disse faktorene mente han påvirket helsa hans negativt. Ei jente hadde engang kaldt sin far for «*en dust*», og hun sa hun angret på dette den dag i dag. En annen gutt hadde tydelig fulgt med på nyhetsbilde rundt de dagene han ble intervjuet, og kom raskt i prat om skam i forhold til en idrettsstjerne som hadde kjørt i ruspåvirket tilstand:

*«Ja for jeg hørte at Petter Northug.....han har jo masse skam på grunn av at han akkurat har krasja den bilen og han var full.....og da hørte jeg at han trente en uke mindre per år enn han gjorde før.....»*

Det som var fokuset til gutten her, var at Petter Northug mistet en hel uke fysisk trening på grunn av skammen han hadde påført seg selv. Ergo så gutten at skammen førte til mindre fysisk trening, som igjen førte til dårligere helse og/eller prestasjoner. Det var altså ikke den mentale helsen som var fokuset.

I forhold til bekymringer så mente barna at dette ikke var bra for helsa. Et barn sa hun prøvde å forsøke å finne ut av hvorfor hun bekymret seg, for med det å prøve å kunne slippe taket på bekymringen. Et annet barn opplevde at bekymring førte til at han ble lei seg, som igjen førte til uro og stress. Et barn var bekymret for krangling og slåssing mellom søsken. Han sa han ble redd for at de skulle skade seg. Et barn sa at hun ble slapp/sliten av å være bekymret, og hun sa at hun beveget seg mye mer når hun slapp å tenke på ting som eventuelt plaget henne.

## **5.3 Livsstilsfaktorer**

### **5.3.1 Kosthold**

Av de syv informantene som ble spurt om kosthold påvirket helsen positivt og/eller negativt, svarte fem at det var viktig med hva man spiste. Noen nevnte spesifikke sunne matvarer som viktig for å ha en god helse, mens andre igjen trakk frem viktigheten av å holde seg vekk fra enkelte matvarer/produkter. En nevnte fisk som viktig for god helse, mens to andre syns mat fra hamburgerkjeder samt sjokolade var matvarer man ikke burde spise for ofte. Alle barna mente at kostholdet påvirket helsen deres. De sa at om de spiste sunt, så påvirket det helsen i positiv retning. Om de spiste for mye usunt så mente de at de fikk en dårligere helse. En gutt var spesielt opptatt av mekanismene i forhold til inntak og kroppens funksjon. Han sa han spiste mat han ikke likte fordi han visste at det bidro til at kroppen hans da kom til å fungere slik den skulle. Alle var opptatt av at de skulle spise mest sunn mat, spesielt på ukedagene. Flere hintet forsiktig om at det var lov med godteri en dag i uka, men ikke mer. Det kunne virke som de nesten var litt skamfulle når de brakte dette på banen, som at det kanskje ikke hadde noe i samtalen om «god helse» å gjøre. Da jeg utdypet spørsmålet med å spørre om en fiskemiddag gav dem god helse, svarte alle informantene at det gav dem god helse, på tross av at flere av dem ikke likte fisk. Noen påpekte også at det var viktig å spise «passe mengde» mat, hvert fall ikke for mye. Da jeg spurte om en is på en varm sommerdag eller om nybakte kanelboller var med på å gi dem en god helse, spriket svarene noe. De fleste svarte at dette *ikke* bidro til god helse, mens noen svarte at

det kanskje ikke gav dem så god helse, men at de ble glad av det. En av jentene hevdet at isen slettes ikke var bra for helsa, da hun kom til å legge seg ned mens hun spise den, og etterpå bli skikkelig slapp. En jente svarte følgene på spørsmål om is på en varm sommerdag:

*«Det kommer vel an på hvilken dag det er. Hvis det er 17-mai eller bursdager og sånt, så tenker jeg at.....»*

Det er akkurat som hun ikke våget å fullføre setningen, men da jeg bekreftet at gleden over isen kunne bidra til god helse, nikket hun smilende og bekreftet med ett ja. For å glede seg over isen måtte det midlertidig være en grunn for å gjøre seg fortjent til å spise det, som en bursdag eller en merkedag. Rett etter spørsmål om isen, spurte jeg om kanelbollene. Hun smilte bredt, og svarte langt mer selvsikkert og med innlevelse denne gang:

*«Assa.....jeg blir jo veldig glad når mamma har bakt kanelboller....også smaker de så godt når de er nybakte».*

Det kan tyde på at barna først og fremst forbandt det å ha et sunt kosthold som viktig for god helse. Når jeg utvidet spørsmålet med å trekke inn isen og kanelbollene, ble noen tankefulle og noen litt usikre. Det var tydelig at «kosemat» var noe de i utgangspunktet ikke forbandt med god helse. Ett av barna var opptatt av at en aggressiv markedsføring lurte forbrukerne. Varene ble fremstilt som tilsynelatende «sunne produkter», men hun mente at disse kanskje ikke var så sunne likevel. Her nevnte hun en type smoothie og en yoghurt som ble markedsført som sunn, som hun mente ikke var så sunn. For henne var det viktig å følge med på innholdsdeklarasjonen, for med det å ikke la seg lure.

### 5.3.2. Fysisk aktivitet og trening

Seks av syv informanter svarte at fysisk aktivitet var en viktig faktor for å ha god helse. Ett barn nevnte i tillegg at en ikke burde være inaktiv om man skulle ivareta en god helse. Hun forbandt god helse med at man var sterk fysisk, i forhold til å kunne bevege seg hurtig - så man kjente at man ble sliten. Hun mente man ikke hadde god helse om man levde et liv på en sofa, foran en tv.

Ei av jentene var tydelig ikke så fornøyd med innsatsen hun hadde gjort for sin helse. Hun svarte følgende: «*Jeg må bevege seg mer og ikke bare slappe av hele tiden*». Gjennom dette utsagnet sa hun indirekte at hun ikke hadde så god helse som hun skulle ønske, da hun brukte litt for mye tid på å slappe av. Oppskriften på en bedre helse mente hun var å øke aktivitetsnivået.

Barna ble så bedt om å se for seg en vanlig uke i sitt liv, fra mandag til søndag. Så ble de spurt om det var aktiviteter eller opplevelser fra uken, som de ville trekke frem som bidrag for at de opplevde å ha god helse. Tre av guttene spilte fotball, og trakk dette frem som viktige aktiviteter for god helse. De var opptatt av å fortelle om mengden av trening de utførte, som om at de understreket at de fikk bedre helse fordi de trente mye og regelmessig. Alle tre guttene sa noe om mengde trening i svarene sine.

Gutt (11 år) sa følgende: «*Jeg spiller mye fotball, jeg spiller fire ganger i uka*».

### 5.3.3 Fritidsaktiviteter, skitur og friluftsliv

Da de fikk spørsmål om *fritidsaktiviteter* var med å gi dem god helse svarte alle at dette var viktig. De nevnte fotball, riding, korps og dans, men trakk i tillegg inn dette med vennskap når de var på de forskjellige fritidsaktivitetene. Noen nevnte også frilekens betydning for god helse. Aktiviteter som hopping på trampoline, sykling og lek i gata - ble trukket frem som kilder til god helse. Da jeg stilte oppfølgingsspørsmål i forhold til om det var noen opplevelser utenom «*den organisert aktiviteten*» barna tenkte bidro til god helse, svarte tre barn ja på dette. En sa at han

syns at det var godt med sommer og bading, for han pleide å bade mye. En annen sa at det å «*henge med venner, og hoppe trampoline sammen*» var viktig for hans helse. Her trakk han frem både det sosiale aspektet og den fysiske aktiviteten. Ei jente fortalte at hun noen ganger hadde fått være med moren sin i stallen, der moren hadde hest på for. Der fikk hun ri, hun gikk tur ved siden av når moren red, og de rengjorde/møkket boksen sammen. Også hun trakk fram det sosiale med aktiviteten, og det de gjorde fysisk. Ellers hadde ikke de fire andre barna noen utfyllende svar på dette spørsmålet.

Et stikkord i figur.1, var skitur. Her var det flere ulike meninger om det var med på å gi dem god helse eller ikke. Flere sa de trodde det var bra for helsa å gå på ski, men at de ikke var spesielt glade i å gå på ski selv. Flere syns derimot at slalåm var en aktivitet de likte, og som kunne være med på å gi dem god helse. To av informantene sa at skitur var en aktivitet de *kun* utførte i skolens regi. De fem andre barna fortalte om gode opplevelser de hadde hatt på fjellturer i påske og vinterferier. De gikk i dybden på detaljer som premiering i form av kvikklunsj om man nådde toppen etc. To av barna svarte at ski gav dem god helse da de fikk trent både bein og armer, altså fokus på den fysiske helsen. Et barn smilte lurt da han fikk spørsmålet, og svarte:

*«Jeg står ikke så mye på ski for å være helt ærlig. Men når jeg først står på langrenn, og jeg ikke står så lenge, så tror jeg det er ganske gøy....og frisk luft og sånn....deilig... Så liker jeg å kjøre fort i slalåmbakken».*

Han så her på helseaspektet på flere områder. Det skulle ikke være for lang skitur, da opplevde han det ikke som særlig positivt. Om han derimot gikk en kortere tur, så *trodde* han *kanskje* at dette var *nokså gøy* og *deilig*. Han så også helseaspektet med å få være i ute i frisk luft. Kort oppsummert forbandt fem av barna skitur med noe positivt for helsen, mens to av barna ikke hadde noe særlig sans for aktiviteten, eller noen stor erfaringer med den.

På spørsmål om friluftsliv var med på å gi barna god helse, utrykte alle glede over aktiviteter de forbant med dette. En gutt lyst opp og svarte:

*«Friluftsliv....åh...det elsker jeg. Fiske og teltturer og alt sånn der. Men om det regner sånn kjempe masse, og det er grå himmel og sånn.....og det er skikkelig vått, da er det liksom ikke så gøy. Jeg pleier å være på tur....som oftest med venner og familie...»*

En annen gutt var mest glad i friluftsliv ved sjøen, der han kunne bade, grille og fiske med kompisene sine. Han trakk frem sommeren som spesielt fin årstid, og sa han ikke var spesielt «fan» av vinterhalvåret. Ei av jentene sa hun elsket turer der hun fikk spikke med kniv, grille, bade, kjøre båt og sove i telt. En annen jente opplevde den årlige kanoturen med sin far, en annen pappa og sin venninne, som en positiv faktor i sitt liv. Alle barna viste glede over å kunne få mulighet til å delta i friluftsliv, i en eller annen form.

## **5.4 Sosiale faktorer**

### **5.4.1 Sosialt samvær med venner**

En gutt fortalte at han spilte i korps, og var spesielt opptatt av det sosiale i forhold til reiser de hadde vært på. Han fortalte med stor innlevelse om tidligere turer, og planlagte turer de skulle på. Selve spillingen med instrumentene, var han ikke så opptatt av å fortelle så mye om. Jeg hadde oppfølgingsspørsmål rundt dette, men han virket ikke særlig interessert i å snakke om det. Han trakk frem det sosiale aspektet med aktiviteten, som viktig for helsen. I forhold til venner så var barna enige i at venner var med på å gi dem en god helse. Svarene de gav for hvorfor det var viktig, var derimot todelt. En gutt snakket varmt om hvor gøy man kunne ha det med venner, og at han ble glad i dem. Han ble litt usikker på om dette hadde med helse og gjøre, og henvendte seg til meg for å sjekke om han var på riktig spor, noe jeg bekreftet ved å nikke et ja. En av jentene sa det samme, at hun synes det var godt å ha venner og at det var noe hun var avhengig av. Disse to barna så på vennskap som viktig i forhold til *nettverk* som en viktig faktor for god helse. De fem andre barna svarte derimot helt annerledes. De så på venner som et hjelpemiddel for å oppnå bedre *fysisk helse*. De nevnte blant annet at vennene kunne dra dem med ut på for eksempel fotballbanen, de kunne «løpe rundt og herje sammen og liknende. En av jentene sa at bestevenninnen dro henne med ut på joggetur og sykkelturet, på tross av at hun ikke var noe glad i det. Med det mente hun at venninnen bidro til å gi henne god helse. Jeg prøvde å vri spørsmålet litt ved å si til disse fem barna at om de så litt annerledes på spørsmålet om vennskap, så handlet



det like mye om det å ha noen å prate med, man slapp kanskje å oppleve ensomhet, man opplevde glede etc. Først når jeg spurte på denne måten ble barna opptatt av at også dette var viktig i forhold til en god helseutvikling. En gutt (11 år) svarte etter at jeg hadde utdypet dette slik:

*«Jeg ville blitt lei meg uten venner. Venner er viktig for å ha et godt liv. Man trenger gode venner i livet sitt».*

#### **5.4.2 Familiens betydning**

I forhold til om det å ha en familie opplevdes som viktig for en god helseutvikling, var alle barna enig i at familie var viktig. Også her snakket barna om at mamma eller pappa dro dem ut på ulike aktiviteter og med det bidro til god helse. Flere av barna påpekte også at kostholdet i familien påvirket dem til god eller dårlig helse. Her trakk de frem mødre som spesielt viktige i forhold til både kosthold, trening og det å sørge for at de måtte være ute i frisk luft. Flere av barna hevdet at mødre deres var opptatt av at de fikk i seg sunn og variert mat.

En jente sa at hun og hennes far hadde begynt å lage sunne måltider sammen. Hun fortalte i detaljer om en hamburgermeny der kjøttdeig var byttet ut med karbonadedeig, og at fint brød var byttet ut med grovt. Hun virket stolt over faren sin som hadde satt i gang med dette, at de hadde innhentet kunnskap om sunt kosthold sammen, og hun fortalte at det var fint at de kunne gjøre dette sammen. Hun virket spesielt opptatt av det sosiale rundt aktiviteten, i tillegg til at jenta var opptatt av endringer i kostholdet som viktig faktor for helsen. En gutt var opptatt av hvordan familien kunne hjelpe han om han skulle trenge hjelp. Han mente at mødre og fedre skulle lære barna hvordan man skulle bli selvstendige, og at det var viktig for en god helseutvikling. En annen jente sa at det å ha familien rundt seg gjorde henne glad, fordi hun visste at de brydde seg om henne. En jente (11 år) så virkelig nødvendigheten av familie for god helse, og hun svarte dette:

*«Ja familien min er viktig. Uten dem hadde jeg ikke klart å overleve! Uten dem ville det vært veldig trist og ensomt. Selv om jeg hadde bodd på barnehjem ville jeg følt meg trist og ensom, uansett hvor mange barn og voksne som var der. Jeg er fornøyd med at jeg har en mamma og en pappa, og søsken».*

Jeg spurte barna om skilsmisse kunne være med på å gi dem god eller dårlig helse. Fire av barna hadde foreldre som var skilte. Ett barn mente at det påvirket helsen fordi han/hun fikk litt mer usunn mat hos faren sin, enn han/hun gjorde hos moren sin. Et annet barn mente at skilsmissen påvirker helsen hans/hennes negativt, fordi moren hadde et strengere regime i forhold til å følge opp trening, enn hva faren hadde. Ett barn tenkte at skilsmissen ikke påvirket helsen hans/hennes i det hele tatt, mens ett barn opplevde det som både positivt og negativt at foreldrene var skilt. Han/hun fikk med det flere gaver og bursdagsfeiringer, noe han/hun så på som positivt. I forhold til stress kunne han/hun bli stresset av at han/hun stadig måtte bo/flytte på seg mellom mamma og pappa, og han/hun ble og stresset av at de noen ganger var uenige eller kranglet. De barna som ikke hadde skilte foreldre opplevde det som positivt at foreldrene var gift, og sa de hadde blitt lei seg om de ble skilt.

I forhold til alkohol så hadde barna tanker om at det kunne påvirke deres helse. Et barn fortalte at han/hun var veldig obs på hvor mye den voksne drakk. Han/hun var fortrolig med at den voksne tok en eller to øl, men om de drakk mer, så ble han/hun engstelig for om de skulle bli fulle. Et barn var veldig tydelig på at han/hun ble stressa av alkohol, at han/hun syns det var ubehagelig, og at det påvirket helsen hans/hennes negativt. Et barn sa hun syns det var rart å se voksne fulle, men hun utrykte ikke om det påvirket henne i noe som helst retning. Et barn fortalte om en ubehagelig opplevelse der en perifer venn av familien hadde vært overstadig beruset og mistet kontroll over kropp og sinn. Han/hun hadde opplevd situasjonen som svært ubehagelig, og sa at han/hun hadde tenkt ganske mye på episoden i etterkant. To av barna sa at de *«passet seg litte grann»* når de opplevde mennesker som var fulle:

*«Ja ettersom jeg blir redd.....for jeg vet jo ikke hva de kan finne på liksom.....de er jo fulle.....de kontrollerer seg ikke...»*

*«Nei, men jeg passer meg lille grann når jeg ser fulle folk, for da kan det skje noe gææærnt....jeg tar litt avstand.....»*

Ett av barna trakk frem at hun aldri hadde sett foreldrene sine overstadig beruset. Han/hun uttrykte glede over at han/hun hadde sluppet å se dem beruset ved at de viste måtehold med alkohol. De fleste barna forbandt alkohol med negative opplevelser og følelser, og uttrykte at det førte til at de ble stresset og at de følte utrygghet.

### **5.4.3 Kjæledyr**

De fleste barna uttrykte at *kjæledyr* var et viktig bidrag for god helse i deres liv. Barna hadde kaniner, rotter, hund og katter. To av barna hadde ikke kjæledyr på grunn av allergier i familien. Flere sa at kjæledyrene gjorde dem glad, når de fikk kose med dem. En gutt sa at han gledet seg til å komme hjem til hunden hver eneste dag. Den kom han i møte og hoppet opp på han og logret når han åpnet døra. Denne gleden kjente han på lenge før han nærmet seg sitt eget hus, kunne han fortelle. Slik hadde det ikke vært før han fikk hund. En jente var opptatt av at hun gjennom å ha hund, fikk fysisk aktivitet da hun måtte gå tur med den tretti minutter, opptil fire ganger i uka. Guttene med kaniner sa kaninene gav dem god helse da de stadig stakk av, og at de da brukte lang tid på å fange dem igjen. De var altså opptatt av den fysiske helsegevinsten det gav dem å jakte på kaninene som hadde rømt. Da jeg spurte den ene gutten om det å kose med kaninen gav han god helse, svarte han følgende:

*«Ja det tror jeg gir god helse.....hvert fall ikke noe dårlig helse».*

Gutten forbandt tydeligvis ikke dette med kosen som en del av det å oppleve god helse, da han la mere vekt på den fysiske helsegevinsten med å ha dyrene. Gutten med rotter og hund, svarte at han synes rottene gav han en god helse. Han synes derimot at det å ha hund kunne være litt masete. Dette fordi det ble mye mas i forhold til at han måtte gå tur, og diskusjoner om hvem sin tur det var å gå. Dette opplevde han som stress. Et av barna med allergi i familien sa hun fikk dekt behovet gjennom å være i stallen to ganger i uka. Her hadde hun to yndlingshester som hun

stadig koste med. Den siste som hadde allergi i familien sa at hun ønsket seg en allergivennlig hund, fordi hun da kunne gå tur med den, og kose med den.

## 5.5 Fysiske miljøfaktorer

Jeg spurte barna om *støy* var en faktor som påvirket deres helse. De fleste sa at de bodde på steder der de var lite utsatt for *støy*, men at om de hadde bodd ett sted med mye *støy*, så hadde de ikke likt det. En gutt sa i midlertidig at om han hadde bodd på en slik plass, så hadde han kanskje kunnet venne seg til det:

*«Støy påvirker ikke meg der jeg bor, men hadde jeg bodd i Kairo hadde det påvirket meg. Men man blir sikkert vant til det også da.»*

Ei jente fortalte at hun bodde ganske landlig, men at hun hadde to nabohunder som ble sluppet ut, og som gikk å bjeffet i hagen. Hun fortalte at hun kunne våkne midt på natta av bjeffingen, og at dette var ganske så irriterende. For henne handlet det blant annet om at hun gikk glipp av søvnen hun trengte. En jente og gutt fortalte at de opplevde uro i klassen som *støy*, og dette førte til at de ble ukonsentrert og ikke fikk med seg undervisningen.

I forhold til om barna mente at sykkelstier var med på å gi dem god helse, sa barna at dette definitivt bidro til bedre helse. Flere var svært glad i sykle og sa at om det ikke hadde vært sykkelstier, så hadde de ikke syklet så mye. Når det var egne sykkelstier, slapp de å tenke på trafikken og bilene.

I forhold til om barna mente at vindutsikt bidro til god eller dårlig helse, sa de at også det hadde betydning for helsen. Ofte «drodlet» vi litt rundt dette, i forhold til ulike ting man kunne se fra et vindu. Ei jente var veldig fornøyd med utsikten hun hadde der hun bodde, og hun tenkte at hun fikk lyst å gå ut på dager hun så ut av vinduet, og registrerte at solen skinte. En annen gutt sa at naturen utenfor vinduene der han bodde, gjorde at han fikk lyst til å gå ut. Han kunne

dessuten se ned til sin venninne, og når han gjorde det så fikk han alltid lyst til å løpe ned til henne for å spørre om hun ville være med å finne på noe i skogen. For tiden drev de med hyttebygging i skogen, og han kunne se ned på hytten fra soveromsvinduet sitt. En gutt tenkte at han hadde blitt urolig om han hadde bodd et sted, der han så rett ut i en trafikkert vei eller om han så rett i en grå murvegg. En annen sa dette:

*«Hvis jeg hadde bodd i Oslo, i blokker – så hadde det påvirket meg. Det hadde ikke gjort meg så mye om jeg ikke så noe grønt, for jeg er ikke så mye i skogen. Det som er viktig for meg å være nærme sjøen da, det betyr litt».*

I forhold til om røyk/røyking påvirket barnas helse, så var det flere som ikke tenkte det påvirket dem i stor grad, da de ikke levde med noen som røykte. Ett barn hadde en pappa som hadde røkt tidligere, og hun sa at hun hadde vært redd for helsen hans da han holdt på med røykingen. Etter at han hadde sluttet, sa hun at hun følte det mye bedre, da hun slapp bekymringen i forhold til om han skulle bli syk av det. Noen fortalte om bestemødre/fedre som hadde røkt, men som hadde sluttet. Alle barna var negativ til røyking. De ønsket ikke å starte med dette selv. To av barna hadde foreldre som røykte. En av dem tenkte at det ikke påvirket han i stor grad, men at det aller mest påvirket foreldrenes helse. Det andre barnet var litt bekymret for det han kalte «den usynlige røyken i rommet», som han pustet inn.

*«Det er jo masse usynlig røyk i rommet, selv om de ikke ser det. Jeg lukter det når de kommer inn.....de pleier å ha døra på gløtt, også kan det hende noen ganger at de røyker inne».*

I forhold til om rent vann og kloakkanlegg bidro til god helse, så mente alle at vi var heldige som bodde i Norge og hadde tilgang på rent vann. Flere sa det var spesielt sunt å drikke vann. I forhold til om kloakkanlegg/rørsystem bidro til god helse, så hadde ikke barna tenkt så mye på om det bidro til god helse eller ikke. Da vi «drodlet» litt rundt det, resonerte de seg raskt til at også dette hadde stor betydning for deres helse. De snakket da om hvor uhygienisk det ville bli, om kloakken ikke var lagt i rør etc. Etter å ha snakket litt om dette med å ha et rørsystem for kloakken, for å unngå uhygieniske forhold og dertil sykdommer, uttrykte en jente følgende:

*«Vi er så heldige. Vi er ett av de rikeste landene i verden....vi har råd til å gjøre sånn».*

I forhold til om global oppvarming og naturkatastrofer påvirket barnas helse, så hadde samtlige barn et avslappet forhold til at det skulle skje dem selv. De fleste tenkte at global oppvarming var noe litt «fjernt», som de ikke utrykte større bekymring for. Flere av barna snakket om betydningen av å ta vare på miljøet, for med det å beskytte mot globaloppvarming. En gutt og en jente var opptatt av at om det skjedde naturkatastrofer i andre land, så påvirket det dem psykisk.

*«I forhold til om det skjer i andre land, så kommer det følelser til meg som gjør at jeg også blir påvirket. Det har jo med helsa og gjøre det og faktisk» (Gutt 11 år).*

I forhold til om bakterier og virus påvirket barnas helse, så forbandt flere dette med at man ble syk og at det dermed påvirket til en dårlig helse. En gutt påpekte at om han ble syk så gikk han glipp av skolen, som var viktig for han. En annen gutt sa om han ble liggende syk med bakterier eller virus, så fikk han ikke trent like mye som han pleide, og han fikk ikke mulighet til å ha det gøy med vennene sine. Ei annen baserte svaret på ting vi hadde snakket om tidligere i intervjuet, og sa at på grunn av at kloakken var lagt i rør, så slapp vi å bli utsatt for bakterier og virus. En gutt hevdet at bakteriene styrket immunforsvaret hans, og på den måten bidro til god helse. Han var ikke ofte syk, kunne han fortelle.

I forhold til om flått påvirket barnas helse så var det flere som aldri var blitt, og som ikke var spesielt redd for flått. De hadde kunnskap om at det kunne være farlig, da den hadde et virus i seg som gjorde at de kunne bli syke. Noen av barna tenkte på at de måtte beskytte seg, om de gikk i skogen der det var masse grener eller høyt gress. Disse barna var også opptatt av å sjekke om de hadde fått flått, etter at de hadde vært i skogen. Ei jente unngikk å gå i høyt gress på sommeren, av frykt for flått. En gutt hadde lest om Lars Monsen, at han hadde blitt veldig syk av å ha blitt bitt, og at han måtte bruke lang tid på å komme tilbake til et liv uten plager i etterkant.

## 5.6 Samfunnsfaktorer

### 5.6.1 Skole og utdanning

I forhold til om læreren påvirket barnas helse, så var det bred enighet om at han eller hun bidro til god eller dårlig helse. En gutt sa det gav han god helse fordi læreren hjalp han når han trengte det. En annen mente at de gav han god helse, men kanskje også litt dårlig helse. Da jeg spurte om han kunne utdype dette, sa han at det ikke var alle han var like glad i, fordi de maste på han. Han mente de gjorde lite for at barn skulle synes det var gøy å gå på skole. To av guttene tenkte at det var gymlæreren som gav dem god helse, mens de andre lærerne ikke hadde samme påvirkning på helsa. To av jentene hadde samme lærer og sa at hun var spesielt opptatt av at de skulle være aktive, da hun var en sporty lærer. Dette mente de var veldig positivt for helsen deres. I tillegg sa de at hun var et snilt og hyggelig menneske, og at det gav dem motivasjon til å stå på. For dem var det kanskje viktigst at hun var et positivt bidrag for den mentale helsen deres, men og et bonus at hun i tillegg var sporty.

*«Min lærer er jo veldig snill og veldig hyggelig. Jeg er veldig glad for å ha henne som lærer. Hadde jeg hatt en lærer som var mer sur og sånn, som ja....hadde rettet mer på meg og sånn....så hadde jeg nok ikke vært like glad i å gå på skole.....jeg hadde fått en dårlig selvfølelse» (jente 13 år).*

I forhold til om de trodde lekser påvirket til god eller dårlig helse, så synes de det kunne virke både positivt og negativt på helsen. En gutt fortalte at han slet mye med å få til leksene, at han brukte mye tid på de, og dermed gikk glipp av lek med venner etter skoletid. Han opplevde også at han ble sliten av å bruke så mye tid på leksene. En jente fortalte at moren ble stresset om hun ikke hadde gjort leksene før på kveldstid, og hun ble lei seg fordi moren ble stresset. En annen gutt opplever lekser som stress, og foreslo lengre skoledager istedenfor lekser. Samtlige barn opplevde lekser som litt negativt for helsen. Flere sa at leksene «stjal» fritiden deres, og ingen var spesielt glad i lekser. To barn nevnte at foruten at det var litt stressende med lekser, så hadde

det og et positivt aspekt. Et barn tenkte det var bra fordi det bidro til at hun utviklet seg, og en annen mente det bidro til forståelse av utvikling til sunne ferdigheter. Han uttrykte følgende:

*«Lekser stimulerer hjernen, de utfordrer hjernen på en måte.....og uten det ville man kanskje ikke visst at det var lurt å spise grønnsaker og sånn....».* (Gutt 11 år).

### **5.6.2 Reklamens betydning**

I forhold til om reklame påvirket barnas helse, så var det noen av barna som mente det ikke betydde noe i det hele tatt. Fire av barna trodde at for mye sjokolade og godterireklame, påvirket dem til å få lyst til å spise dette. To av barna mente at politikerne burde forby sånne reklamer. En gutt mente han hadde fått lyst å trene, etter å ha sett ulike treningsapparater på tv-shop. En jente sa hun fikk lyst å trene om hun så reklame for fint treningstøy. En gutt sa at om han så fine reklamer på turer man kunne reise på, så fikk han lyst til å prøve ut disse turene. Han hadde sett en reklame for Prekestolen, og da fikk han lyst til å gå opp denne. Reklamen påvirket han til å få lyst til å bevege seg mer. En annen gutt hadde sett reklame for noen sunne sjokolade müsli barer, som man kunne spise en av per dag. Dette mente han kunne forbedre hans helse.

### **5.6.3 Helseministerens betydning**

Jeg spurte så om helseministeren i Norge var med på å gi barna god eller dårlig helse. Vi «drodlet» litt i forkant, slik at barna fikk litt forståelse for de ulike ministerpostene. Et barn synes det var vanskelig å svare på om helseministeren (Bernt Høyre), var med på å gi han god helse. Ett annet barn trodde han påvirket helsen hennes, men da hun ikke var «*særlig politisk*» eller var noe flink på å «*følge med*» visste hun ikke helt hva han hadde gjort. Ett annet barn sa at helseministeren ikke påvirket mye, da han selv mente han kunne velge hvilken helse han ville ha. Et barn hadde aldri hørt om han, men han trodde kanskje helseministeren påvirket foreldrene hans, som igjen var med på å påvirke han selv. En annen gutt mente at helseministeren hadde



ansvar for at det var sunn mat i butikkhyllene, og dermed bidro til å påvirke hans helse positivt. Videre trodde han at helseministeren kunne bidra til at de fikk mer fysisk aktivitet å skolen, og dermed en bedre helse.

## 6.0 Diskusjon

Denne studien belyser noen av tankene en gruppe barn har av hva som gir god eller dårlig helse. Nedenfor vil jeg drøfte barnas tanker og refleksjoner opp mot aktuell teori og forskning i feltet. Jeg starter med å drøfte resultatene i lys av hva vi vet om hvordan helsebegrepet forstås i vårt samfunn, og i lys av hvilken betydning de ulike helsedeterminanter har i vårt samfunn. Videre vil jeg drøfte resultatene i lys av alder og utvikling, før jeg ser på resultatene i lys av deres oppvekstmiljø og den kulturen de er en del av. Jeg avslutter kapittelet med å drøfte styrker og svakheter ved min studie.

### 6.1 Barnas helseforståelse i lys av samfunnets helseforståelse

Det er en bred enighet i samfunnet at helsen påvirkes av praktisk talt alle samfunnssektorer. Man ser at individet må ta ansvar for egen helse, men at samfunnet må legge til rette for å gjøre det mulig å få til for hver enkelt (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Det har vært en vane at Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedepartementet lager en rapport som er en «Melding om folkehelsen». Denne er ment til Stortinget. Her er det eksperter som fortolker folkets helse og gir råd om forebygging av sykdomsutvikling i befolkningen (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010). Min studie har gått direkte til noen av «dem det gjelder», en gruppe barn. Jeg tror at barnas egne opplevelser, erfaringer og forståelse av helse er like gyldige som ekspertsystemets fortolkninger. Mine informanters syn på helse, yter en viss grad av støtte til WHO's helsedefinisjon. De så at helsen hadde tre dimensjoner: den fysiske, den psykiske og sosiale. De forbandt derimot *ikke* den gode helse med fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære. På tross av at noen faktorer i deres liv kanskje ikke var fullstendig fullkomment, så opplevde de å ha god helse.

Et hovedfunn i min studie var at barna vektla *livsstilsfaktorer* som svært viktige faktor for god eller dårlig helse. Fysisk aktivitet og kosthold var det de intuitivt forbandt med god helse. Det var dette de var opptatt av i forhold til om de skulle gi helseråd til sine venner og til statsministeren. Dette er i tråd med hvordan man i dagens samfunn ser på «feil» livstil, som *den største* helseutfordringen (Sletteland og Donovan, 2012). I løpet av relativt kort tid har det vestlige samfunnet gjennomgått store endringer med hensyn til kosthold og aktivitet. Man skal

ikke gå mer enn 20-30 år tilbake i tid, før livsstilsfaktorer knyttet opp mot overvekt og inaktivitet ikke var den store helseutfordringen på samme måte som den er i dag. I 2009 så vi i gjennomsnitt to og en halv time på TV hver dag, og man var i gjennomsnitt en time og tretten minutter på internett i løpet av dagen (Vaage, 2010). Økningen i kroppsvekt på verdensbasis er så sterk at WHO ser på dette som en global epidemi (Sletteland og Donovan, 2012). Det har på bakgrunn av dette vært et hovedfokus i samfunnet, at man må snu utviklingen. Det er satt i gang tiltak som skal kontrollere og dempe utviklingen. For eksempel følger man med på barns vekt fra de fødes (via helsestasjoner), til de er ute av ungdomskolen (via skolehelsetjenesten). Det har vært satt i gang kampanjer som skal få folk til å endre adferd. Barna i min studie hadde denne erfaringen med seg. De snakket om «hopp for hjerte aksjonen», de snakket om viktigheten av å trene nok, de snakket om politikken rundt mer fysisk aktivitet i skolen. De snakket om viktigheten av å spise den riktige maten og om politikk som kunne påvirke reduksjon av usunn mat til forbrukerne. Barna var glad når kroppens funksjoner fungerte slik de skulle. For å få til dette så de at de kunne påvirke kroppen gjennom å spise riktig og trimme tilstrekkelig. For de fleste barna så var trening noe de forbandt med noe positivt. For en av informantene opplevdes trening som en plikt som hun ikke helt klarte å tilfredsstille. Hun gjentok flere ganger under intervjuet, at hun måtte trene mer og bevege seg mer, om hun skulle oppnå en bedre helse. Ved å se på trening som et pliktløp, kan man risikere at det går ut over andre helsekilder som for eksempel munterhet og glede. I følge Archettis (1984) forskning, så er det et særpreg ved det *norske samfunn* at vi stenger oss inne i enerom med skyldfølelse. Helse og sykdom, kropp og livsstil er følsomme områder for fordeling av ære og skyld, verdighet og skam (Archetti, 1984).

I Ottawacharteret (WHO 1986) står det at helsen blir til der hvor menneskene bor, arbeider og elsker. I likhet med samfunnets helseforståelse så også barna at helse var innvevd i mange faktorer i livet. De så at helsen ble bestemt av ulike faktorer i deres eget liv, og at samfunnet de var en del av påvirket til god eller dårlig helseutvikling. De så at humør, mestringsevne, kjærlighet til familie, venner og kjæledyr bidro til god helse. De så at verdier, naturen, forholdet til Gud, trygghet, nytelse og anerkjennelse bidro til god helse. Jeg skal ta for meg flere av disse faktorene i denne drøftingen.

Fugelli og Ingestad (2009), delte sin studie inn i tre helseoppfatninger; Den moderne, den norske og den medisinske. Den *moderne forståelsen* kjennetegnes med at en kollektiv mentalitet, ulike

tidsånder og verdier setter sitt preg på vår helseforståelse. Disse verdiene blir til gjennom global og lokal innflytelse (Giddens, 1991). Den *norske forståelsen* kjennetegnes av grunnleggende verdier og tradisjoner i den norske kultur, som setter sitt preg på helseoppfatningen. Den *medisinske forståelsen* er farget av ekspertsystemenes tolkning av hva som gir god helse (Fugelli og Ingestad, 2009). I forhold til om en *moderne forståelse* av helse påvirket barna (Fugelli og Ingestad, 2009), så hadde barna både global og lokal innflytelse på hvordan de så på helse. De snakket om helsekostprodukter som bidro til bedre helse, og de snakket om helsestudioer som en kilde til god helse. De var opptatt av reklame for helseprodukter og reklame for treningsutstyr og treningstøy. De var også opptatt av at de trente mye og dermed fikk en bedre helse enn om de trente mindre. De var og farget av den *norske forståelsen*, spesielt i forhold til likhetstankegangen. I forhold til om barna var påvirket av det *medisinske ekspertsystemet*, så bar svarene preg av at de også var påvirket av dette. De var opptatt av å følge rådene om riktig kost, og viste god kunnskap i feltet. Dette er i tråd med Engelstads forskning (2003), som beskriver det medisinske ekspertsystemet som en oppdragelsesanstalt. Alle de tre forståelsesmåtene var tilstede i barnas syn på hva som gav dem god eller dårlig helse. I følge Fugelli og Ingestad (2009) kan man med disse forståelsesmåtene, oppleve en form for helse dyrking eller helsisme. Kritikken mot å fokusere for mye på kroppslig sunnhet går på at det kan føre til en overdreven interesse og bekymring over egen kropp. Dette kommer jeg tilbake til i et eget underkapittel der jeg skal se på barnas helseforståelse i lys av påvirkning fra den kultur og det oppvekstmiljøet de er en del av.

Når det gjaldt *individuelle faktorer* for helse, så hadde barna mange tanker om at det å være trygg på og glad i seg selv, bidro til god helse. Opplevelse av mestring, en god selvfølelse og å kunne få være seg selv, var viktige faktorer for god helseutvikling. Optimisme og bekymringsløshet fremmet helse ifølge informantene, Noen av barna så også at det å ha en Gudstro, bidro til å styrke deres helse. Hvis man skal fokusere på kilder til helse som et positivt fenomen, så hadde barna mange tanker om hva som bidro til en god helseutvikling. Vi har i dagens samfunn langt mer kunnskap om hva som gjør oss syke, enn hva som gir oss helse. Det finnes enorme mengder av litteratur og forskning som forteller oss hva som gir uhelse. For eksempel finner man i den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD) nærmere 20.000 diagnoser (Sletteland og Donovan, 2012). Fugelli og Ingestad (2009) skriver av det gjennomgående er vanskelig å finne forskning/dokumentasjon som tar utgangspunkt i helse som et positivt fenomen og som gransker helsens kilder – altså salutogenese. Svært ofte snakker man

om hva som er til skade for helsen, fremfor å vektlegge det positive. Som eksempel på dette nevner Fugelli og Ingestad (2009) at sammenhengen mellom likeverd, felleskap og helse ofte vises gjennom det kontrasterende speil: Helsekader som følge av forskjellssamfunn, utstøting og ensomhet. De hevder at forskning har en skjevhet mot det negative, mot farene og truslene. Som et resultat av dette kan det være lett at det helsefremmende arbeid får en slagside mot det negative. Fokuset blir på risiko, på det farlige som må fjernes. Helsens kilder blir dermed glemt og gjemt i skyggen av helsens farer. På bakgrunn av barnas utsagn om hva som var positivt for helsen, kan samfunnet trekke lærdom i forhold til å flytte fokus fra helsens farer, til helsens kilder. Barna så at helsen hadde gevinst av at de hadde et godt selvbilde, og at de ble positivt bekreftet av andre. De så at selvbilde ikke bare var en individuell og familiær produksjon. De så at det og var en sosial konstruksjon, gjennom at selvbilde ble formet av samfunnets speilbilde. Selvbilde til barna ble påvirket av de målestokker barna møtte i skolen og ellers i samfunnet. Selvbilde målte de og mot idealbilder som reklamen og andre samfunnsfaktorer satte. Barna så også at opplevelse av mestring, bidro til god helse. Lazarus og Folkmann (1984) snakker om mestringsressurser og deler de inn i to grupper. Den ene er personlige mestringsressurser, for eksempel positiv tenkning og følelse av å ha kontroll. Den andre er mestringsressurser i omgivelsene, for eksempel materielle ressurser eller sosial støtte (Lazarus og Folkmann, 1984). De så at positiv tenkning bidro til å fremme helsen. For eksempel så ett av barna at om han mestret en stressende situasjon, var konsekvensen av det at «*han mistet stresset*». Funnene i min studie peker mot at barna opplevde mestringsressurser i omgivelsene som viktige faktorer for god helse. Støtte fra lærer, fra familie og fra venner bidro til å fremme et positivt selvbilde, og med det en god helse.

Folk flest har en intuitiv forståelse av at psykisk helse henger sammen med kvaliteten på mellommenneskelige relasjoner. Familien er den viktigste gruppen vi tilhører. Mer overraskende er det at forskning har vist at det er sammenheng mellom alvorlige kroppslige sykdommer og dødelighet, og sosiale faktorer (Mæland mfl, 2009). En trygg familiesituasjon, gode venner, sosial tilhørighet, tillit og forutsigbarhet verner folk mot mange ulike helsekader (Mæland, 2010). Sosialt samvær med venner og familiens betydning for helse, var en gjennomgående viktig faktor for god helse blant barna. De så at gjennom en god oppvekst med trivsel, hygge og harmoni, så var dette et viktig bidrag til å styrke helsen. Barna så at kjærlighet og bekreftelse fra familien var deres grunnmur. Familien synes for disse barna å ha bidratt til det Aron Antonovsky(1986) kaller *sence of coherence*, opplevelse av sammenheng, forståelighet og

mening i tilværelsen. Oppvekstmiljøet og familieforhold blir ansett som fundamentalt viktig for den tåleevne som barn utvikler (Antonovsky, 1986). Noen blir styrket mens andre brytes ned. Noen kommer igjen som «løvetannbarn», mot alle odds. Alle mine informanter så at deres familie hadde stor betydning for deres helse.

Om faktorer som skilsmisse og alkohol, så opplevde barna i stor grad dette som noe negativt for helsen. Fire av barna hadde foreldre som var skilt, og foruten ett barn sa de andre at dette bidro til noe dårligere helse. Samtlige barn viste skepsis til voksen personer som var beruset. Psykiske vansker er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Man regner med at 15-20 prosent av barn mellom tre og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og adferdsforstyrrelser. Barn og unge har størst risiko for å utvikle psykiske lidelser i familier hvor foreldrene selv har psykiske vansker som varer over lang tid, er rusmiddelmissbrukere eller utøver vold (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Misbruk av alkohol eller store alkoholinntak av voksne nære, påfører barn og familie problemer og uforutsigbarhet. Det er knapt en annen enkeltfaktor som forårsaker mere sosiale problemer og psykiske lidelser, enn hva alkoholen gjør (Mæland, 2010). Ingen av barna i min studie trakk frem alkohol som noe de forbandt med noe spesielt positivt. De fleste forbandt det med usikkerhet/utrygghet, og de kunne bli stresset av at voksne drakk.

I forhold til om fysiske miljøfaktorer bidro til god helse, så hadde barna mange meninger også her. Den fysiske utformingen av nærmiljøet legger mange premisser for folks helse og trivsel. I aktuelle fagmiljøer er det en økt forståelse for at man skal trekke inn hensynet til helse både i arealplanlegging og annet planarbeid (Mæland, 2010). For eksempel vet man at vedvarende støy virker psykisk og fysisk belastende (Fyhri, 2012). Barna i min studie bodde ikke i miljøer der det var stor trafikkstøy. De opplevde derimot støy i klasserommet som forstyrrende for kommunikasjon fra lærer og for sin egen konsentrasjon. Trafikk hemmer også folks fysiske utfoldelse, om det ikke legges til rette for gang og sykkelstier i nærmiljøet (Mæland, 2010). Barna i studien så at sykkelstiene i sitt nærmiljø bidro til bedre helse i deres liv. Flere studier indikerer at naturelementer har positiv innvirkning på mennesker, enten fysisk, psykologisk eller sosialt. Miljøpsykologen Roger Ulrich så for eksempel at «grønn utsikt» virket helsefremmende på pasienter ved sykehusopphold (Ulrich, 1984). Kaplan og Kaplans (1995) miljøpsykologiske teori handler om naturens innvirkning for å redusere stress. Friluftsliv blir i vår kultur ansett som

en viktig faktor for helse. Det handler i fagmiljøene ikke ene og alene om å få mosjon, men at naturen virke avslappende, reduserer stress og at et mangfoldig bruk av sanser tas i bruk (Kaplan og Kaplan, 1995). Barna i studien uttrykte glede over å få delta i friluftslivsaktiviteter. Mulighet for å oppsøke skog, sjø og kunne ha til utsikt naturen der de bodde, vektla de som viktig for egen helse. Alle barna så på friluftsliv som en positiv faktor. Fisking, bading, skigåing, sykling og frilek i gata, ble trukket frem som gode kilder til helse.

Når det gjaldt fokus på om global oppvarming og naturkatastrofer bidro til uhelse, så var ikke barna særlig berørt av dette. Selv om miljøpsykologisk forskning viser at intervensjoner kan være effektive, så er ikke effektene av dem enormt store (Johnsen, 2012). Kanskje det er denne erkjennelsen og manglende tiltro til at det har noen effekt, som bidro til at barna ikke fokuserte på dette, da jeg spurte om det bidro til deres helse.

I forhold til om samfunnsfaktorer hadde betydning for barnas helse så kom de med mange innspill til dette. Skolen blir betraktet som en arbeidsplass for barn og unge, i en av de viktigste fasene i deres liv. Skolen er både en ressurs og en risikofaktor for fremtidig helse. De elever som lykkes i skolen, erverver seg kunnskap, verdier og ferdigheter, og ikke minst trygghet og tillit videre i livet (Mæland, 2010). De «skoletrøtte» utgjør en risikogruppe i forhold til å utvikle negative helsevaner. Denne gruppen har oftere psykiske og kroppslige helseplager. Måten skolen møter disse elevene på, kan bidra til om problemene utvikler seg videre. Skolen er en viktig arena for fysisk og sosialt helsefremmende arbeid, Det er i politikk og fagmiljø et fokus på at skolen skal drive med støttende og helsefremmende arbeid. Barna i min studie så at skolen var en viktig arena for helsen. Spesielt så de at læreren kunne bidra til god helse gjennom å støtte dem, oppfordre til fysisk aktivitet og liknende. De mente det virket positivt for helsen når læreren bidro til å styrke deres selvfølelse og egenverd. I forhold til lekser så var ikke barna spesielt begeistret for dette. Noen så nytteverdien, men de fleste opplevde at den stjal fritiden deres og at det stresset dem. Forskning på om lekser styrker barns læring, spriker noe. Noen finner at det har en positiv effekt, mens annen forskning viser det motsatte (SSB, 2010 og Gustavsen, 2007). Noe forskning peker på at lekser kan bidra til å produsere sosial ulikhet i helse (Gustavsen, 2007). Elever i familier med høyere utdanning får oftere hjelp hjemme, enn de i familier med lavere utdanning og lavere sosioøkonomiske forutsetninger (SSB, 2010). På bakgrunn av at man vet at lekser kan bidra til stressrelaterte sykdommer som for eksempel

bekymringer og at det kan produsere ulikhet i helse, så er de en stadig debatt i media om dette. Barn har også latt seg engasjere i temaet, og har skrevet i media og stilt til debatt i ulike debattprogrammer om emnet (aftenposten.no, 2013). Noen hevder at om man skal få til helsefremmende skoler, er avskaffing av lekser et tiltak for bidrag til dette. Med dette vil man kunne redusere forskjellene i samfunnet, vil noen hevde (Gustavsen, 2007).

Barna så at deres helse ble påvirket av politikken i samfunnet. Helsen påvirkes av mange samfunnssektorer, og et spekter av politiske bestemmelser og virkemidler (Mæland, 2010). Eksempler på dette er matpolitikken, som påvirker marked og forbruk. Det kan gjennomføres virkemidler som beskytter og regulerer, for eksempel at man regulerer reklame i forhold til usunne matvarer for barn. Det kan også være virkemidler som motiverer og informerer, for eksempel kampanjer for en sunn livsstil som «hopp for hjertet aksjonen» (Nasjonalforeningen.no, 2014). Det kan være virkemidler som sikrer og tilrettelegger for velferd, som for eksempel tiltak for å motvirke arbeidsløshet (Mæland, 2010).

Barna så viktigheten av at det ble gjort prisregulering i forhold til sunne og usunne matvarer. De så også at aggressiv markedsføring for usunne produkter, kunne bidra til å svekke helsen. Samtidig mente de at reklame for positive faktorer for helse, kunne bidra til å styrke helsen eller bidra til å motivere for helsefremmende aktiviteter.

Dette kapittelet har tatt for seg samfunnets helseforståelse versus barnas helseforståelse. Jeg har lett etter samsvar og ulikhet mellom barnas forestilling om helse, versus de profesjonelle systemenes ideologi og praksis. Det var store likheter i synet på helse, og barna viste en bred innsikt i hvordan ulike determinanter påvirket dem til god eller dårlighelseutvikling. Et hovedfunn var som tidligere nevnt deres fokus på livsstilsfaktorer som den kanskje viktigste helsedeterminant. Videre utpekte sosiale faktorer seg som viktige for barnas helse, med spesielt fokus på familien og nærhet til «sin stamme». Videre viser funnene at barnas helseforståelse så at det var mange faktorer for god helse. Det var blant annet kosthold, trim, alkohol, selvfølelse, mestring, friluftsliv, vindusutsikt og så videre, som til sammen bygget deres helse.



## 6.2 Barnas helseforståelse i et utviklings psykologisk perspektiv

Jeg skal nå drøfte funnene i forhold til Eriksons (Tetzchner, 2012) stadier i sosial utviklingspsykologi. Hans stadier beskriver et gjennomsnitt av hvordan mennesker utvikler seg og ter seg i de ulike alderstrinn. Han beskriver utviklingen i åtte faser, og i disse fasene står vi overfor ulike problemstillinger som får betydning for vår identitetsutvikling. I fasen mellom 6 og 12 år, så preges den av at barnet er opptatt av å lære seg til å arbeide med oppgaver sammen med andre. Man sammenligner seg med andre, og dette gir grunnlag for en god følelse av å mestre de kravene som omgivelsene stiller til en. Det kan også føre til at barnet føler seg mindre verdt, om det ikke mestrer kravene (Tetzchner, 2012). Barna i min studie passer inn i denne beskrivelsen. I forhold til helseforståelsen så var de ganske unisone i for eksempel forståelsen rundt livsstilsfaktorer som viktig for god helseutvikling. De var opptatt av å fortelle at de trente, og at de trente mye. Barnet som ikke helt mestret kravene om å trene tilstrekkelig, gav flere ganger under intervjuet et oppgitt sukk over seg selv, som ikke hadde overskudd til å trene så mye som hun oppfattet at omgivelsene forventet av henne. Det er ikke utenkelig at hun følte seg mindre verdt som følge av dette.

Barn i denne alderen blir og flinke til å se at en sak kan sees fra flere sider, og at det går an å ha ulike oppfatninger av en sak. I tillegg føler de et sterkt behov for å korrigere egne oppfatninger i forhold til andres oppfatninger, og blir i det store og hele mer påvirket av andre. Det er og viktig og hensiktsmessig å følge de lover, regler og normer som blir oppfattet som hensiktsmessige. Sosiale opplevelser er det sentrale, og barnet tenker ikke så mye på hvorfor det er slik, det bare er (Tetzchner, 2012).

Jeg så i min studie at barna kunne betrakte helseforståelsen fra flere sider. De var i stand til å reflektere over mange faktorer for helse, og de kunne se at en sak hadde flere sider. Selv om de intuitivt fremmet livsstilsfaktorer som den viktigste faktor for god helse, så hadde de gode refleksjoner underveis i forhold til øvrige påvirkningsfaktorer. I forhold til at det er hensiktsmessig å følge lover, regler og normer, så vil jeg påstå at barnas helseforståelse var preget av dette. De var sterkt formet av samfunnets forståelse av helse, og stilte få spørsmålsteget eller hadde et kritisk blikk til hvorfor de for eksempel fokuserte så sterkt på livsstilsfaktorer som

den viktigste faktor for god helse. Da jeg i studien trakk inn «kosemat» som is og kanelboller, under spørsmål om det gav dem god helse, så svarte de fleste barna at dette *ikke* gav dem en god helse. I samsvar med samfunnets regler og normer, som sier at man bør holde slik «kosemat» på et minimumsnivå, så hadde barna adaptert denne regelen til seg, og de så ikke helsegevinsten med slik mat. Da vi reflekterte litt sammen rundt dette, fortsatte noen å holde på standpunktet om at dette ikke var bra for helsen, mens noen få så at «kosematen» kunne gi dem glede, som også var en helsefremmende faktor.

I følge Woodhead (2005) så mener han at vi i den vestlige verden har ulike syn på barn. Han nevner blant annet et syn der man ser på barnet som vilt og uregulert fra naturens side, der samfunnet må temme barnet til å finne sin plass. Et annet synet ser på barnet som «tabula rasa», et blankt ark som skal fylles med kunnskap og lærdom (Woodhead, 2005). Ut fra min studie og barnas svar, kan jeg se hvordan disse synene har formet dem. De fleste barna hadde «funnet sin plass» i samfunnet og var for å snakke i Woodheads terminologi, «temmet». De var «politisk korrekte» i svarene sine, og det var tydelig at de var fylt opp med kunnskap og lærdom om hva som var den «riktige» forståelsen av helse. Dette skal jeg gå nærmere inn på i neste underkapittel.

### **6.3 Barnas helseforståelse i lys av påvirkning fra deres oppvekst og kultur.**

Barns livserfaring og hverdag er svært forskjellig i ulike kontekster. Barna formes av politiske, sosiokulturelle, økonomiske og rasjonelle faktorer. Jeg har tidligere i oppgaven skrevet om den dominerende diskurs som råder i et samfunn, og preger folkets måte forstå verden eller et utsnitt av verden på. Foucault (1999) hevder det ligger mye makt i den dominerende diskursen, som gjennomsyrrer tanken om hva som er rett og galt. I min studie så jeg at barnas utsagn var en avspeiling av dominerende diskurser i den norske kulturen. De hadde tanker om helsefaktorer, som ligger nært opp til de tanker og teorier som råder i samfunnet. I Habermas sitt syn er dette å betrakte som universelle sannheter, som er med på å opprette et herredømme, gjennom at det anses som den sanne kunnskap (Wormnæs, 2002). I Foucault (1999) sitt syn så kaller han dette for en disiplinerende makt, som *ikke* tvinger noen direkte, men som når sine mål ved at man skaper individer som nærmer seg en spesiell norm, og denne normen blir ansett som en slags standard. Denne disiplinerende makten styrer folk mot et ønsket mål, fortrinnsvis uten at de er klar over hva som skjer. Det er ikke slik at denne makten nødvendigvis er dårlig eller umoralsk,

den kan skape glede, den kan forme kunnskap og den produserer diskurser (Dahlberg mfl, 2002). Hovedfunnet i min studie er at barna var veldig opptatt av livsstilsfaktorer som den viktigste helsedeterminant. Det var dette de intuitivt trakk frem som viktigst for helsen og det dukket opp til stadighet underveis i intervjuet. Det var også dette de avsluttet med, da de skulle gi råd til statsministeren og til sin venn i forhold til å bevare god helse.

De vestlige land omtales i dag som et «risikosamfunn» (Giddens,1990). Utrykket sikter mot den risiko oppmerksomheten som er blitt et kjennetegn ved vår kultur. Dette er en følge av vitenskapelig utvikling, mediernes formidling av farer og den alminnelige kunnskap økningen blant folk (Giddens,1990). Vi vet at det i vår vestlige verden er utfordringer i forhold til livsstil, og det har vært et stort fokus på å dempe økningen i antall overvektige gjennom riktig kost og økt fysisk aktivitet (Sletteland og Donovan, 2012). Helsedirektoratet og politikken må selvfølgelig ta noen grep for å snu denne utviklingen. Man skal ikke underkjenne kompetansen i de profesjonelle ekspertsystemene, som forvalter sunnhet og folkehelse. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at vi ikke legger for mye vekt på risiko for uhelse, men og fokuserer på det som kan gi god helse (salutogenese) (Sletteland og Donovan, 2012). Retter man for mye oppmerksomhet på alle farer, kan dette skape nye sykdommer som bunner i dårlig samvittighet eller mangel på mening og verdighet. Som tidligere nevnt opplevde jeg at en av informantene tydelig slet med dårlig samvittighet fordi hun ikke klarte å skaffe seg «rett» livsstil i forhold til *nok* fysisk aktivitet. Helseopplysning bør balansere klokt mellom «helsemas», og det å hjelpe mennesker til å forsone seg med sine svakheter, og kunne trives med sine helsefeil. Arbeid mot usunt kosthold, usunn stillesitting, mot bakterier og virus og så videre, har i mange år hatt monopol i folkehelsearbeidet (Fugelli og Ingestad, 2009).

## **6.4 Styrker og svakheter ved metoden**

Funn og resultater i denne studien er så langt som mulig innhentet og systematisert på en måte som dagens vitenskapelige kultur anerkjenner (Malterud, 2011). Nedenfor følger en diskusjon av metodens styrker og svakheter.

### **6.4.1 Validitet**

Målet med kvalitativ forskning er å utvikle forståelse, og en viktig faktor er å drøfte slutningene man trekker i ulike kriterier for validitet. Dette gjøres for å sikre troverdighet, tolkningens bekræftbarhet og overførbarhet (Maxwell, 1992). Validering er når forskeren kontrollerer egne tolkninger ved å ha et kritisk blikk på dem. Det er også viktig å klargjøre egne perspektiver. Jeg har benyttet meg av Maxwell (1992) sin metodediskusjon. Han skiller mellom tre typer forståelse; beskrivende, fortolkende og teoretisk forståelse. Ut fra dette deler han validiteten inn i tre kategorier på ulike nivåer. Beskrivende validitet, fortolkningsvaliditet og teoretisk validitet. Jeg vil i min studie knytte den opp mot de tre kategoriene, pluss at jeg tar i bruk generaliseringsvaliditet.

### **6.4.2 Beskrivende validitet**

Beskrivende validitet handler om påliteligheten til gjengivelse av data som forskeren har samlet inn (Maxwell, 1992). Man skal etterstrebe å være en upartisk referent, som sjekker sine gjengivelser direkte opp mot data som er samlet inn (Maxwell, 1992). Man skal ha fokus på hvilke spørsmål man stiller, om de ble riktig forstått, om spørreteknikken var god nok, og eventuelt justere disse. Om gjengivelsen av intervjuet er pålitelige, forutsetter at de er riktig gjengitt, skrevet av, klassifisert og registrert (Tjora, 2012). Tjora (2012) skriver om «transparens», der det poengteres at man kan styrke den beskrivende validiteten ved å gjøre forskningsprosessen transparent (gjennomsiktig). Med det menes at man gir en detaljert beskrivelse slik at leseren får et innblikk i forskningen, og med det kan ta stilling til kvaliteten på arbeidet som har vært utført. Fordelen med dette er at prosessen kan vurderes trinn for trinn (Tjora, 2012). Eide og Winger (2003) skriver om at en redegjørelse av hvordan man velger ut informanter har betydning for reliabiliteten. Hvordan informantene er valgt ut, hva slags relasjoner det er mellom forsker og informant, mener de har betydning for påliteligheten. I forhold til rekrutering av informanter, så er dette nøyaktig beskrevet i metodedel, i kapittel 4.3. I min studie har jeg benyttet en strukturert intervjuguide, slik jeg har beskrevet i kapittel 4.4, og

jeg har beskrevet gjennomføringen av intervjuene under kapittel 4.5. Intervjuguiden ble utarbeidet i samråd med veileder, og i tråd med litteratur om emnet. I tillegg ble det utført prøveintervju, og intervjuguiden ble så «vasket», etter erfaringer av prøveintervjuene. Jeg har under transkriberingen vært tro mot det informantene fortalte, slik jeg har beskrevet under kapittel 4.6. For å sikre at arbeidet med studien har vært gjort tilfredsstillende, har jeg gjennom hele prosessen vært i god dialog med begge veilederne, slik at oppgaven har blitt tilsett og korrigert av flere enn meg selv (Malterud, 2011).

### **6.4.3 Fortolkende validitet**

Fortolkningsvaliditet refererer til gyldigheten av tolkningen av informantenes forståelse (Maxwell, 1992). Målet med studien var å få frem en gruppe barns forståelse av helsebegrepet, og hvilke faktorer de vektla som betydningsfulle for god eller dårlig helseutvikling. Maxwell (1992) skriver at en trussel mot fortolkningskvalitet kan være at informantene ikke opptrer riktig i forhold til hva de ønsker å formidle. De kan ha et ønske om å fremstå på en måte som de tenker at intervjueren ønsker. De kan ha en manglende tiltro til intervjuer, og dette kan bidra til at de fremstår på en annen måte enn hva som er virkelig (Maxwell, 1992). Da jeg intervjuet barna, hadde jeg i tankene at jeg som intervjuer hadde mer makt enn intervjupersonene, at det var et asymmetrisk forhold mellom oss (Eide og Winger, 2003). Jeg var bevisst på at jeg hadde det Kvale og Brinkmann (2009) kaller en instrumentell dialog. Med det mener de at det gjennom et intervju skjer en instrumentalisering av samtalen. Samtalen er ikke bare ett mål i seg selv, men et middel for forskeren til å få frem beskrivelser og fortellinger som han/hun kan fortolke og rapportere i overenstemmelse med sine forskningsinteresser. Forskeren har med det et privilegium å fortolke og rapportere hva den intervjuede virkelig mener (Kvale og Brinkmann, 2009). Eide og Winger(2003) påpeker at konsistensen i det informanten sier kan være problematisk. I et intervju kan det fort skje at informanten motsier seg selv. Dersom dette skjer, og informanten blir gjort oppmerksom på det, kan dette lede til at temaet blir mer utdypet, ved at informanten utdyper hva han mente med motsigelsen. Dette kan fungere greit når informanten er voksen, mens i forhold til barn kan det virke annerledes. Barnet kan oppfatte konfrontasjonene som at han er blitt tatt i å ha løyet, og med det få en følelse av skyld eller skam (Eide og Winger,2003). Ett eksempel i et av mine intervjuer er følgende. Barnet ble spurt om hun trodde stress var med å påvirke hennes helse. Til dette svarte hun at hun *gikk til kiropraktor fordi hun*

*hadde noen stressmuskler som knytter seg sammen, fordi hun stresset mye.* Videre forteller hun om ulike årsaker til dette stresset, og nevner at moren og faren hennes ikke er kjærester lengre, og at det er «litt stress». Så eksemplifiserer hun dette med følgende utsagn:

*«For eksempel her om dagen skulle jeg til mamma, til pappa, til mamma, til pappa..... og sånn var det i flere dager. Det tenkte jeg at var veldig stress».*

Det neste spørsmålet, etter overnevnte var om skilsmisse var med å påvirke hennes helse. Da svarte hun med gledeslatter og ivrig stemme:

*«Nei, ikke i det hele tatt. For jeg får flere gaver og flere gulegaver».*

For meg som intervjuer kan dette leses som to motstridende svar. Eide og Winge (2003) oppfordrer de som intervjuer barn til å se deler og helhet i forskningsprosessen. For intervjuer er det viktig å være tro mot den informasjonen intervjuet har gitt meg. Dette krever ifølge overnevnte forfattere ærbødighet overfor barna og det de sier, og en vilje til å prøve å ta barnas perspektiver. I forhold til overnevnte sitater bør det ikke være noe motstridende i disse utsagnene. Det er ikke slik at det nødvendigvis er *enten - eller* men kanskje heller *både – og*. En dag kan jenta trolig føle glede/lite bekymring over at foreldrene er skilt («*får flere gaver*» «*det er bra om de ikke er sammen om det ikke er bra for forholdet deres*»), mens hun en annen dag kan føle stress («*mamma og pappa er jo ikke kjærester lengre, det er også litt stress*» «*Når de krangler og er uenige, blir jeg lei meg*»).

I følge Eide og Winger (2003), og Kvale (2009) er valide svar et spørsmål om å spørre riktig. Et eksempel på *ikke* riktige spørsmål kan være ledende spørsmål, som fører til «i munnen lagte» svar. De hevder samtidig at det ikke er en fasit på hva det vil si å stille riktige spørsmål til barn. Det blir derfor viktig å vurdere spørsmålene, måten de blir stilt på, utfra hvordan de blir forstått av barnet. Dette er viktige validitetskriterier hevder forfatterne.

Intervjuene ble utført i et lånt rom ved skolen som barna tilhørte. Jeg forsøkte å få en trygg og avslappet atmosfære, og fikk lånt et rom der det var rolige omgivelser rundt. Under kapittel 4.2 har jeg skrevet litt om min forforståelse i forhold til å ha et ønske om å se barna som subjekter med rett til egne opplevelser, erfaringer og tanker (Bae, 1992). Jeg etterstrebet å anerkjenne barnet, og deres tanker som valide og gyldige under intervjuene. Som utdannet førskolelærer har jeg denne forforståelsen gjennom pedagogikkfaget. Denne forforståelsen, samt flere års erfaring i å jobbe med barn via barnehager, skole, institusjoner og barnevern, tror jeg har påvirket mitt møte med barna. Jeg er vant med og omgås barn, også i den aldersgruppen informantene befant seg i.

En svakhet ved studien kan være at dette er første kvalitative studie og masteroppgave jeg har skrevet. Selv etter mye innlært teori og god veiledning, så sier Kvale og Brinkmann (2009) at det kan være elementer i arbeidsstrukturen og fortolkningen som kan ha blitt redusert på grunn av manglende erfaring på slik type arbeid.

#### **6.4.4 Teoretisk validitet**

Teoretisk validering går forbi konkret beskrivelse og tolkning av data i studien, til å sette det inn i et teoretisk rammeverk (Maxwell, 1992). Teoretisk validering handler om hvordan et fenomen forklares. Forklaringen på fenomenet avgjøres av teorier forskeren legger til grunn eller utvikler under studien (Maxwell, 1992). Før jeg gikk i gang med studien hadde jeg en forforståelse for temaet. Jeg hadde gjennom studietiden latt meg fascinere av forelesninger som diskuterte ulike heleforståelser. Jeg så hvordan forståelsen av hvordan man tolket helsebegrepet, var avgjørende for hvordan praksis ble utført i samfunnet og blant enkeltindivider. Min forforståelse var farget av teorier som var opptatt av etikk og demokratiske prosesser. Som førskolelærer har jeg en forforståelse av at barn har rett til medvirkning, på lik linje som øvrige borgere i et samfunn. Med utgangspunkt i fascinasjon for brukermedvirkning (empowerment) og fokus på helsefremmende arbeid, ble studien til etter forslag fra veileder Camilla Ihlebæk. Hun igjen, hadde Fugelli og Ingestads (2001) studie i tankene da hun foreslo temaet. Hun hadde en tanke om at det var på tide med en ny orientering i feltet, og at denne gang kunne en gruppe barn få komme til orde. Jeg har videreutdanning i «flerkulturell pedagogikk», og hadde en formening om

at ulike kulturbakgrunner ville gi ulik innfallsvinkel til helseforståelsen. Dessverre kom ikke dette med i studien. De informantene som samtykket til å delta, hadde samme norske kulturbakgrunn. Jeg måtte likevel trekke inn teori om kultur og dominerende diskurs, da dataene viste at barna var sterkt påvirket av den dominerende diskursen de var en del av. Jeg har altså tolket mine datafunn i lys av teori jeg hadde trukket inn i forkant av intervjuene, pluss ny teori som jeg synes var relevant å bruke etter at jeg hadde gjennomført intervjuene. Jeg var ikke helt forberedt på at barna ville svare så unisont at livsstilsfaktorer var den viktigste kilden til god helse, og min første reaksjon var at jeg ble litt skuffet over at de ikke viste en bredere forståelse av helsen. I Fugelli og Ingestad (2001) sin studie, var livsstilsfaktorer langt mindre fremtredende i svarene de fikk fra informantene. Også deres informanter trakk inn livsstilsfaktorer som viktige, men det var ikke der hovedfokuset lå. Kanskje var jeg for farget av denne forforståelsen, og forventet en bredere forståelse av helsen. I etterkant av mine intervjuer leste jeg fra deres bok «Helse på Norsk» (Fugelli og Ingestad, 2009). De var positivt overrasket over at informantene hadde en bred helseforståelse, og skriver i den forbindelse om helse som vare:

*«Helsekost, kroppsmodellering og forebyggende teknologier er sterke vekstbransjer også i Norge. Kanskje ville vi fått et noe annet bilde av helsens «varifisering» hvis vi hadde yngre informanter?»*

Ut fra overnevnte sitat, har jeg bidratt til å bekrefte deres antakelse om at yngre informanter er mer preget av rådende samfunnskrefter. Jeg vil tilslutt nevne at jeg gjennom hele min studietid har vært inspirert av kritisk teori. Dette teoretiske rammeverket belyser utfordringene i møte med «tradisjonell vitenskap» som er med på å skape «universelle sannheter» eller «sann kunnskap». Dette igjen kan lede til det Foucault (1999) kaller samfunnstvang/makt ved at det blir en dominerende diskurs, slik jeg har beskrevet underkapittel 4.1. Denne hellingen mot kritisk teori, har også påvirket min studie.



#### 6.4.5 Generaliserbarhet/overførbarhet

I følge Maxwell (1992) refererer generaliserbarhet til hvilken grad funnene i en situasjon eller populasjon kan overføres til andre personer, tider eller settinger enn der det ble studert. En vanlig innvending mot intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres. Kvale og Brinkmann (2009) undrer seg over hvorfor man skal generalisere. Forfatterne skriver videre at i en positivistisk versjon av samfunnsforskning har ofte målet vært å finne lover om menneskelig adferd, som kunne generaliseres og gjøres universelle. Motsatsen til dette er et humanistisk syn, der man ser hver enkelt situasjon unik, og hevder at hvert enkelt fenomen har sin indre struktur og logikk. I kritisk teori er søken etter universell kunnskap byttet ut med vektlegging av kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet. Forfatterne skriver at man kan skille mellom en forskerbasert og en leserbasert analytisk generalisering utfra intervjuundersøkelsen. En leserbasert generalisering handler om at det er leseren som kan vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon, mens en forskerbasert generalisering handler om at forskeren argumenterer for generaliserbarhet utfra resultatene sine (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg tenker at jeg har elementer av både leserbasert analytisk generalisering, og forskerbasert generalisering. Leser man resultatdelen før man leser teoridelen og drøftingen, er det store muligheter for at andre ville tolket funnene annerledes og «brukt andre briller». Ved å lese hele oppgaven vil en se at studien er forskerbasert. Jeg trekker (med bakgrunn som deltaker under intervjuene og i arbeide med dataene i etterkant), konklusjonen om at barnas helsebilde hadde størst fokus på den fysiske helsen og livsstilsfaktorer. Jeg konkluderte med at barna var sterkt farget av den dominerende diskurs, og mener at man i dagens samfunnet må forsøke å få inn en bredere helseforståelse i kampanjer og tiltak som rettes mot barn. Jeg så at barna gjennom refleksjon underveis i intervjuet, også hadde forståelse for at andre faktorer var viktig for helsen. Optimalt sett kunne studien hatt flere deltakere og mer variasjon i deltakernes kulturbakgrunn. Grunnet masteroppgavens omfang, ble det besluttet å intervju syv barn. Samtidig ble aspektene godt dekket på bakgrunn av de syv intervjuene, da det ikke kom noen nye aspekter eller ny informasjon under de to siste intervjuene som kunne belyse problemstillingen ytterligere.

## 7.0 Konklusjoner og implikasjoner for praksis

Ut fra undersøkelsen viser hovedfunnene at barnas helsebilder var sterkt påvirket av samfunnet de var en del av. Helse ble først og fremst forstått som at den *fysiske helse* var den viktigste faktor for god helse. «Riktig kost» og «tilstrekkelig mosjon» var de to viktigste faktorene for god helse. Utover dette, så de gjennom refleksjoner underveis i intervjuet, at det var mange faktorer som til sammen bidro til god helseutvikling. Blant annet familie, nære venner, natur og friluftsliv, trygghet og et godt selvbilde. Utfra resultatene i denne studien, kan det se ut som at samfunnets helseopplysning og folkehelsekampanjer legger stor vekt på risiko, beskyttelse og forsakelse for å bevare en god helse. Ved å fokusere for mye på dette kan det bidra til å utvikle et «risikosamfunn» der man ser på helsens farer, og i liten grad ser på helsens gleder. Barn tar raskt til seg kunnskapen som er rådende i samfunnet. De kan få en snever forståelse av hva som skaper helse, om det i samfunnet legges et for stort fokus på den fysiske helsen. De kan og utvikle dårlig samvittighet for det de ikke mestrer, og det kan lett oppstå sosial ulikhet i helse. I fremtidige helsekampanjer bør en også fokusere på faktorer for kilder til helse, utover ivaretagelse av den fysiske helsen. Med dette kan man bidra til å utvikle en forståelse av at helse handler om mer enn en «korrekt kropp» eller en «rett livsstil». Barna trenger å oppleve stolthet, glede og trivsel. Barna trenger å se at helsen er et blandet regnskap, med aksept for det ufullkomne. Med det kan man bidra til å bygge selvtillit, skape optimisme og styrke tåleevnen, og med det et rausere samfunn.

Skal man i dagens samfunn bestrebe seg på å jobbe mer mot helsefremming, bør en i helseopplysningen og i videre forskning ha mer fokus på helsens kilder. Ved å fokusere på helsens kilder, kan man lokke frem munterhet, nytelse og lek, fremfor å ensidig fokusere på risiko, beskyttelse og forsakelse. Det er foreløpig få kampanjer fra Helsedirektoratet og Folkehelsen, som vektlegger å styrke de positive faktorene for folks helse. Helse finnes man bevart ifølge Gullestad (1989) som «grønne flekker», «lykkelige hager» eller «siste skanser», utenfor statlig byråkrati og marked. Eksempler på slike livsområder finnes i barndommen, i privatlivet, i hus og i hjem. I vennskap, i religiøs tro og i opplevelse og i slektskap (Gullestad, 1989). Et slikt fokus er denne studiens oppfordring, i videre jobb mot et helsefremmende lokalsamfunn.

## Referanser:

Aftenposten (2013). <http://www.aftenposten.no/meninger/sid/Lekser-er-overgrep-mot-barn-7195540.html> , lest av 29.11.2014

Andersen J. (1998) *Nå går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nordnorske kystsamfunn*. ISM skriftserie nr.46. Tromsø: Institutt for sosiologi og Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Andreassen Becher Aslaug (2006). *Flerstemmig mangfold*. Fagbokforlaget.

Alver og Selberg (1992) *Det er mer mellom himmel og jord*. Folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillingen om sykdom og behandling. Sandvika: Vett og Viten.

Archetti, E (1984) *Om maktens ideologi. En krysskulturell analyse*. I: Klausen, A.M. red. Den norske væremåten. Antropologisk søkelys på norsk kultur. Oslo: Cappelen, 45-60.

Aron Antonovsky (1986) *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag.

Bae Berit. (1992): Relasjon som vågestykke – læring om seg selv og andre, i Bae.B og Waastad, J.E: *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiver på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bae Berit. (2006). *Perspektiver på barns medvirkning. Temahefte om barns medvirkning*. Side 6-27. Kunnskapsdepartementet

BDF. Barne og familiedepartementet. (2003) *Innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov*. Oslo

Biesta, G.J.J. (2011). *God uddannelse i måligens tidsalder – etik, politik, demokrati*. Århus. Forlaget Klim Originaltittel: *Good Education in a Age of Measurement: Ethics, Politics, Democracy*. (2009).

Dahlerg,G, Moss,P, Pence,A. (2002) *Fra kvalitet til meningsskaping. Morgendagens barnehage*. Kommuneforlaget.

- Dahlgren.G og Whitehead.M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Eide, B.J. og Winger, N. (2006) *Dilemmaer ved barns medvirkning. Temahefte om barns medvirkning*. Side 28-50. Kunnskapsdepartementet.
- Eide, B.J. og Winger, N. (2003) *Fra barns synsvinkel- Intervju med barn- Metodiske og etiske refleksjoner*. Cappelen Akademisk Forlag
- Engelstad,F. (2003) *Hva er makt?* I: Fugelli, P.; Stang,G., Wilmar, B. red. *Medisin og makt*. Oslo: Makt – og demokratiutredningen, 18-34.
- FN. De forente Nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barns rettigheter. (Barnekonvensjonen)*
- FN sambandet (2014) <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/190/F1.large.jpg> lest av 10.09.14
- Folkehelseloven (2012): <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>, lest av 10.02.2013
- Folkehelseforeningen (2012) *Folkehelse på tvers. Sunne Kommuner –WHO's norske nettverk*. [http://www.umb.no/statisk/helse/2012\\_folkehelsepaatversrapport.pdf](http://www.umb.no/statisk/helse/2012_folkehelsepaatversrapport.pdf) , lest av 20.06.2014.
- Foucault, M. (1999) *Diskursens orden*. (E.Schanning, trans).(Første gang utgitt i 1971) Spartacus Forlag.
- Fugelli Per og Ingestad Benedicte (2001) *Helse -slik folk ser det*. Tidsskr. Nor Lægefore 2001;121:3600-4
- Fugelli, Per (2008). *Nokpunktet. Essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli Per og Ingestad Benedicte (2009) *Helse på Norsk: God helse slik folk ser det*. Gyldendal Akademisk
- Fyhri, A., Hauge, Å,L., Nordh, H. (2012) *Støy i bomiljø – «The silent killer»*. I fagboken: Norsk miljøpsykologi. Mennesker og omgivelser. Sintef Akademisk Forlag.
- Giddens, A. (1990) *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo, Universitetsforlaget.

Gullestad, M. (1998) *Hverdagsfilosofer. Verdier, selvforståelse og samfunn i det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gustavsen, K (2007) *Lekser er urettferdig*, publisert på Forskning.no (2008)

<http://forskning.no/sosiale-relasjoner-sosiologi/2008/02/lekser-er-utettferdig> lest av 29.11.2014

Cambridge: Polity Press

Hafting M (1995) *Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester*. Tano

Hatch, J.A. (2002) *Doing qualitative research in education settings*. New York: State University of New York Press.

Huber Machteld m.fl (2011) *How should we define health?* BMJ 2011;

343:d4163doi:10.1136/bmj.d4163

Ihlebak Camilla (2009) *Legens rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist*, Michael 2009;6395-401

Johannessen Asbjørn, Tufte Per Arne, Christoffersen Line (2010) 4.utg *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige emner*. Abstrakt forlag.

Johnsen, Svein Åge Kjøs (2012) *Er dilemmaforståelsen av miljøvennlig atferd riktig og nyttig?* I fagboken: Norsk miljøpsykologi. Mennesker og omgivelser. Sintef Akademisk Forlag.

Kaplan og Kaplan, (1995). *The experience of nature. A psychological perspective*. Cambridge University

Keesing. Roger.M (1981) *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective*, Holt, Rinehart and Winston.

Kristoffersen, K.(2006) *Helsens sammenhenger*. Oslo:Cappelen Akademisk.

Kvale Steinar og Brinkmann Svend (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* 2.utg. Gyldendal Akademisk

Lazarus, R.S., Folkmann, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, Nick. (2005). *Childhood and society. Growing up in an age of uncertainty*. Berkshire: Open University Press.

Legeforeningen (2014) *Helsinkideklarasjonen* <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen-fra-verdens-helse-legeforening/> lest av 29.10.2014, kl 11:40

Lovdata (2000) *personopplysningsloven* <http://lovdata.no/dokument/NL7lov/2000-04-14-31> lest av 29.10.14 kl 12:21

Majka, Linda C. og Ensalaco, Mark. (2005) *Introduction: A human rights approach to the need of children*. I M. Ensalaco og L. C. Majka (Red), *Children`s human rights. Progress and challenges for children worldwide*. (s.1-5). Landham, Boulder, New York, Toronto & Oxford: Rowman & Littlefield publishers, inc.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Maxwell, J. (1992). *Understanding and Validity in Qualitative Research*. Harvard Educational Review, 62 (3), 279-301.

Merleau-Ponty, M. (1962) *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.

Miljøverndepartementet (2009) *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse*. Miljøverndepartementet og Nordisk Ministerråd.

Mæland John Gunnar (2010) *Forebyggende Helsearbeid Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget

Mæland, J.G., Elstad, J.I, Næss, Ø., Westin, S. (2009) *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Nasjonalforeningen (2014) [http://www.nasjonalforeningen.no/no/Hjerte/Forebygging/Hopp\\_for\\_hjertet\\_2014/](http://www.nasjonalforeningen.no/no/Hjerte/Forebygging/Hopp_for_hjertet_2014/) Lest av 29.11.2014

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010) *Folkehelse rapport 2010 – Helsetilstanden i Norge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nilsen, V. (2012) *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nordenfeldt, L. (1991) *Livskvalitet och halsa*. Falköping. Almqvist og Wiksell Forlag.
- NOU (1998):18 *Det er bruk for alle*. Helsedirektoratet.
- Ogden, T. (1997) *Sosialvitenskapelig forskning om barn – et nordisk perspektiv*. Nordisk Barnevern 4, 29-35.
- Sletteland Nina og Donovan Ruth Marie. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Solar, O og Irwin, A (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Popline. 333062.
- SSB (2010). Marte Rønning: *Homework and pupil achievement in Norway. Evidence from TIMSS*. ISBN 978-82-537-7754-2.
- Stang Ingunn (1998) *Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tetzschner, S. (2012) *Utviklingspsykologi*, Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tufte, B. (2000). *At forske for og med barn. Hvilke etiske fordringer stiller intensjonen om at bruke barn som informanter*» I P.Schultz Jørgensen og J.Kampmann (red.) *Børn som informanter*. København: Børnrådet.
- Ulrich, 1984. *View through a Window may Influence Recovery from Surgery*, *Science*, 224 (4647):420-421
- Valvatne, Helene og Sandvik, Margareth. (2002). *Barn, språk og kultur*. Oslo Cappelen Akademiske Forlag.
- Vaage, Odd Frank (2010) *Norsk Mediebarometer 2009*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- Walseth Liv Tveit og Malterud Kirsti (2004) *Salutogenese og empowerment i et allmenmedisinsk perspektiv*. Tidsskrift Nor Lægeforen nr 1, 2004; 124:65-6.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for health promotion*, Verdens Helseorganisasjon.
- WHO (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneve: Verdens Helseorganisasjon.
- Wildavsky (1977). *Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy*. Deadalus, Winter.

World Medical Association (2013): *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3index.html> Lest av 20.01.2013

Woodhead, Martin. (2005). Early childhood development: a question of rights. *International Journal of Early Childhood*. Journal of OMEP: l'organisation Mondiale pour l'Education Pre`scolaire, 37 (3), 79-98.

Wormnæs Odd m.fl (2002) *Vitenskap – enhet og mangfold*. Gyldendal Akademisk.

Åberg A. og Lenz Taguchi Hellevi (2006) *Lyttende pedagogikk – etikk og demokrati i pedagogisk praksis* Universitetsforlaget.

## **Vedlegg:**

- Intervjuguiden
- Informasjonsbrevet til foreldre og barn
- Samtykkeerklæring



## Intervjuguide

Navn:

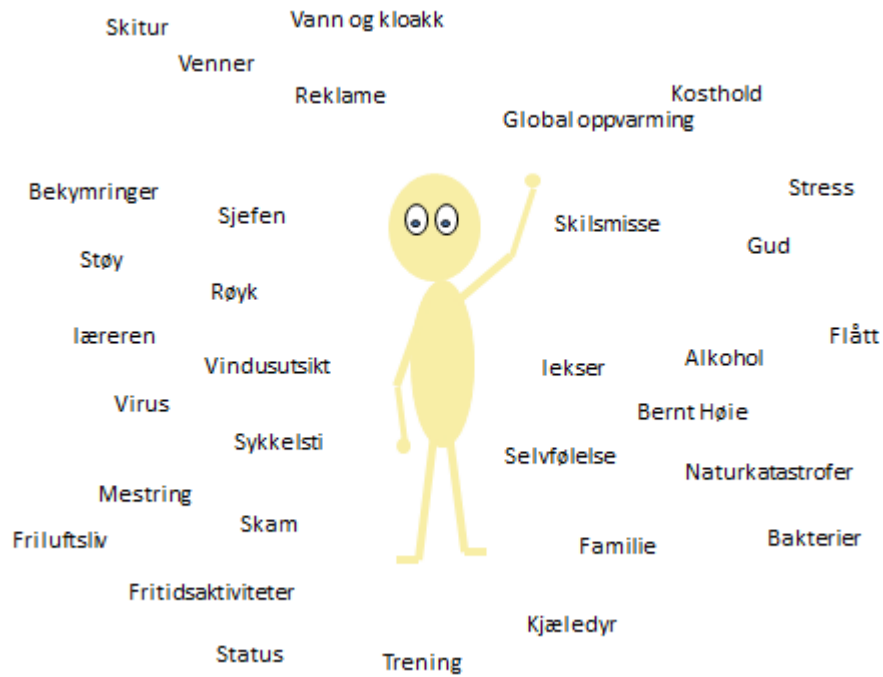
Alder:

Kjønn:

Familie:

Bosted:

- Hva tror du menes med at noen har god helse?
- Hva skal til for at du opplever å ha god helse?
- Se for deg en «vanlig uke» i ditt liv, fra mandag til søndag.
- Hvilke aktiviteter og/eller opplevelser fra uken vil du trekke frem, som er med på å gi deg god helse?
- La oss sammen se på figuren under. Her er det mange eksempler på ting som kan bety noe for et menneskes helse.
- Er det ting her du tenker betyr noe for din helse? Er det ting her du tenker ikke har betydning for helse? Er det andre ting som du ikke ser i figuren, som du tenker betyr noe for din helse, som du vil si noe om?



- Hvem har ansvar for god helse?

To fiktive problemstillinger:

- Hvis du kunne gi din venn/venninne et eneste råd om hvordan han/hun skulle bevare god helse – hva skulle det være?
- Hvis du skulle gi et råd til statsministeren om hva som kunne gjøres for å oppnå god helse i befolkningen, hva skulle det rådet være?

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### **«Helse – slik barn ser det».**

#### **Bakgrunn og formål:**

Dette er en forespørsel til dere om å delta i et forskningsprosjekt som er en del av et mastergradsstudie i folkehelsevitenskap ved Norges miljø – og biovitenskapelige universitet (NMBU), Ås. Ansvarlig for prosjektet er professor Camilla Ihlebæk, ved NMBU. Formålet med forskningsprosjektet er å få noen glimt inn i barns forestillinger og forståelse av helsebegrepet. Jeg ønsker å intervjuer åtte barn, for å spørre de om hva de tenker god helse er, og hvordan god helse blir til.

Jeg vil intervjuer åtte barn, i aldersgruppen 11-14 år. Deres barn blir forespurt på bakgrunn av at han/hun er i denne aldersgruppen, og går ved Son skole.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien:**

Deltakelse innebærer at barnet ditt møter for et 30-40 minutters intervju. Tid og sted avtales nærmere. Jeg tilpasser meg tider som passer for dere /barnet. Eventuelt kan intervjuene gjøres rett etter skoleslutt, ved barnets skole.

Personopplysninger som innhentes er barnets navn, og foreldres telefonnummer/email. Barnets navn blir ikke benyttet i publiseringen. Ved ytterligere opplysninger om intervjuet, kan intervjuguide sendes på forespørsel.

#### **Hva skjer med informasjonen fra ditt barn?**

Alle opplysninger barnet gir vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun meg som student og min veileder, som vil ha tilgang til intervjuene. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og transkribert i etterkant av intervjuet. Intervjuene vil bli lagret på en bærbar pc/minnepenn, som er passord beskyttet og innelåst.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2014. Alle opptak av intervjuene blir slettet etter prosjektets slutt.

**Frivillig deltakelse:**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og hvis du og ditt barn sier ja til og delta, kan du senere trekke ditt samtykke når som helst uten å oppgi noen grunn. Dersom du eller barnet velger å trekke seg, slettes alle data.

Dersom du og ditt barn ønsker å delta, eller har spørsmål til studien setter jeg pris på om du tar kontakt med meg.

Jeg heter Hilde Ericsson, tlf 93440161. Min mail er [hilde.ericsson@yahoo.no](mailto:hilde.ericsson@yahoo.no). Min veileder heter Camilla Ihlebæk, og hennes mail er [camilla.ihlebak@umb.no](mailto:camilla.ihlebak@umb.no)

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

Alle barn som deltar vil være med i trekningen av to kinobilletter, som takk for at de satte av tid til å la seg intervju.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og samtykker til at mitt barn kan delta i studien.

---

Signert av foresatte, dato

Jeg har mottatt informasjon, og samtykker til å delta i studien

---

Barnets navn, dato

---

Hilde Ericsson , dato





Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)