

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avslutning på masterstudiet mitt ved Klinisk Helsevitenskap, studieretning Fedme og helse, ved NTNU. Overvekt og fedme har blitt et stort globalt samfunnsproblem. Gjennom studieforløpet har min oppmerksomhet og interesse for hvor store konsekvenser, som må kalles, en fedme-epidemi har på både individ og samfunns-nivå. Det framstår ganske tydelig at det å forebygge overvekt og fedme i ung alder er «enklere» og mye mer samfunnsøkonomisk, enn å behandle overvekt og fedme senere i livet.

Det ble derfor interessant å se om NTNU hadde noen studier om barn og overvekt, som de ønsket å starte. Det viste seg at de hadde flere aktuelle studier. Denne studien er en del av et større prosjekt, der målet med prosjektet blant annet er å finne ut hva barn tenker rundt veiing og måling i skolen, persepsjon av eget kroppsbilde og kroppsmisnøye.

Å være tilknyttet et større og mer omfattende forskningsprosjekt har gitt meg verdifull erfaring og lærdom som jeg tar med meg videre. Jeg vil gjerne takke mine veiledere Rønnaug Astri Ødegård og Ingrid Sørdal Følling for god oppfølging og inspirerende veiledning. Jeg vil også takke PhD student Tove Langlo Drilen for å bli tatt så åpent imot som intervjuer i dette prosjektet. Det har vært en læringsrik og givende prosess, og spesielt datainnsamlingen med intervjuene av barna var en artig og lærerik opplevelse.

15.05.22

Torill Anita Hoem Weisethaunet

Sammendrag

Bakgrunn

Helseforståelse øker evnen til å kunne delta aktivt i å fremme, forebygge og behandle egen helsetilstand. Forståelse av helse-begrep og helseatferd utvikles i ung alder. Hvilken helseforståelse en har påvirker også ens vurdering av egen helse. Unge med overvekt har større risiko for negativt kroppsbilde, samtidig opplever også et stort antall normalvektige å ha et negativt kroppsbilde. Negativt kroppsbilde blant unge kan gi blant annet psykiske utfordringer, samt større risiko for økt vekt inn i voksen alder.

Formål

Det finnes lite forskning på hvilken helseforståelse unge barn har. Samtidig er deres selvopplevde helse kartlagt i liten grad. Denne studien har som mål å få bedre innsikt i åtte-åringers helseforståelse, og samtidig kartlegge hvordan de opplever sin egen helse. Den økte innsikten kan veilede blant annet skolehelsetjenesten i kommunikasjon med unge barn om kropp og helse.

Metode

I denne studien ble det benyttet et kvalitativt design. Det ble gjennomført individuelle semi-strukturerte intervju med 83 åtte-åring, derav 41 jenter og 42 gutter. Deltakerne var fra fire ulike skoler i Trondheim kommune. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert. Transkripsjonene ble analysert ved hjelp av Systematisk tekst-kondensering (STC).

Resultater

Åtte-åringene sier at kosthold og fysisk aktivitet er de viktigste faktorene for en god helse. Viktige faktorer som de ellers trekker frem er å ha gode venner og familie, gode følelser, være frisk og det å ha en normal kroppsstørrelse. Forutsatt at kroppsstørrelsen har noe å si for helsen, sier de det er fordelaktig å ha en normal kroppsstørrelse. Store kroppsstørrelser blir vurdert til å være late og usunne. Ved vurdering av sin egen helse sier åtteåringene at de opplever den som god.

Konklusjon

Sammenfallende med tidligere funn og forskernes forventninger, sier åtte-åringene at kosthold og fysisk aktivitet er viktige faktorer for god helse. Sosiale og emosjonelle faktorer har også stor betydning, sier de. Som forventet er åtte-åringene opptatte av kroppsstørrelse, der de uttrykker at middels kroppsstørrelse indikerer god helse, mens stor kroppsstørrelse tyder på usunne levevaner og dårlig helse. Åtte-åringene sier at de opplever sin egen helse som god.

Abstract

Background The level of health conceptualization correlates to the ability to actively promote own health condition. The ability to take precautions and to treat own health condition also increases. Health conceptualization and health behavior evolves during young age. Health conceptualization impacts the perception of own health. Young people with overweight have shown to have increases risk of a negative body image. A large number of young people with normal weight also experience having a negative body image. Negative body image among young people can lead to psychological challenges, but also a greater risk of increased weight into adulthood.

Purpose There are few studies of young children's health conceptualization. It is also limited research on young children's own health perception. This study aims to explore eight-year-old children's health conceptualization and their perception of own health. Increased understanding of this could benefit the school health service, in communication with young children about body and health.

Method This study is based on a qualitative design was used. Individual semi-structured interviews were conducted with 83 eight-year-old children, 41 girls and 42 boys. The participants were recruited from four different schools in Trondheim. All interviews were recorded and transcribed. The transcribed data were analyzed based on Systematic Text Condensation (STC).

Results The eight-year-old children express that nutrition and physical activity are the most important factors for good health. They also mention having good friends and family, emotional and social well-being and having a normal body size as important factors. When given a prerequisite that body size affects the health, the children say that medium body size would be preferable for the health. A large body size is considered to indicate lazy and unhealthy personalities. When the eight-year-old children assess their own health, they perceive their health to be good.

Conclusion The eight-year-old children say that nutrition and physical activity are important factors for good health. This correlates with both previous findings and the researchers' expectations. They also express that social and emotional factor are very important. As expected, the eight-year-old children are focused on body size. They express that medium body size good health, while large body size indicates unhealthy living habits and poor health. The eight-year-old children say that they perceive their own health as good.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
1. Innledning	1
1.1 Begrepsavklaring	2
2. Bakgrunn	3
2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	3
2.1.1 Humanvitenskap som vitenskap	3
2.1.2 Hermeneutikk	3
2.1.3 Konstruktivisme	4
2.2 Barnas ståsted utviklingsmessig	4
2.2.1 Teori for å forstå den generelle utvikling.....	4
2.2.2 Sosial utvikling	5
2.2.3 Utvikling av persepsjon og tenkning.....	5
2.2.4 Emosjonell utvikling.....	6
2.2.5 Språklig utvikling	7
2.3 Barn som informanter	7
2.4 Overvekt og fedme i et helseperspektiv	8
2.4.1 Kroppsbilde og stigma	9
2.5 Salutogenese og forståelse av helse	10
2.6 Helseforståelse blant folk	10
2.7 Selvoppfattet helse	12
3. Mål og problemstilling	14
4. Metode	15
4.1 Studiedesign	15
4.2 Rekruttering	15
4.3 Utvalget	15
4.4 Utarbeiding og forberedelse av intervjuguide	17
4.5 Setting for datainnsamling: «Helsedagen og helse-timen med helsesykepleier»	18
4.6 Datainnsamling	18
4.7 Etske betraktninger	19
4.8 Forforståelse	20
4.9 Analyse	20
5. Resultater	22
5.1 Sunt kosthold og fysisk aktivitet	22
5.2 Sosial og emosjonell betydning	23
5.3 Friskhet	24
5.4 Gunstig kroppsstørrelse	24

6. Diskusjon	26
6.1 Hovedfunnene i studien.....	26
6.1.1 Barnas forståelse av god helse	26
6.1.2 Barnas utviklingsstadium og ståsted.....	28
6.1.3 Kontekst.....	30
6.2 Studiens styrker og svakheter	32
6.3 Reliabilitet og validitet.....	33
7. Konklusjon	35
Litteraturliste.....	36

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv barn

VEDLEGG 2: Informasjonsskriv foresatte

VEDLEGG 3: Intervjuguide

VEDLEGG 4: Agende for helsesykepleierne på helsedagen

VEDLEGG 5: Oversikt over artikler med database og søkeord

VEDLEGG 6: Analyse

1. Innledning

Helseforståelsen en har tidlig i livet viser seg igjen i holdninger og atferds-mønstre senere i livet, som vil påvirke helsetilstanden inn i voksen alder (Almqvist et al., 2006). Det viser seg også at for å endre helseforståelsen, er alder en viktig faktor. Dette begrunnes med at det er i barne- og ungdomstiden de grunnleggende kognitive, fysiske og emosjonelle utviklings-prosessene skjer, og det er også da helse-relatert atferd og ferdigheter utvikles (Borzekowski, 2009).

God helseforståelse kan hjelpe mennesker til å ta gode helsefremmende valg (Helseogomsorgsdepartementet, 2019), noe som blant annet er viktig med tanke på fedmeepidemien som rammer store deler av verden (Aamo et al., 2019)

Fedme og overvekt hos barn gir økt risiko for psykiske og sosiale vansker, og som oftest går det ut over blant annet vennskap, skolegang og livskvalitet (Hill, 2009, s. 349). Fedme og overvekt viser seg å ha en sterk assosiasjon til negativt kroppsbilde, og da spesielt hos unge (Ortega Becerra et al. (2015). Samtidig er det sett at unge normalvektige, som oppfatter seg selv som overvektige, har en større vektøkning inn i tidlig voksen alder enn de som ikke har den oppfatningen (Cuypers et al., 2012). Kroppsbilde basert på kroppsstørrelse, blir beskrevet som vekt-stigma og utvikles i tidlig barndom (Paxton & Damiano, 2017). Ofte kan en ha stereotypiske holdninger til andre som ser litt annerledes ut, og i vestlige samfunn har kropp-relatert stereotypi blitt sterkt assosiert med vekt og fedme. Barn helt ned i fem års alderen har vist seg å være påvirket av kroppsstørrelse når de skal plukke ut positive karakteristikk av mennesker. Fedme og overvekt hos barn følger som oftest med inn i voksen alder (Shield & Summerbell, 2009, s. 525).

Omtrent 23 % av nordmenn over 18 år befinner seg i dag i fedme-kategorien, det vil si at de har en kroppsmasse-index (KMI) over 30 kg/m² (Aamo et al., 2019). Andelen barn med fedme og overvekt øker i verden, men ser ut til å ha stabilisert seg i Norge, likt med andre høyinntektsland (Folkehelseinstituttet, 2017a). For norske åtte-åring viser helseundersøkelsen fra 2015 at 14 % av jentene er overvektige, mens 11 % av guttene er overvektige (Folkehelseinstituttet, 2017b) Andelen med fedme er hhv 3 % hos jentene og 2 % hos guttene.

Videre er negativt kroppsbilde hos unge sterkt assosiert med dårlig selvopplevd helse (Meland et al., 2007). Den helseforståelsen en har, påvirker også hvordan en opplever sin egen helse. Selvopplevd helse blant barn og unge er en viktig indikator for livskvaliteten i befolkningen (Rangul & Kvaløy, 2020), og en determinant for senere bruk av trygdeytelser, helse og dødelighet (Schou et al., 2006). Selvopplevd helse konseptualiseres i barne- og ungdomsårene (Meland et al., 2007), og det er viktig at barn får tidlig kunnskap om hvordan en kan oppnå en god helse.

Det finnes minimalt med oppdatert forskning om helseforståelse og selvopplevd helse hos barn. Dette er bakgrunnen for at en i denne studien skal forsøke å få tilgang på barns perspektiv knyttet til dette tema, og da gjennom en studie av en gruppe åtte-åringers egne utsagn og uttrykk.

1.1 Begrepsavklaring

Begrepene «helseforståelse» og «helsekompetanse» er brukt som synonymbegreper i denne studien. De viser til det engelske begrepet «health literacy». Tidligere ble blant annet begrepene «helseforståelse» og «helsekunnskap» brukt som norsk begrep for «health literacy», men i 2019 innførte Helse- og Omsorgsdepartementet begrepet «helsekompetanse» (Hem, 2020). Dette innebærer at begrepet også omfatter en aktiv handling med å skaffe, vurdere og forstå, og ikke bare det å ha kunnskap om helse. Så selv om begrepet «helseforståelse» er noe snevrere enn «helsekompetanse» bruker jeg de som synonymer, og det vil i denne studien omfatte hva en forstår med begrepet, hva som kjennetegner en person med god helse og hvordan en kan oppnå god helse.

2. Bakgrunn

I dette kapittelet blir det sett på noen vitenskapsteoretiske perspektiver som er lagt til grunn i denne studien. Å kjenne til barns utvikling på de ulike områdene er avgjørende når intervjuene og datamateriale skal analyseres, og er derfor viktige elementer i studien. Det er videre tatt med teori som sier noe om hvordan barna som informanter kan betraktes. Til slutt vil studiens fokus på overvekt, kroppsbilde og helseforståelse bli belyst.

2.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Utvalgt vitenskapsteori er tatt med her, da det kan forklare menneskesynet som legges til grunn i denne studien. Etter som utsagn og reaksjoner skal fortolkes og sees i lys av konteksten, vil hermeneutikk bli omtalt. Det at kunnskap er konstruert gjennom aktivitet og subjektive prosesser anses som relevant for studien, og er derfor tatt med.

2.1.1 Humanvitenskap som vitenskap

Thomassen (2006, s. 155) skriver om hvilke kriterier som avgjør om noe er vitenskap eller ikke. For å utfordre naturvitenskapen og dens store prestisje og ubestridelige resultater, og å kunne vise at humanvitenskapene er vitenskaper i egen rett, fremheves det som særpreger mennesket og den menneskeskapte virkeligheten.

Tidligere antakelser om at verden og menneskenaturen er evig og uforanderlig, endres da en begynner å bli bevisst på at verden forandrer seg (Thomassen, 2006, s. 156).

Både samfunn, kultur, og mennesket selv, endrer og utvikler seg gjennom historien.

Det er i refleksjonene over dette særpreget ved humanvitenskapene at motsetningen mellom å forklare og å forstå formuleres. Nye naturvitenskapenes funn kan *forklares* ut fra lovmessige årsakssammenhenger, mens i arbeidet med humanvitenskapene må funnene *forståes*, fordi det dreier seg om å fatte et meningsinnhold.

De historiske humanvitenskapene kan derfor stå som en egen form for vitenskap, der det grunnleggende skillet er at naturen kan forklares, mens kulturen må forstås.

2.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk kommer fra det greske ordet *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke. Det er grunnlaget for humanvitenskapene og handler om fortolkningslære og forståelse (Thomassen, 2006). Mens positivismen har som mål å forklare naturfenomener, har hermeneutikken som mål å forstå menneskelivet og fenomener. Å tolke et datamateriale hermeneutisk, vil si å tolke utsagn og meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunktet for forforståelsen (Malterud, 2017, s. 28).

I hermeneutikken er menneskets forforståelse viktig, og all forståelse er preget av konteksten (Thomassen, 2006). Ved tolkningen av tekst legges det spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet («den hermeneutiske sirkel») og at kontekst og selvrefleksjon er av stor betydning (Malterud, 2017, s. 28). Konteksten er ikke objektiv, men ulik fra menneske til menneske (Thomassen, 2006). For at noe skal gi mening, må

alltid delene tolkes ved hjelp av vår forforståelse av helheten. Vår forståelse av delene vil igjen påvirke vår forståelse av helheten.

2.1.3 Konstruktivisme

Det konstruktivistiske perspektivet innebærer at vi til en viss grad konstruerer fenomenene i verden rundt oss (Thomassen, 2006, s. 180). Tenkemåten vektlegger at våre følelser og handlinger er betinget av de sosiale vilkårene vi har tilegnet oss, der vi fortolker verden ut ifra våre forutsetninger og bruker våre begreper, teorier og forståelse. Vår opplevelse skapes altså ikke av en passiv observasjon av et ytre objekt, men ved en aktiv samhandling mellom individet og verden rundt.

I sosial konstruktivisme er språklig sosial interaksjon avgjørende for at kunnskap skal oppstå. All kunnskap oppstår i en kontekst hvor språklig samhandling konstruerer relasjonen både mellom subjekter og mellom subjekt og verden. Gjennom språket og disse konstruksjonene etableres både vår selvforståelse og vår virkelighetsforståelse (Thomassen, 2006). Sosial konstruktivisme vektlegger betydningen av kultur, tekst og dialog, med samfunn, narrativer og symboler for forståelse og kunnskap (Malterud, 2017, s. 29). Etter som mening og forståelse skapes gjennom dialog og tekst, vil mangfoldet av subjektiviteter bli mer sentralt enn objektive fakta.

2.2 Barnas ståsted utviklingsmessig

For å forstå barnas perspektiver er det viktig å være klar over barnas ståsted, deres persepsjon og forståelse i forhold til alder. Teoriene det vises til baserer seg på gjennomsnittsbetraktninger, men det vil alltid være en spredning i gruppa. Her vil de aktuelle aldersgrupper for barna i studien bli omtalt.

2.2.1 Teori for å forstå den generelle utvikling

Barns utvikling blir påvirket av mange ulike forhold, både biologiske og miljømessige (Tetzchner, 2012). Resultatet av en eller flere påvirkninger, kalles utviklingseffekt, der en skiller mellom hovedeffekter og interaksjonseffekter. Hovedeffekt-modellen sier at det er bare arv eller bare miljø som er avgjørende for utviklingen (Haugen, 2017, s. 40). Dette gir seg mest til kjenne ved enkelte genetiske sykdommer, der arven spiller en avgjørende rolle for utviklingen. Men det meste av utviklingen skjer ved en påvirkning av både arv og miljø, og gir en interaksjonseffekt.

Transaksjonseffekten er en interaksjonseffekt som sier noe om den gjensidige påvirkningen mellom individ og omgivelser *over tid* (Tetzchner, 2012). Den kan vise forandringer som skjer med et barn og et miljø langs en tidsakse, for eksempel hvordan den gjensidige påvirkningen mellom foreldre og barn over tid virker. På et gitt tidspunkt kan barn få foreldrene til å reagere på en bestemt måte. Barnet blir påvirket av foreldrenes reaksjon, som igjen påvirker foreldrene. Eller for eksempel foreldres språklige påvirkning avhenger av barnas språklige kompetanse. Noen barn kan ha en positiv utvikling på et område, men kanskje negativ utvikling på et annet område. Utviklingsforløpet til et barn kan være ganske forskjellige på ulike områder.

Figur 1 viser et eksempel på transaksjonsmodellen. Barne- og ungdomsarbeider 1 (heretter kalt BUA 1) møter barn 1, de påvirker hverandre – og begge utvikler seg til 2, 3, 4 ... Barnet utvikler seg på bakgrunn av erfaringene i samspillet med BUA, og BUA utvikler seg også. Dette viser at vi utvikler og endrer oss i det miljøet vi lever i.

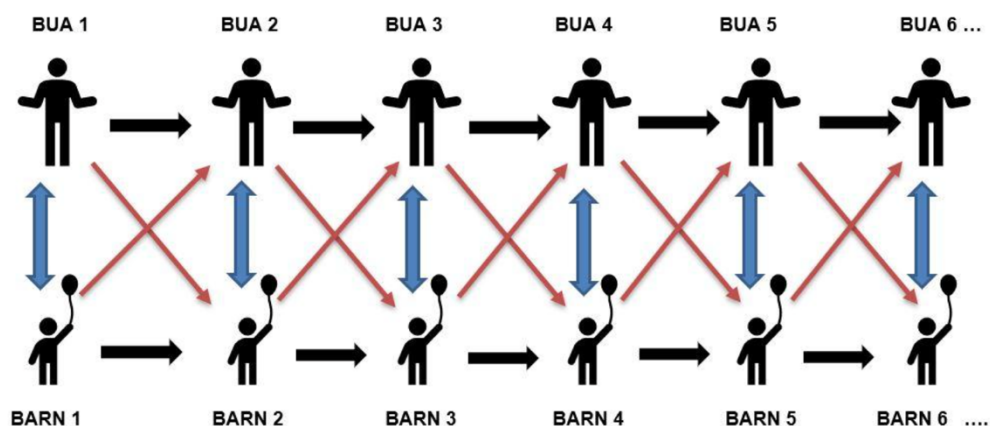


Fig. 1: Transaksjonsmodellen, av Ringereide, R. A., Sameroff, A. J. (<https://ndla.no/article/28043>). CC BY-SA 4.0.

Det er ulike påvirkninger som spiller inn på de ulike utviklingsområdene. Barn og foreldre påvirker ikke hverandre isolert, men virker også sammen med relasjoner til andre barn og voksne, aktiviteter utenfor skole og barnehage, ulike jobber foreldrene har og ulike fysiske og ernæringsmessige kår. Samfunnets verdier, regler og tilrettelegging vil ha betydning for skole og arbeid, og hvordan barn og foreldre påvirker hverandre.

2.2.2 Sosial utvikling

Når barnet nærmer seg skolealder, så er språket såpass godt utviklet at de kan gi språklig uttrykk for hvem de helst vil være sammen med eller leke med (Haugen, 2017, s. 74). Leken vil også gå over fra alenelek eller parallell lek til samarbeidslek. Ved gode vennskapsforhold vil språkferdighetene utvikles, og de må lære å ta hensyn til de andre. Når barn begynner på skolen, kan de begynne å se en situasjon eller et forhold fra en annen persons perspektiv (Haugen, 2017, s. 81). Før det antar de at andre barn tenker på samme måte som de selv. Dette handler om rolletaking og desentrering, og er relatert til den kognitive utviklingen. Barn som er mellom seks og åtte år begynner å innse at andre kan ha et syn på ting som er forskjellig fra sitt eget, men antar at dette bare skyldes at den andre personen ikke har samme bakgrunnskunnskap som en selv. Barn i åtte til ti års-alderen begynner å forstå at de andre kan ha et annet syn enn en selv. I tillegg begynner barnet å kunne tenke over andres synspunkter.

2.2.3 Utvikling av persepsjon og tenkning

Perseptuell utvikling omfatter syn, hørsel og andre sanser (Tetzchner, 2012). I førskolealderen og tidlige skolealder har barn ennå problemer med bildeforståelse. De kan fremdeles ha problemer med å forstå at det som er på bilde (både fotografi, tegning og film), er det samme som forekommer i virkeligheten.

Den kognitive utviklingen dreier seg hovedsakelig om barns intellektuelle utvikling, som innebærer barnets evne til å tenke, forstå og løse utfordringer (Haugen, 2017, s. 126). Piaget benevnte barnets mentale organisering av virkeligheten som skjema. Det betegner en kognitiv struktur som er bygd opp av erfaring og læring i løpet av oppveksten. I disse kognitive strukturene inngår konstruksjoner av virkeligheten, som er personlig etter som det enkelte barn konstruerer verden på sin egen måte, og er lagret i menneskets langtidsminne.

Når barn tolker hendelser, personer eller objekter, så er det på grunnlag av skjemaer de allerede har ervervet seg (assimilasjon) (Haugen, 2017, s. 134). Det vil si at de forsøker å innpasse nye erfaringer i sine eksisterende skjema. Ved en lære- og utviklingsprosess vil skjemaene endres, slik at de bedre blir tilpasset en ny ytre virkelighet (akkomodasjon). Da vil barnet kognitivt og mentalt fungere på et mer avansert nivå enn tidligere.

Det preoperasjonelle stadiet (2-7 år) (Tetzchner, 2012): Ifølge Piaget legger den kognitive utviklingen grunnlaget for barns forståelse av komplekst språkinnhold, samtidig som språket har stor betydning for tilegnelse av kunnskap. Etter som den kognitive strukturen ennå ikke er fullført, vil barna løse oppgaver intuitivt og prelogisk. De vet ofte svaret, men de kan ikke forklare det. Ved oppfølgings spørsmål som «hvordan» eller «hvorfor», svarer de ofte «jeg bare vet det».

Det konkret-operasjonelle stadiet (7-11 år): I dette stadiet etableres operasjonelle skjemaer i den kognitive strukturen. Det gjør barna i stand til å ordne og binde sammen andre skjemaer. Barnet kan knytte konkrete handlinger til tanker de gjør seg om det, og de klarer etter hvert å holde forestillinger om oppgaver i hodet.

2.2.4 Emosjonell utvikling

Situasjoner som utløser glede og trivsel hos unge er positive emosjonskilder (Haugen, 2017, s. 89). Men alle barn vil også erfare situasjoner og hendelser som gir negative følelser. I hovedsak vil de barna som opplever flere positive situasjoner enn negative, ha en bedre livskvalitet. Men det er ikke bare ytre forhold som kan sette i gang en emosjonell prosess. Dersom et barn tenker mye på, enten positive eller negative situasjoner, kan det iverksette positive eller negative reaksjoner. Når et barn nærmer seg skolealder, begynner en å kunne knytte positive eller negative tanker til en emosjonell opplevelse.

Emosjonelt sett vil barn i femårs-alderen begynne å ha en bredere forståelse av hvordan emosjoner uttrykkes, og hva mulige årsaker er (Tetzchner, 2012). Gjenkjenning av ansiktsuttrykk og forståelse av emosjoner er koblet til situasjoner. I sjuårs-alderen skjer en ny forståelse av sammenhengene mellom emosjoner, ønsker og oppfatninger. Følelsene virker inn på den unges være- og tenkemåte (Haugen, 2017, s. 96). Det er spesielt tre følelser som er nært knyttet til barns selvoppfatning, og det er stolthet, skamfølelse og skyldfølelse. Stolthetsfølelse oppnås ofte ved mestring. Skam- og skyldfølelse er nært beslektet, og begge aktiveres når barnet oppfatter å ha gjort noe galt.

2.2.5 Språklig utvikling

To sentrale faktorer som er avgjørende for normal språkutvikling, er at barnet vokser opp i et normalt språkmiljø og at hjernen utvikler seg normalt (Haugen, 2017, s. 141). Ved skolealder er det antatt at den grunnleggende språkutviklingen er over, dvs at grunnstrukturen i språket mestres. Etter denne perioden vil ordforrådet stadig vokse, og barnet kan delta i samtaler over en viss tid. Det skjer en voldsom økning i vokabular fra de starter på skolen til de når mellomtrinnet. I følge Vygotskij skjer utviklingen i kommunikasjon med andre, og introduserer prinsippet om «den nærmeste utviklingszone» (Haugen, 2017, s. 148). Det defineres som forskjellen mellom det eksisterende utviklingsnivået en oppnår gjennom selvstendig problemløsning, og det potensielle utviklingsnivået en oppnår gjennom problemløsning med noen jevnaldrende som er dyktigere eller voksne.

2.3 Barn som informanter

Barneperspektivet har endret seg med tiden. Tidligere ble barn og unge sett på noe som skulle beskyttes, men på 90-tallet fikk barn i Norge styrket sin rettsstilling og synet er endret i takt med den generelle samfunnsutviklingen (Sandbæk, 2001, s. 160-161). Fra å se på barna som objekter har barndomssosiologien tydeliggjort et syn på barn og unge som sosiale aktører som konstruerer sin sosiale virkelighet, med kompetanse og rett til å definere egne behov. Det viktigste med barneforskning har vært å endre synet på barn som umodne mennesker på vei mot voksenlivet, til å være kompetente mennesker (Brady et al., 2015). Barn, som en sosial gruppe, må forstås i forhold til andre sosiale grupper. Det handler ikke bare om å søke kunnskap «om barn», men også søke kunnskap «med barn» (Eide & Winger, 2003, s. 17).

Ved forskning på barn er det stor risiko for å homogenisere og dekontekstualisere gruppen (Brady et al., 2015). Andre utfordringer er hvordan en kan plassere barnet i sentrum av kunnskapsproduksjonen og hvordan en kan få tilgang til barns perspektiver og levde erfaringer. Det er uansett viktig å involvere barnet som aktør i forskningen, både for å ha mulighet til å få tilgang til dets perspektiver – men også for å overvinne ubalansen mellom forskeren og barnet.

Barn og voksne lever i ulike sosiale verdener, noe en må huske når man intervjuer barn (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 175). Det er viktig at ikke barnet tenker det finnes ett riktig svar, samtidig kan barn fort bli påvirket av intervjuerens forslag og ledende spørsmål. Ofte blir det vanskelig for barn dersom det blir stilt lange og komplekse spørsmål, eller mer enn ett spørsmål om gangen. Å intervju barna i sine naturlige omgivelser, og at de kan holde på med andre aktiviteter som tegning eller leker, er foretrukket.

Det er viktig å erkjenne det asymmetriske ansvarsforholdet til barn. Som individer er vi likeverdige, men det er de voksnes ansvar at barns ve og vel blir ivaretatt (Eide & Winger, 2003, s. 29). Ved intervju er det viktig at de beskyttes mot nærgående spørsmål og pålagte tankeprosesser de ikke er modne for eller ikke har godt av.

Men en kan nok ikke få sett verden fra barnets synspunkt fullt og helt (Hake, 1999). Når en prøver å innta barneperspektivet, får en kunnskap om hvordan en *tror* barnet ser

verden. Dette fås gjennom kunnskap om det barnet gjør og kan, hvordan det tenker, snakker og handler. Det som er viktig er å gjøre barnet til subjekt, og belyse spørsmål og problemstillinger som er viktige i deres livsverden. Mye av den kunnskapen som finnes om barn er sett fra de voksnes ståsted. Dette gjør at en kan forklare hvordan barn er, men det er ikke sikkert en forstår deres virkelighet bedre.

Barns kommunikasjonsferdigheter og kognitive evner er noe umodne, og flere etiske utfordringer oppstår ved barn som informanter (Birbeck & Drummond, 2005).

Birbeck og Drummond (2005) peker på tre utfordringer knyttet til barns kognitive, sosiale og kommunikative ferdigheter, som kan føre til utilstrekkelighet;

- Hukommelseskapasitet: alder er en faktor i hukommelseskapasiteten til barn. Når barn stilles konkrete spørsmål, øker sannsynligheten for feil, og den øker enda mer ved mer komplekse spørsmål. Feilene består mest av utelatelse eller forglemmelse enn feil detaljer.
- Egosentrisitet: egosentrisitet kan ha to former; lite bekymring for virkninger av ens egne handlinger, og sette lite pris på andres synspunkter- med et selektivt minne for informasjon som har en personlig betydning. Det kan se ut som barn tenderer til å rapportere om informasjon de oppfatter som viktig, og utelater resten.
- Akseptere forslag: sårbarhet for forslag skyldes først og fremst barns kognitive evner og oppfattet maktforskjell mellom forsker og seg selv. Repeterte spørsmål og spørsmål om flere detaljer fører til høyere sannsynlighet for ukorrekt respons, pga at de kan oppfatte det som de har svart «galt». Barn ser ut som de påvirkes mindre ved entydige spørsmål og om sentrale hendelser.

Ved å opprette et støttende og aksepterende miljø under intervjuet, vil kvalitet og kvantitet til responsen øke, barna får lyst til å fortelle mer og de blir ikke så redde for å svare feil.

Med tanke på å tolke barneintervju er det viktig å huske at informasjonen er gitt i en spesiell setting (Eide & Winger, 2003, s. 101-103). Informasjonen om at data blir anonymisert og bearbeidet etisk forsvarlig, har de liten forutsetning for å forstå. Derfor kan det hende de må svare noe som er mer «sosialt akseptert». Avhengig av hvilken atmosfære som blir skapt under intervjuet, kan de se på voksne intervjuere som voksne oppdragelsespersoner som skal vurdere synspunktene deres.

2.4 Overvekt og fedme i et helseperspektiv

Nærmere 24 % av den voksne befolkningen i Norge har fedme, dvs en KMI på 30 kg/m² eller mer (Folkehelseinstituttet, 2017b). Over halvparten av befolkningen er overvektige, altså har en KMI på over 25 kg/m². Blant barn er mellom 15 % og 20 % i kategorien overvekt eller fedme. Dette er en verdensomspennende epidemi, der Norge ligger over gjennomsnittet i Europa (Aamo et al., 2019). Norge er også et av landene i Europa som har hatt den største økningen i forekomst av fedme de siste årene. Hovedårsaken til overvekten er at energiinntaket er større enn energiforbruket. Noen er arvelig disponert, mens en del kan assosieres med demografiske og sosioøkonomiske forhold som

utdanningsnivå og inntekt. Fedme og overvekt er særlige risikofaktorer for sykdommer som diabetes type 2, ulike hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og noen kreftsykdommer. Samfunns-økonomisk er fedme en av de mest kostbare «folkesykdommene» i Norge. Høy KMI (kroppsmasseindex [kg/m^2]) er en av de aller viktigste risikofaktorene med tanke på tapte leveår og helsetap i Norge.

2.4.1 Kroppsbilde og stigma

Fedme og overvekt påvirker hvordan en ser på seg selv. Kroppsbilde er det bilde av kroppen som er dannet i sinnet vårt (Neves et al. (2017)). Gjennom hele livet er kroppsbildet vårt i permanent konstruksjon /dekonstruksjon. Det er kjent at det å ha et negativt kroppsbilde i barndommen, kan være en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser senere i livet. Spesielt blant unge er overvekt assosiert med større risiko for negativt kroppsbilde (Ortega Becerra et al. (2015)). Et positivt kroppsbilde derimot, øker sjansen for å lykkes med en eventuell livsstilsendring.

Men et stort antall normalvektige ungdommer opplever også å ha et negativt kroppsbilde og dårlig selvfølelse (Jimenez Flores et al. (2017)) (Cuypers et al., 2012), og risikoen for å utvikle et negativt kroppsbilde er høyt – spesielt hos jenter som opplever presset om et tynt kroppsideal (Ortega Becerra et al. (2015)). Kroppsmisnøye blant jenter skyldes oftest vekt og kroppsfigur, mens hos gutter er det høyde, muskler og styrke (Paxton & Damiano, 2017). Holdninger til kroppsbilde kan også omfatte andre sitt utseende. Det kan komme til uttrykk ved at en har stereotypiske holdninger til andre som ser litt annerledes ut. Det kan være hudfarge eller rasemessige egenskaper. I den vestlige delen av verden har kroppsrelaterte stereotyper blitt sterkt assosiert med vekt og fedme. Overvektige opplever stigma rundt kroppsstørrelsen sin i fra mange hold. En stereotypisk beskrivelse av overvektige mennesker er at de er udisiplinerte, inaktive, spiser bare usunne matvarer, er lite tiltalende og har emosjonelle eller psykologiske problemer (Hill, 2009, s. 349). Det viser seg at barn helt ned i fem årsalderen skiller på normalvektige og overvektige, når de skal velge ut venner eller bursdagsgjester. Stigma og diskriminering foregår både på skoler, arbeidsplasser og i helsevesenet. Samtidig er det gradvis blitt mer og mer fokus på å ha en sunn livsstil og sunne matvaner (Bugge, 2012, s. 45-46). Verdien av å ha en sunn, slank og veltrent kropp har økt sterkt de senere årene, og det viser seg at de som er svært opptatt av å spise sunt er også de som er svært opptatt av å trene regelmessig. Sosiale media florerer også av tips og dietter som skal få deg slank, sunn og pen.

Ut ifra nevnte teorier synes det som at det er avgjørende at unge mennesker får økt innsikt i hva som gir god helse og hva de tenker om sin egen helse. Da kan det være interessant å se på hva begrepet «helse» kan bety. WHO (Helseogomsorgsdepartementet, 2014) definerer det slik:

«Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser»

Denne definisjonen definerer helse til en ideell tilstand for mennesker, noe som de fleste ikke oppnår i virkeligheten. Vi skal videre se på opprinnelsen til begrepet «helse» og mulig forståelse av dette.

2.5 Salutogenese og forståelse av helse

Salutogenese betyr opprinnelse til helse, mens motsatsen er patogenese, som betyr opprinnelse til smerte/sykdom (Espnes & Lindström, 2014, s. 26-30). Sosiologen Aron Antonovsky (1923-1994) innførte begrepet salutogenese, og startet formulering av et nytt teoretisk rammeverk for å forstå helseutvikling. Et sentralt budskap i den salutogene tankegangen er å fokusere på hvilke faktorer som skaper en høyere grad av helse, istedenfor å ensidig fokusere på sykdomsfremkallende forhold. I et salutogent perspektiv er helse definert som et kontinuum med «total helse» og «total u-helse», som motsatte poler (Espnes & Lindström, 2014, s. 32). Et menneskes plassering på kontinuumet er blant annet påvirket av daglige stressorer, individuelle mestringsstrategier og dens opplevelse av sammenheng. Tidligere studier viser at barn opp til åtte år, ser på helse og sykdom som separate konsepter, der de ikke kan se at en person kan ha delvis god helse og samtidig delvis dårlig helse (Almqvist et al., 2006). Hvis dette fremdeles støttes, så vil så unge barn ikke være i stand til å forstå at noen som er syke også kan være friske eller ha god helse i noen aspekter. I et fler-dimensjonert perspektiv er helse og sykdom sett på som to ulike dimensjoner – ikke motpoler (WHO, 2001). Det vil si at helse og sykdom kan være til stede på samme tid. Antonovsky så også for seg en utvikling av teorien der dikotomien mellom helse og sykdom forsvant (Espnes & Lindström, 2014, s. 35). Det er ulike perspektiver en forstår helse ut ifra, og det er da interessant å se om WHO's definisjon favner menneskers meninger og forestillinger om helse.

2.6 Helseforståelse blant folk

Det er svært mange innfallsvinkler til det å forstå helse-begrepet. Fugelli og Ingstad (2009) forsket i 10 år på folkets egen livsverden for å finne ut hva den norske menigmann mener om helse. Tanken var å finne en folkelig nyansering av helsedefinisjoner. De mener at vi ikke blir *født med* en helseoppfatning, eller at de blir dannet i oss ved automatisk programmering, men at oppfatningen alltid vil preges av rådende samfunnskrefter, og det er ulikt hva vi ser på som sykt og friskt, unormalt og normalt. Helsebegrepet veksler mellom tid og rom, og er også en dypt individuell opplevelse. De fant ut at de viktigste meningsbærende elementene i folks helsedefinisjon er: *trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi* (Fugelli & Ingstad, 2009). Det folkelige perspektivet på helse, kjennetegnes ved at det er helhetlig, pragmatisk og individualistisk.

Helhetlig fordi det er en del i alle sider av livet og samfunnet

Pragmatisk fordi det er et relativt fenomen i forhold til rimelig forventning ut ifra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon

Individualistisk fordi det er et personlig fenomen og menneskene er forskjellige (Fugelli & Ingstad, 2009).

Blant barn så har Almqvist et.al (2006) undersøkt små barns oppfattelse av helse i Sverige. De intervjuet 69 svenske barn i alderen fire til fem år, og barnas utsagn ble kategorisert i temaene kropp, aktivitet, deltakelse og miljø. Studien viste at barna har en fler-dimensjonal forståelse av helse, og ikke en forståelse av å bare være frisk eller syk. Den viktigste faktoren til god helse var deltakelse, som å være i stand til å gjennomføre ønskede aktiviteter og delta i hverdagen.

Bhagat et al. (2018) intervjuet 29 barn i de midt-atlantiske statene i alderen åtte til elleve år, om sammenhengen mellom helseoppfattelse og helsekompetanse. Resultatene viste at oppfattelsen de hadde av helse påvirket tolkningen av helse-informasjonen de fikk. Det viste seg ved at informasjonen de fikk eller det de leste på vare-etiketter e.l tolket de ut fra den forståelsen de hadde. Da de skulle beskrive god helse, ble det sagt hovedsakelig sunn mat. Det kom også fram at store kroppstørrelser betyr at en spiser for mye «junk-food», og det er dårlig for helsen.

I Myant & Williams studie (2005) fra Glasgow, ble 83 barn i fire aldersgrupper fra fire til tolv år intervjuet om hva de forstod med begrepene «helse» og «sykdom». I det ene spørsmålet skulle de definere «helse»-begrepet. I den yngste aldersgruppa (fem/seks år) var det flest som ikke visste, men en del nevnte levevaner. I aldersgruppen sju/åtte år, var det flest som nevnte levevaner, en del som ikke visste, noen nevnte fravær av sykdom og en liten del nevnte psykologiske faktorer. I gruppen med ni og ti-åringer, svarte de fleste fravær av sykdom, og færre svarte levevaner. I den eldste gruppe med elleve og tolv-åringer, svarte de aller fleste levevaner, mens en liten del svarte fravær av sykdom.

Den medisinske verden er i stor endring og det kommer stadig nye metoder og behandlinger, som krever at den enkelte har tilstrekkelig helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). Regjeringen har som mål å skape «pasientens helsetjeneste» Det betyr at pasienten skal kunne ta valg i samråd med behandler om hvilke tiltak som skal gjøres, og pasienten må sette egne mål og bruke egne ressurser for å mestre hverdagen. Med en tilstrekkelig helsekompetanse vil det bli enklere å navigere i en verden full av helse-informasjon av ulik kvalitet.

Stadig yngre barn bruker sosiale medier aktivt, og det er en assosiasjon mellom bruk av sosiale medier og selvfølelse og kroppsbilde (Richards et al., 2015). For flere barn og unge kan det ha en positiv virkning på helse og velvære, men for sårbare grupper kan det også ha en skadelig effekt. Influencere på sosiale medier bidrar mer og mer med helsekommunikasjon, og dette påvirker spesielt mindreårige som blir utsatt for det ved en målrettet etterspørsel (Pilgrim & Bohnet-Joschko, 2019). Budskapet er at lykke, helse og skjønnhet kommer med kontroll og disiplin i form av veldig sunt kosthold og trening.

Borzekowski (2009) viser til barns helse-utvikling i Maryland i USA, der kronisk sykdom bidrar til en del skolefravær, spesielt i lav-inntekts-familier eller barn med enslige mødre. Borzekowski viser til behovet for helsekompetanse blant barn, slik at det kan styrke den sårbare og «marginaliserte» gruppen til å bli mer engasjert, mer produktive og ha bedre helse. Barn mellom 3 og 18 år kan søke opp, forstå, evaluere og bruke helse-informasjon dersom det er alderstilpasset, kulturelt relevant og sosialt støttet.

Det er pr i dag ingen kompetansemål i den norske skolen, som er knyttet til helse for åtte-åringer (Utdanningsdirektoratet, 2020a, 2020b). Dette gjør at det synes å mangle en egnet informasjonskanal som er kvalitetssikret og tilpasset åtte-åringenes modenhet og standpunkt.

Økt fokus på helsekompetanse kan bidra til å bedre menneskers evne til å ta gode helsefremmende valg, og helsekompetanse styrker evnen til å mestre ulike situasjoner gjennom hele livet (Helseogomsorgsdepartementet, 2019). Det kan også bidra til å redusere belastningen helsetjenestene kjenner på i dag. Regjeringen har laget en

strategiplan for 2019-2023, som skal bidra til å øke helsekompetanse blant både helsearbeidere og pasient- og bruker-organisasjoner, men også hos den enkelte i befolkningen (Helseogomsorgsdepartementet, 2019). De har som mål å blant annet legge til rette for et mer målrettet arbeid for å øke kompetansen, samt beskrive kunnskapen om helsekompetansen i befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) definerer helsekompetanse slik:

«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.»

For å heve kompetansen i befolkningen, er det viktig å kartlegge hvilken helseforståelse som finnes og hvor høy helsekompetansen er. Hvilken helseforståelse en har, er grunnleggende for hvordan en opplever sin egen helse.

2.7 Selvoppfattet helse

Utviklingen av selvoppfatning hos et menneske går fra en begynner å oppfatte seg selv som et eget individ med kropp, armer og bein i tidlig barnealder, til vurdering av seg selv på bakgrunn av speiling fra andre, til individet i sen ungdomsalder har syn på seg selv som mer helhetlig og andres syn ikke er så avgjørende (Haugen, 2017, s. 107-112). Selvoppfatningen deles inn i akademisk og ikke-akademisk selvoppfatning (Haugen, 2017, s. 114). Den ikke-akademiske er delt i *sosial* (venner, signifikante andre), *emosjonell* (emosjonelle tilstander) og *fysisk* (fysiske evner, utseende) selvoppfatning. En kan ha dårlig selvoppfatning på en eller flere områder, mens god selvoppfatning på andre. Det som avgjør om den totale selvoppfatningen er god, er hva som betyr mest for barnet. Hva som har «høy status» i vennegjengen virker ofte inn her. Hvordan en opplever seg selv og helsen sin, avhenger av hvilke områder som er viktige - og hva en legger i begrepet helse.

Selvopplevd helse er et mye brukt mål på helse og dødelighet (Schou et al., 2006). Selv der det er korrigert for sykdom og symptomer, er dødelighet blant de som opplever sin helse som dårlig, høyere. Det viser seg at blant voksne kan selv-opplevd helse forutsi sykkelighet, dødelighet, bruk av helsetjenester og uførepensjon (Meland et al., 2007). Selv-vurdert helse gjennom ungdomstiden er derfor av stor interesse og en viktig helse-indikator, da helse blir konseptualisert gjennom barndoms- og ungdomstid. Studier tyder på at alder spiller en avgjørende rolle ved vurdering av egen helse. En tverrsnittstudie og en langtidsstudie fra Canada (Shields & Shooshtari, 2001) med deltakere i alderen 25 og 75 + år, viser at andelen som opplevde god helse ble redusert jevnt fra 25 års alderen og oppover. Andelen som opplevde dårlig helse, økte nesten like jevnt fra 25 år og oppover. Avgjørende faktorer for hvordan den selvopplevde helsen ble vurdert, var først og fremst fysiske faktorer, men også helseatferd, psykososiale karakteristika og sosio-økonomisk status var viktig. Den viktigste fysiske faktoren var evnen til å gjennomføre daglige aktiviteter uten begrensninger eller hjelp fra andre.

Blant voksne ser det ut som selv-vurdert helse er en sum av ulike aspekter, som helsestatus, livssituasjon og livsstil (Meland et al., 2007). For ungdommer ser det ut til at

selv-opplevd helse er vurdert ut fra funksjonsevne, psykologisk velvære, sosiale faktorer, og livsstil, samt fravær av sykdom. Negativ selvoppfattet helse er utbredt blant ungdommer, og høyest blant jenter og høyere aldersgrupper (Meland et al., 2007). Den negative helseoppfattelsen assosieres med kroppsmisnøye, ved både kjønn og alder. Kroppsmisnøye er hyppigst rapportert og sterkest assosiert med opplevd helse blant jenter. Selvopplevd helse blant barn og unge, gir en viktig indikasjon på livskvaliteten i befolkningen (Rangul & Kvaløy, 2020). Dårlig selvopplevd helse er betinget av alder, og den øker med økende alder. I Ung-HUNT4- undersøkelsen (Rangul & Kvaløy, 2020) var det 12% av jentene på ungdomsskolen som rapporterte dårlig selvopplevd helse, mens det på videregående var 21%. Det er også en økning blant guttene fra ungdomsskolen til videregående skole, men ikke i like stor grad.

Folkehelse rapporten fra 2018 sier noe om hvor fornøyde barn og unge er med foreldre, venner, skole, helse og nærmiljø (Folkehelseinstituttet, 2018). Undersøkelsen av livskvalitet, som avspeiler de subjektive aspektene – som å ha det godt og fungere godt, viser at det store flertallet (90 % av de under ungdomstrinnet) er fornøyd. Tilfredsheten synker fra 11 til 16 års-alderen.

3. Mål og problemstilling

Målet med studien er økt innsikt i variasjonen i helseforståelse blant åtte-åringer, for å styrke kunnskapsgrunnlaget for helsefremmende arbeid og intervensjoner rettet mot yngre barn. Forståelsen kan også bli benyttet av skoleverket ved utarbeidelse av nye læreplaner på småtrinnet i grunnskolen, og av lærere som underviser i helsefaglige tema.

Problemstillingen for denne studien er:

«Hvilken forståelse har åtteåringer av god helse, og hva tenker de om egen helse?»

4. Metode

4.1 Studiedesign

I denne studien ble det brukt et kvalitativt design. Kvalitative forskningsmetoder bygger på det *fortolkende* paradigmet (Malterud, 2017, s. 27-28). Sammenlignet med kvantitative metoder som bygger på det *positivistiske* paradigmet - der stabile fenomener kan observeres og måles - så vil det fortolkende paradigmet sette subjektet i sentrum. Dette innebærer at kunnskap samles inn med et så åpent sinn som mulig, og at det deretter blir laget generelle konklusjoner (teorier) basert på enkelt- fenomenene.

For å kunne studere barnas perspektiv best mulig ble det gjennomført individuelle intervju, med en semi-strukturert intervjuguide. Spørsmålenes innhold og rekkefølge var fastlagt, samt at det ble stilt noen åpne oppfølgings spørsmål.

Det ble i intervjuet benyttet tegnede kroppsfigurer, som er laget for kartlegging av kroppsbilde hos barn (Birbeck & Drummond, 2006). Disse er utprøvd og validert på unge barn helt ned i fem års alderen.

4.2 Rekruttering

Det ble sendt søknad til Trondheim kommune via Søknadsportalen. Rektorene i kommunen ble informert av kommuneoverlegen for barn og unge, og deretter fikk alle helsesykepleierne på alle barneskolene i hele kommunen forespørsel om deltagelse. Dersom det var positive tilbakemeldinger fra helsesykepleier, måtte den endelige godkjenningen komme fra rektor.

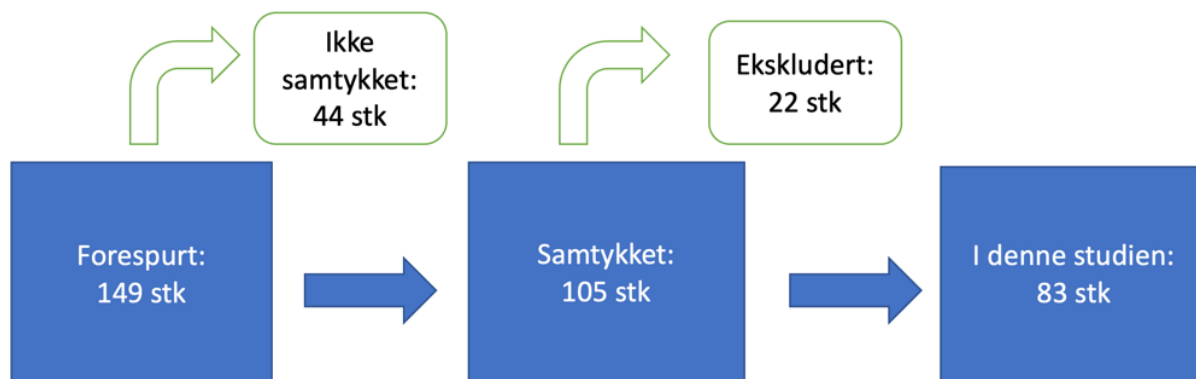
Det ble sendt informasjonsskriv til både barn og voksne (Se Vedlegg 1: Infoskriv til barn og Vedlegg 2: Infoskriv til voksne). Informasjonen om studien ble også gitt muntlig inne i klassene, og på noen foreldremøter. På de skolene som ikke fikk informasjon på foreldremøter, ble det sendt ut informasjon via Meldeboka. Begge foreldrene (der begge har omsorgsrett) måtte samtykke enten skriftlig eller digitalt, samtidig som barnet selv måtte si seg villig til å delta.

For å få tilpasset intervjuet best mulig til helsedagen ble det tatt kontakt med den enkelte helsesykepleier. Lærer for den enkelte klassen var ansvarlig for utdeling av samtykkeskjema og ansvarlig for å ta de inn. Det ble sendt ut påminnelse én gang. Helse-sykepleier fylte ut alder, vekt, høyde og etnisitet på et skjema (Tabell 1). Data-grunnlaget for denne studien er hentet fra tredjeklassinger på fire ulike skoler i Trondheim kommune, som fikk forespørsel.

4.3 Utvalget

Alle tredjeklassingene på fire barneskoler i Trondheim kommune ble invitert til å delta i studien. Dette utgjør en gruppe med til sammen 149 åtteåringer. Bakgrunnen for at såpass mange ble invitert var usikkerhet knyttet til hvor stor deltagelse man ville oppnå ved den enkelte skole, samt forventning om en større kulturell gradient blant deltagerne

ved å inkludere flere skoler. Av de inviterte var det 105 stk som samtykket til deltakelse, mens 44 stk enten takket nei eller ikke svarte. Av de som samtykket ble 22 stk ekskludert, da disse intervjuene ble utsatt på grunn av korona-utbrudd og ble gjennomført senere. Antall deltakere i denne studien ble 83 stk.



Figur 2: Flytskjema som viser hvordan utvalget ble til

De fire skolene som intervjuene ble gjennomført ved ligger geografisk spredt i kommunen, både i sentrumsnære og mer landlige områder.

Alle deltakerne fylte åtte år i løpet av 2021. Tabell 1 gir en oversikt over deltakernes karakteristikk, der vekt, høyde og etnisitet er hentet fra helsesykepleierens målinger og registrering av barna. De med «annen» etnisitet enn norsk, har enten en eller begge foreldre fra et annet land. De grå feltene viser de som ikke samtykket til deltakelse.

Tabell 1: Deltakernes karakteristika. Grå felt viser de som ikke samtykket til deltakelse

Variabel		Jenter	Gutter	Jenter	Gutter
Kjønn		41	42	17	27
KMI [kg/m²]	Gjennomsnitt (min-max)	16,23 (12,60-20,55)	16,74 (14,03-22,54)	17,40 (13,61-26,68)	16,08 (13,64-24,23)
	Iso – KMI-kategorier				
	Undervekt	7	2	2	3
	Normal	30	30	11	23
	Overvekt	5	9	3	0
	Fedme	0	1	1	1
Etnisitet	Norsk	35	37	10	19
	Annem	6	5	5	0

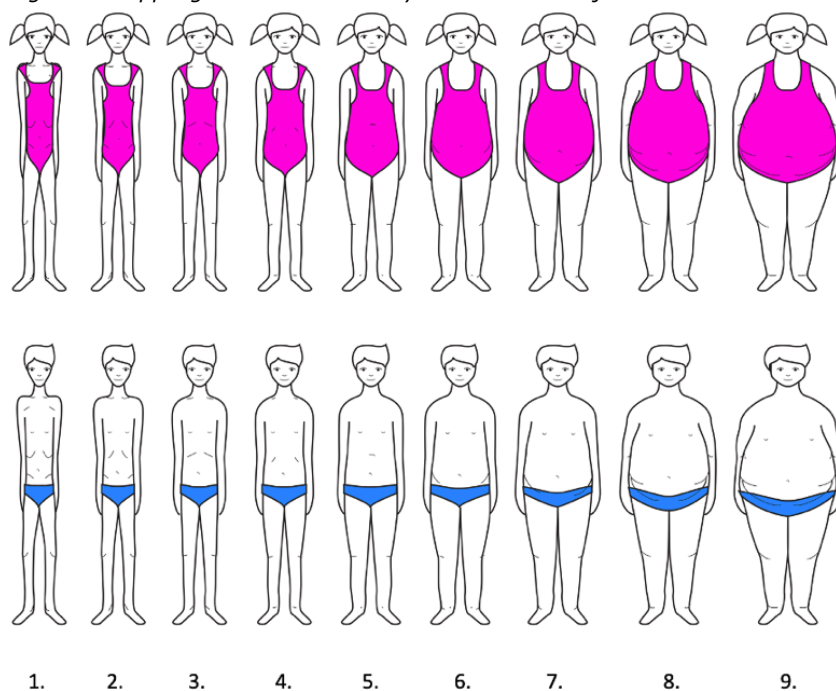
Gjennomsnittlig KMI på alle som samtykket, var 16,24 kg/m² for jentene og 16,72 kg/m² for guttene. Dette var så og si akkurat det samme som de som ble inkludert i denne studien. De som ikke valgte å delta (i det grå feltet) hadde noe høyere KMI, og også noe større spredning, blant jentene. Dersom en ser på hele utvalget av alle forespurte var KMI på 16,56 kg/m² for jentene og 16,48 kg/m² for guttene. Barnevekststudien fra 2012, som rapporterer nasjonale vekstkurver, viser at gjennomsnittlig KMI for åtte-årige jenter

var 16,7 kg/m² og 16,6 kg/m² for åtte-årige gutter (Hovengen et al., 2014). Velger ut fra dette å anse deltakerne i denne studien som et representativt utvalg for åtte-åringer.

4.4 Utarbeiding og forberedelse av intervjuguide

Det ble laget en intervjuguide, som bestod av tre deler, med totalt 21 spørsmål hvor innhold og rekkefølge ganske fastlagt (se vedlegg 3). Første del skulle kartlegge opplevelsen av veiing og måling hos barna. Andre del omhandlet persepsjon av eget kroppsbylde og eventuell kroppsmissnøye. Tredje del skulle kartlegge forståelsen av helse, og skulle være data-grunnlaget for denne studien. Spørsmålene er tatt fra Birbeck and Drummond (2006), samt at det i tillegg er lagt til noen spørsmål som bedre kunne belyse forståelsen barna har av helse. I intervjuguiden er det benyttet ni tegnede kroppsfigurer, både jenter og gutter, som blir benyttet som hjelpemiddel i intervjuet (se Figur 3). Den eneste forskjellen på disse figurene er kroppstypen, som spenner fra endomorfe type, figur 1, til eksomorfe type, figur 9. Ellers har de lik høyde, lik badedrakt/badebukse og likt hår. Figurene ble forstørret slik at det var ett bilde på hver A4-side, og de ble printet ut med tre ulike hårfarger, slik at informantene selv kunne velge hvilken hårfarge som passet dem best.

Figur 3: Kroppsfigurene som ble benyttet under intervjuet



Før intervjuene startet, ble det gjennomført en pilotstudie på 14 åtte-åringer. I evalueringen av denne piloten, ble intervjuguiden revidert og forbedret. Det ble lagt til å be om mer utdyping av svarene. Det ble i tillegg endret på spørsmålet «Vet du hva helse er?» til å lyde «Hva tenker du når jeg sier god helse?». Dette ble gjort for at barna ikke skulle oppleve at det var et fakta-spørsmål, men at det ble fokusert på hva de *tenkte*. Årsaken til at det ble spurt om «god helse» isteden for «helse», var at det syntes som det ble enklere for de i pilot-studien å svare da helse-begrepet var ladet.

Det ble i intervjuguiden skrevet at de som ikke visste hva helse/god helse var, skulle få forklaring på det. For ved intervju av barn er det viktig at barnet har forstått spørsmålet og vet hva det svarer på (Eide & Winger, 2003, s. 78). Det å gi forklaring var avgjørende for at de kunne ha mulighet til å svare på spørsmål videre. De fleste forklaringene som ble gitt av intervjuer, var at «en var frisk og at kroppen fikk til det en ønsket å gjøre, og at en hadde det bra».

4.5 Setting for datainnsamling: «Helsedagen og helse-timen med helsesykepleier»

Helsedagen gjennomføres nå på 3. trinn ved alle skoler i Trondheim kommune. Denne dagen med fokus på helse, ble først startet opp på Eberg skole, på initiativ fra daværende helsesykepleier i samarbeid med fysioterapeut og skolen. Dette videreutviklet seg til å omfatte alle skolene i Lerkendal bydel, og i de siste årene har hele kommunen blitt innlemmet. Da ble også ergoterapitjenesten inkludert, etter som de også nå er definert inn som en del av skolehelsetjenesten. Alle skolene i Trondheim kommune har samme mål, plan og agenda for dagen, men med noen lokale tilpasninger på praktisk gjennomføring.

Det overordnede kompetansemålet for skolene i Trondheim kommune denne helsedagen er:

- *Kunnskap om helse og hva som skal til for å ha det bra*

Gjennomføringen av helsedagen blir gjort litt forskjellig på de ulike skolene, avhengig av tilgjengelige rom og ansatte. Enkelte skoler delte elevene opp i tre grupper, som rullerte mellom helsesykepleier, gymsal (aktivitet) og kjøkken (matlaging). Andre skoler startet helsedagen med at helsesykepleier hadde hele klassen samlet, før de ble delt opp i grupper.

Sammen med barna gikk helsesykepleieren gjennom faktorer for god helse (se vedlegg 4 for deres agenda). Hun skrev «god helse» på tavla, og spurte barna hva de tenkte når de fikk høre «god helse». Helsesykepleier skrev opp flere forslag som barna kom med; som aktivitet, søvn, sunn mat, familie og venner. Hun snakket litt rundt disse temaene, og ledet det deretter inn på kropp og private soner på kroppen. Undervisningen ble avsluttet med en film om seksuelle overgrep, og varte i ca 25 minutter.

4.6 Datainnsamling

Intervjuene i denne studien ble utført i januar og første uka i februar 2022, og fant sted på barnas egen skole, enten på grupperom eller et klasserom. De fleste klassene som ble inkludert hadde helsedag samme dag som intervjuet fant sted. Ved alle skolene møtte intervjuerne opp til oppstart med klassen, slik at barna kunne se hvem de skulle snakke med senere. Dersom noen av barna var syke, ble det i enkelte tilfeller avsatt en oppsamlingsdag senere.

Det ble tatt ut tre og tre barn (evt to og to barn, etter hvor mange forskningsgrupper som var til stede), som først gikk til helsesykepleier for måling og veiing. De ble deretter hentet ut til tre (to) ulike team, som skulle intervjuer. I intervjurommet var det satt ut en

del bamser og dukker, slik at stemningen skulle bli litt mer «ufarlig». Det ble også lagt fram fidget-toys og skrivesaker som barna kunne holde på med under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 175). Hvert team bestod av to forskere, der en intervjuet barnet og den andre satt og noterte svar og evt kroppsspråk hos barnet. Intervjuer og informant satt på tilstøtende sider av bordet, for å sitte rett overfor hverandre kan virke mer kontrollerende (Kvernmo, 2005). Dette gjorde det mulig for informanten å kunne se bort og ikke direkte på intervjuer, noe som skulle skape en trygghet i situasjonen og som kunne bidra til at en turte å avdekke mer av sine meninger og tanker. Det var hovedsakelig intervjuer som snakket med barnet, der andre-forsker satt mer i bakgrunnen.

I «Helse»-delen av intervjuet fikk de spørsmål om hva de tenker god helse er. Deretter ble det stilt et åpent spørsmål om helsetilstanden vises utenpå mennesker og hvordan dette vises. Uavhengig av dette svaret, så ble de ledet til perspektivet som har kroppsstørrelse som målestokk for god helse - der kroppsfigurene ble vurdert. Her ble de ni ulike kroppsfigurene lagt tilfeldig utover, slik at det ikke var tydelig rangering av dem. Til slutt ble de spurt om de syntes at deres egen helse var god og hvorfor/hvorfor ikke. Etter intervjuet ble barna takket for at de ville være med i studien, og de fikk skryt av å være en kjempegod med-forsker. Til slutt fikk barna et diplom med navnet på. Intervjuene hadde en varighet på totalt 10-20 minutter. Den siste delen i intervjuet, som denne studien baserer seg på, hadde en varighet på 5-10 minutter.

4.7 Etske betraktninger

Det er viktig å tenke på etiske utfordringer ved alle stadiene i en studie (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 97). Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) før igangsettelse. Formålet med denne studien var at den skal gi større innsikt i variasjonen av helseforståelse hos unge barn. Økt innsikt kan veilede skolehelsetjeneste, lærere og andre som jobber med helsefremmende arbeid og tiltak. Ved vurdering av eventuell skade denne studien kunne gi, så ble det vurdert til at det var ikke sannsynlig at barna kunne oppleve intervjuene og temaet som vanskelige eller skadelige. Det ble lagt sterk vekt på å ikke utfordre barna til å si mer enn de var komfortable med.

Det krevdes samtykke fra foreldrene etter som barna er så unge. Dersom begge foreldrene har foreldrerett, måtte begge signere enten digitalt eller på papir. Barnet selv måtte også si seg villig til å delta. Dette ble gjort på grunnlag av tilpasset informasjon barna fikk fra forskergruppa i klasserommet, samt at foreldrene fikk informasjon på foreldremøte eller i Meldeboka. I tillegg fikk de informasjonsskriv tilpasset barna (Vedlegg 1) og et informasjonsskriv til foresatte (Vedlegg 2). Hva som var formålet med studien og at deltakelse var frivillig, ble også presisert før hvert intervju.

Intervjuene ble tatt opp på diktafon. Barna ble fortalt at dette ble gjort for å huske bedre hva som ble sagt, men at dette skulle slettes etterpå. Ved transkriberingen fikk hver informant eget ID-nummer. Andre navn som ble nevnt i intervjuet ble erstattet med «NN» for å sikre enda bedre anonymitet. På transkripsjonene står det ingen andre kjennetegn enn skole, ID og kjønn. Transkripsjonene blir lagret på et lagringsområde som heter NICE-1 på NTNU. Det er et sikkert lagringsområde der en må koble seg opp via VPN med to-faktor-autentisering.

Analysen ble gjort ved systematisk tekstkondensering, og etter som det gjennomgående var ganske korte svar ga det ikke mye rom for dype analyser. Ved utformingen av sluttrapport ble funnene sett i lys av barnas utviklingsnivå og kontekst, og de ble tatt i betraktning ved vurdering av kvaliteten av studien.

I forhold til konfidensialiteten i denne studien, regnes det som minimal sannsynlighet for at noen blir gjenkjent i rapporten. Det er mange informanter fra fire ulike skoler i Trondheim, der verken navn på personer eller skoler blir offentliggjort. De gjenkjennes kun ved ID nummer og kjønn.

4.8 Forforståelse

En forutsetning for å kunne møte med et så åpent sinn som mulig er å legge sine egne erfaringer og kunnskaper til side (bracketing) (Malterud, 2017, s. 27-28). Mulige aspekter av forforståelse er viktig å belyse, og som kan være nyttige for forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 44-45). Innholdet i forforståelsen påvirker hele forløpet av studien, både ved innsamling, lesning og tolkning av data. Dette kan bidra til å styrke prosjektet, men også svekke - hvis en ikke greier å legge forforståelsen i fra seg.

Forskningsgruppa var på omtrent åtte personer, og de fleste jobber ved ObeCe-klinikken ved St. Olavs Hospital. De jobber hovedsakelig innen forskning og undervisning. Masterstudentens bakgrunnskunnskap relatert til tematikken kommer fra jobb som adjunkt på ungdomstrinnet, som sykepleier på sengepost og som mor til tre store barn. Dette kan virke inn på hvordan en formulerer spørsmål, hvilke tema en stiller oppfølgingsspørsmål på, hva en legger vekt på i transkripsjonene og hvordan en tolker disse.

Egen forståelse av helse er påvirket av utdanning, yrkeserfaring og generell livserfaring. Jobben som lærer på ungdomstrinnet har bidratt til at innsikten i skam og begrensninger som overvektige ungdommer opplever, har blitt større. Sykepleieryrket og dette masterstudiet, har ført til at de alvorlige følgene av overvekt og fedme er bedre forstått.

I forhold til forventninger om funn, så er det forventet at informantene kobler helse opp mot slanking og kosthold. Ut fra tidligere forskning (Halvarsson et al., 2002; McVey et al., 2004; Schur et al., 2000) og nyhetsmedier (Gjørven, 2017; Mostad & Thanem, 2021; NTB, 2019) har det kommet fram at svært unge barn er opptatt av slanking, og at kroppshysteriet er sterkt tilstedeværende langt ned i alder. Det er en mulighet for at mange av informantene tenker at det er mest helsemessig å være tynnest mulig. Det er også forventet at informantene uttrykker seg negativt om store kroppsstørrelser. Om deres egenopplevde helse forventes det at mange er opptatte av om de selv er for store, spesielt jentene.

4.9 Analyse

Intervjuene ble tatt opp med diktafoner, og de ble transkribert av samme person etter at alle intervjuene var ferdige. De transkriberte intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 6,27 minutter, og det ble totalt 144 sider med transkribert materiale.

I analysen av denne studien, ble systematisk tekstkondensering (STC) brukt, da den passer godt til tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). STC egner seg til medisinsk helseforskning og er anbefalt på masterstudie-nivå, da den kan gjøres på en systematisk og overkommelig måte.

Etter transkriberingen ble det hele gjennomlest for å få en generell oversikt over hele materialet. Ved gjennomlesningen var det tydelig at noen tema framstod som mer viktige enn andre. Blant annet kosthold, trening, følelser, venner og familie utpekte seg som viktige tema. Utsagnene til hver informant ble tatt ut av konteksten (dekontekstualisert) og gjort om til en tekst som i seg selv hadde en mening i forhold til studiens tema (meningsbærende enhet). Eksempel på dette er (ID 81):

Utsagn:

«Det er viktig å bevege kroppen sin, slappe av, få i seg nok mat..at en trener, går ut og gjør masse aktiviteter, for eksempel springe litt, hoppe, hoppe trampoline...gå på turn»

Utsagnet ble dekontekstualisert, og gjort om til en selvstendig setning:

Meningsbærende enhet:

Det er viktig med aktivitet, slappe av og spise nok mat.

De meningsbærende enhetene ble deretter sortert i tema. I eksempelet over ble den meningsbærende enheten sortert i disse temaene: *Aktivitet, Avslapning, Kosthold.*

Andre tema som kom fram under analysen, var Familie, Venner, Hygiene, Kroppsstørrelse, Trening og Søvn.

Til slutt ble disse temaene rekontekstualisert og utformet til forståelsen det ble kommet fram til. Det ble laget en tekst basert på temaene, og som hadde sammenheng med det det var hentet ut fra. Det ble underveis vurdert om teksten stod i sammenheng med helheten den var hentet ut ifra og fra hvert enkelt intervju.

5. Resultater

Det kom opp fire hovedtema ut ifra informantenes utsagn og uttrykk. Dette viser essensen av det barna sa hva som er viktig for å ha en god helse. Noen enkelt-utsagn blir gjengitt, for å beskrive uttrykksform og ord-valg som kan være vanlig for en åtte-åring. Hovedtemaene som gikk igjen i intervjuene er vist i tabellen nedenfor (Tabell 2). Under hovedtemaene er det noen sub-tema, som ble nevnt i mange av intervjuene.

Tabell 2: Hovedtemaene som kom fram i intervjuene

Sunt kosthold og fysisk aktivitet	Sosial og emosjonell betydning	Friskhet	Gunstig kroppsstørrelse
Sunn mat Mindre søtt Helst drikke vann Mye trening Leike ute Slappe av Nok søvn	Ha noen å være sammen med Ha det trygt Blid/glad eller sur/sint Gode venner God familie	Unngå sykdom God hygiene Vaksine Medisiner	Normal og unormal kroppsstørrelse Sunn og usunn livsstil Praktisk og upraktisk Vekt-stigma

5.1 Sunt kosthold og fysisk aktivitet

Sunt kosthold og fysisk aktivitet var de temaene som ble nevnt hyppigst i forhold til det å ha god helse. De aller fleste av informantene sa at de har god helse, og at kostholdet er en av de viktigste årsakene til det. De nevnte at det å spise masse mat, at maten er sunn og at en får i seg vitaminer, er viktige bidrag. Det de oppga som eksempler på sunt kosthold, var grønnsaker, salat, frukt, grove brød og rundstykker og wraps. De sa også at det å drikke vann, og ikke så mye saft og brus, er viktige bidrag til at de opplevde sin helse som god. Samtidig presiserte de at godteri spises bare på helg, og at det også blir redusert på andre søte ting.

Ellers uttrykte informantene at kostholdet bør være variert og at en ikke bør spise for mye av én ting. Dessuten er det lurt å ikke spise så mye rødt kjøtt, var det noen som nevnte. Flere var enige i at det er viktig å få i seg vitaminer, og da ble både mat, vitamin-bjørner og sola nevnt som gode kilder.

Informantene fortalte at aktivitet er viktig for å ha en god helse, noe som også var årsaken til at de selv sa at de har god helse. De sa det er viktig å trene, men ikke overtrene. Å være utendørs mens en driver med aktiviteter og leker seg er bra, var det flere som nevnte. Flere foreslo aktuelle aktiviteter en kan gjøre, som løping, gåturer, hopping på trampoline, turn - eller at en kan være med på en idrett. Det å redusere tiden en bruker på stillesitting, skjerm og TV, er nødvendig for at aktiviteten skal holdes oppe - uttrykte en del av informantene.

Men mange påpekte at det også er viktig å slappe av nok for å få energi, og da er søvn viktig og helsefrembringende. Da ble både søvnkvalitet og søvnmengde nevnt som viktig. Samtidig la noen til at det er viktig å sove mye når en er syk.

«Jeg har god helse...fordi jeg ikke spiser så mye fæl mat, og spiser det jeg får til middag og sånn, knekkebrød til frokost-mat og sånn, noen ganger er det nudler og pizza til kveldsmat da, men det er ikke så ofte...» (ID 40, jente).

«... fordi jeg kikker bare to timer og et kvarter...for jeg går hjem klokka to, så bruker vi å ha middag klokka halv fire, og så får jeg fem minutter til å se på TV om morgenen og så ti minutter til kveldsmat...» (ID 94, gutt).

5.2 Sosial og emosjonell betydning

Vennskap og familie, var det mange som sa var nødvendig for at en skal ha en god helse, det er behovet for den generelle følelsen av trygghet som er framtrepende. Dette kom frem som viktig når det var snakk om deres egne opplevde gode helse også. Med familie og venner, spesifiserte de at det innebærer å ha noen å være sammen med, ha en plass å gå til og føle seg hjemme. Sammen med familien kan en finne på mye gøy, og foreldrene er også viktige for å ha noen å kunne fortelle ting til, sa noen. Flere nevnte at en får god helse når noen bryr seg om deg. Noen sa også at det beste er å ha akkurat den familien en vil ha. Samtidig som familien er god å være sammen med, sa noen også at foreldre kan hjelpe til slik at en kan ha et sunt kosthold og sette grenser for TV-titting og godteri-spising.

For å ha god helse, var det mange av informantene som påpekte at det er viktig å kjenne at en har det bra, både utvendig og inni seg. Dette bidrar både venner og familie til, sa de. Men en kan også si gode ting til seg selv, slik at en får gode følelser – kom som forslag. Det å være snill og hjelpsom mot andre gir en god følelse inni deg, og det gir deg god helse, sa noen av informantene.

God helse vises ofte utenpå menneskene, hevdet informantene, og da ser en det spesielt på humøret og følelsene deres. De påpekte at ansiktsuttrykket avslører mye om helsetilstanden, spesielt hvis en har dårlig helse – for da kan de se om de er trist, sint eller lei seg. De sa videre at dersom noen smiler eller ser fornøyd ut i ansiktet, har de god helse. Informantene nevnte at kroppsspråk og kroppsholdning sier mye om helsen til folk. De underbygget det med at hvis en står litt rakrygget og ser fornøyd ut, så kan en anta at en har god helse. Hvis en derimot har en kroppsholdning som er litt framoverbøyd – og en samtidig kikker nedover – sa informantene at de kan ha en dårlig helse. Det samme antydet de om en ser at noen skjelver av redsel.

Hvordan folk beveger seg kan avsløre hvordan helsen deres er, sa informantene. Enkelte påpekte at dårlig helse kan en se hvis noen går litt rart eller halter. Noen oppga at dårlig helse har en også hvis en bare vil sitte inne, ikke rører seg så mye eller ikke vil ut å leke og kjøper seg masse godteri og pizza. Andre sa at hvis en bor på gata, har hullete klær og lukter ille, så er det et tegn på dårlig helse. Derimot sa de at hvis en gjør masse ting og er aktiv, så kan en se om en er i form – og da har en god helse.

Selv om følelsene er viktig for helsetilstanden, så kan det også være vanskelig å se det utenpå, antydet noen av informantene. Det ble begrunnet med at en har følelsene inni seg, og det er en selv som kjenner om en er syk eller ikke. Informantene sa man må kjenne om man er varm i panna og har feber, og da har en som regel ikke spist på

mange dager – og da har en dårlig helse. Eller dersom du ikke føler deg syk eller ikke er varm i panna, har du god helse, sa de.

For å finne ut om noen har god helse, hvis det ikke vises utenpå, foreslo noen at en kan spørre dem hvordan de har det. Da påpekte noen at en kan spørre dem om hva de spiser og om de trener eller er i aktivitet. Andre sa at de kan dra å sjekke helsen på sykehuset eller legevakta.

«Hmm, du kan vel føle det, hvis noen går litt rart, eller er litt stor eller, man ser jo hva dem gjør da...så en ser om de har god eller dårlig helse. Når man rører på seg, så tror jeg man kan se hvor god helse de har. Hvis han løper ganske fort, så har han jo god helse, hvis en løper sakte – så har en ikke den beste helsen man kan ha» (ID 76, jente).

5.3 Friskhet

En del nevnte at det å være frisk var et tegn på å ha god helse. Tiltak for å holde seg friske kan være å unngå sykdommer, sa informantene, og da er det viktig å ta vaksiner og medisiner når en trenger det. Mange la til at måter for å unngå sykdom på er å ha god hygiene. Da påpekte noen at det er lurt å ikke gå for nære de en ikke kjenner, for da kan en bli smittet. Informantene uttrykte at, det at de unngår sykdom, er en viktig årsak til at de selv opplever å ha god helse. Det innebar at de følte seg friske, og de ble sjelden syke eller det var lenge siden de hadde vært syke. For å unngå sykdom oppga en del at de var flinke med god hygiene, som å bruke antibac og vaske hendene. Pusse tennene, gå på do og dusje er også viktige tiltak de gjør for å opprettholde den gode helsen. Andre viktige måter de unngår sykdom på, er å ta medisin og vaksiner når de må, sa de.

Sykdom er synlig utenpå folk, og det kan gjøre at vi ser om de har god helse eller ikke – sa informantene. De understreket at en ofte kan se når noen svetter og har feber, da er de syke og har dårlig helse. En kan også se om de er slappe eller har vondt, er rød i øynene og er bleke, noe som tyder på dårlig helse - la noen til. Hvis noen hoster så er de syke og har dårlig helse, og det nevntes også at hvis de hoster imot noen og ikke hoster i albuen – så er det i hvert fall et tegn på dårlig helse. Noen av informantene sa at når mennesker er veldig gamle, er det enklere å se om de har god helse eller ikke. Enkelte nevnte at dersom en har råtne tenner og en attpåtil er veldig tynn, så er det et tegn på dårlig helse. Noen nevnte at sunt kosthold kan holde menneskene friske, og de sa at kropps- størrelsen kan si noe om en har god helse eller ikke.

«For å ha en god helse er det viktig å spise skikkelig sunn mat, vaske hender, mye antibac, vaske ansiktet, vaske håret, skikkelig komfortable klær, slappe av og gjøre ting som jeg vil gjøre..» (ID 24, jente)

5.4 Gunstig kroppsstørrelse

En del av informantene hevdet kroppsstørrelsen sier noe om helsetilstanden. Når god helse er relatert til størrelse, er det viktig å være mest mulig lik normalen, sa informantene. Mange sa at en tydelig kan se på de som har middels størrelse, at de er spreke og aktive, at de spiser mye sunt og at de holder seg i form. De er også mye ute på gåturer og slapper av så mye som de skal, sa de. Informantene påpekte at de med

middels størrelse er flinke til å spise grønnsaker og frukt og ikke så mye godteri. De sa at de også kan se at de har mye energi og at de gjør mye gøy. Informantene uttrykte at det er ikke kjedelig å være sammen med de med middels kroppsstørrelse, fordi da kan de bli med på alle slags aktiviteter; blant annet spille piano, danse ballett, springe og klatre.

Den størrelsen som gir best helse, ifølge informantene, var nummer 4 av figurene. Den figuren er akkurat passe, den er ikke for bred eller for smal og den ser ut akkurat som et vanlig menneske - som det skal være. Informantene sa figur 4 er den som har spist nok mat, men ikke for mye, og som holder seg i form. Ellers så er denne størrelsen mest interessant å være sammen med. Den kan gjøre alt det en vil, og den virker også gladere og blidere enn de andre. Figur nr. 4 har god helse fordi den har en god kropp, gode føtter, gode armer, et fint fjes og et fint hår, og så har en god plass å stå på fordi den ikke er så stor - er noen av utsagnene som ble sagt. En annen årsak til at denne har god helse, er at informantene syntes den lignet på dem selv - og da må den ha god helse.

Når helse er relatert til kroppsstørrelsen, så var informantene nokså enige i, at både det å være for tynn eller for tjukkk bidrar til dårlig helse. De sa at de tynne spiser nesten ikke mat og at de kanskje ikke får mat en gang. Informantene påpekte at det er farlig å spise så lite, for da mangler de energi og de blir slappe - og de kan fort bli syke og dø. Et tegn på at en har dårlig helse, er at ribbe-beina er synlige, og flere antydte at de tynne tåler veldig lite. De greier ikke bære tunge ting og kan knekke ved aktiviteter, som for eksempel når en går ut i spagaten, var noen av argumentene.

En hyppig forklaring på hvorfor de med stor kroppsstørrelse har en dårlig helse - var at de helst vil være inne og se på TV, spiser bare godteri og hamburgere og drikker brus, og at de spiser veldig mye og blir slappe. Noen uttrykte at de heller ikke får til å være med på så mange aktiviteter, etter som magen er for stor til å springe - eller at en ikke greier å slå hjul. Andre utsagn viste til at de ikke får til å komme seg i form, fordi de er for store. Noen uttrykte at tjukke mennesker kan bli så store at de ikke greier å bevege seg - og da kan risikoen for å dø øke. Enkelte informanter påpekte at størrelse kan være arvelig, og at de som har arvet det fra mammaen sin har ikke like dårlig helse som de som har spist veldig mye søtsaker. Noen påpekte andre utfordringer med å være stor, da de uttrykte at det er flaut å være tjukkk, for folk kan le og erte dem. Andre oppga at det kan også medføre praktiske problemer, som det å komme seg inn gjennom trange døråpninger eller være på trange plasser. Flere av informantene antydte at verden blir kjedeligere med folk som ikke kan være med på alle aktiviteter. Det å være annerledes eller at folk ler og erte dem - bidrar til dårlig helse - sa informantene.

«Hun der (nr 4) har i hvert fall god helse og hun og hun (nr 1 og 2) har litt sånn middels og disse har kanskje ikke så god helse (nr 6, 7, 8 og 9). De (nr 1 og 2) var litt tynne, og hun (nr 5) starter med å få litt dårlig helse, siden hun er litt stor...og så ser jeg ikke...vet ikke helt om hun dusjer eller ikke...(ler). Men jeg tror det kommer til å gå fint, så hvis hun fortsetter å gjøre litt sånne veldig gode helse-ting, så vil hun ikke ende opp som en av disse...men hvis hun spiser veldig mye sånne søte ting, så tror jeg hun kommer til å gjøre det, men jeg tror ikke hun kommer til å ende opp som en av disse tre (nr 7, 8 og 9)...så den (nr 5) har god, men må passe på.» (ID 24, jente)

6. Diskusjon

Denne studien belyser utsagn som en gruppe åtte-åringene har om hvilke faktorer som påvirker helsestatusen til barn. Hovedfunnene blir drøftet opp mot det som var forventet å finne, samt tidligere forskning og teori. Funnene vil også bli drøftet ut ifra barnas alder og utviklingsstadium, og deretter i lys av konteksten. Studiens styrker og svakheter med tanke på design og metode blir drøftet. Til slutt vil studiens reliabilitet og validitet bli vurdert.

Hovedfunnene i denne studien er at åtte-åringene sier sunt kosthold og fysisk aktivitet er de viktigste faktorene til god helse. Sosiale og emosjonelle forhold har også stor betydning for god helse, samt det å være frisk nevner åtte-åringene. Forutsatt at helse er koblet til kroppsstørrelse, er det fordelaktig å ha en middels kroppsstørrelse påpeker åtte-åringene. I tillegg sier de fleste åtte-åringene at de opplever sin egen helse som god.

6.1 Hovedfunnene i studien

6.1.1 Barnas forståelse av god helse

Det ble ikke funnet oppdaterte studier som belyser dette temaet i denne aldersgruppen, så sammenligninger med annen litteratur vil omhandle om funnene samsvarer med tema som hovedsakelig yngre/eldre barn eller voksne beskriver.

Informantene i denne studien nevnte hovedsakelig sunt kosthold og fysisk aktivitet, som viktige faktorer for god helse. Det sammenfaller med det Bugge (2012) skriver om, at verdien av å ha en sunn, slank og veltrent kropp har eskalert i de senere årene, der sunt kosthold og trening er opplevd som veldig viktig. Bugges studie var en kvantitativ studie, og inkluderte 2000 respondenter fra 15 år og eldre. Fugelli og Ingstad (2009) gjennomførte en studie på hvordan mennesker generelt forstod helse-begrepet. De gjennomførte kvalitative intervjuer av 80 mennesker på fem ulike steder i Norge, i alderen 19 og 93 år. Av intervjuene kom det fram at de viktigste faktorene i folks helsedefinisjon var trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og energi. Åtte-åringenes definisjon på god helse samsvarer delvis med Fugelli og Ingstads studie, der de la vekt på at kroppen fungerte, godt humør og det å være blid og glad. Samtidig fokuserte åtte-åringene i større grad på det å ha venner og familie. Meland et al. (2007) sin studie om kroppsbygge og selvopplevd helse, inkluderte 5026 barn og unge (2547 gutter og 2479 jenter) i aldersgruppene 11,5 år, 13, 5 år og 15,5 år. Studien undersøkte blant annet hvilke faktorer de la vekt på ved vurdering av sin egen helse. Funnene viste at selvopplevd helse hos disse deltakerne ble vurdert ut ifra funksjonsevne, psykologisk velvære, sosiale faktorer og livsstil, samt fravær av sykdom. Dette er sammenfallende med det åtte-åringene i denne studien trakk fram som viktige for at de hadde god helse. Det kan også være naturlig å sammenligne Myant & Williams studie i Glasgow, der de undersøkte forståelsen av «helse»- og «sykdoms»-begrepet blant 83 barn i alderen fire til tolv år. Aldersgruppa som var sju/åtte år, vektla i størst grad levevaner som viktig for helsen, og deretter fravær av symptomer. I aldersgruppa ni-til ti år svarte de fleste fravær av symptomer. Ulike studier viser noe forskjellig, men ulike metoder er benyttet og det er også ulik alder på deltakerne. Mange av disse studiene samsvarer med funnene

i vår studie. Fugelli og Ingstad (2009) betegner helseforståelsen som pragmatisk, at den er relativt utifra alder og sosial situasjon, noe som forklarer noe av forskjellene. Det synes som de yngre legger mer vekt på sosiale og emosjonelle forhold. Almqvists et al (2006) sin studie, av svenske barn i fem-seks års alderen, viser at ved siden av fysisk aktivitet, så var lek med andre og vennskap det viktigste for deres helse. For åtte-åringene i vår studie, så har gode venner og familie også stor betydning for dem. Åtte-åringene i studien ser, i tråd med WHO's definisjon, ut til å forstå helse som flerdimensjonell og ikke bare fravær av sykdom. Almqvist's studie viser at dette gjelder også så små barn som fem-seks år (Almqvist et al., 2006). Studien viste at de har en flerdimensjonal tilnærming til god helse, der de la stor vekt på det å leke seg og være ute, gode kostholdsvaner og ta medisiner dersom en var syk.

Mange av de i studien som mente at helsestatus vises utenpå kroppen, tenkte at kroppsstørrelsen var avgjørende. Da de skulle vurdere helsen til kroppsfigurene, var det hovedsakelig sunt kosthold og fysisk aktivitet som var direkte årsak til de ulike kroppsstørrelsene. Informantene mente at kroppsfigur nr 4, som åpenbart var normalvektig, spiste nok grønnsaker og trente en del og ble ansett som både sunn og sprek. Studien til Birbeck & Drummond (2006), som denne studien er inspirert av, viste at barn i fem-seks års-alderen valgte alle typer kroppsfigurer som de med best helse. Dette ble forklart med at de tynneste hadde god helse fordi de var tynne og gikk på diett, mens de største hadde god helse fordi de spist mest. De som valgte de middels store, mente at de hadde god helse på grunn av et sunt kosthold. Flere av informantene i vår studie, som skulle grunngi at de middels store figurene hadde god helse, var at de hadde både fine ben, fint hår, fint ansikt, spiste sunn mat, var mye i aktivitet, kunne gjøre alle slags aktiviteter og var mye morsommere å være sammen med. Selv om alle figurene hadde samme ansikt, så var det flere av informantene som så at de med middels størrelse var blidere og mer fornøyde. Den tilleggelse av egenskaper hos de middels store kroppsfigurene minner litt om den såkalte glorie-effekten, også kjent som «the halo-effect» (Forgas & Laham, 2017). Det er en evne til å feste seg ved en del ytre kjennetegn som oppfattes som tiltrekkende (i den sammenheng de opptrer), og ilagge disse til å ha bedre personlige og intellektuelle egenskaper - noe som det ikke er grunnlag for. Her ble de figurene som hadde middels størrelse tillagt flere egenskaper som oppfattes som positive.

Hill (2009, s. 347-348) viser til at stigmatisering av overvektige starter tidlig i barneårene, i hvert fall fra fem års alderen. Motviljen mot overvektige har også blitt styrket de siste tiårene. Det at overvektige opplever stigmatisering pga størrelse, og at de blir tillagt stereotypiske beskrivelser, som Hill (2009, s. 347) skriver om, sammenfaller med utsagnene til åtte-åringene i denne studien. De overvektige ble kategorisert som late, samt at de spiste mye eller åt bare hamburger og godteri og drakk brus. Samtidig sa informantene at overvektige ofte blir ledd av og at de ikke får til å være med på aktiviteter, noe som gjør at de er kjedeligere å være sammen med. Både kosthold, aktivitet, utestengelse og erting bidrar til at de får dårligere helse, uttrykte informantene. I motsetning til Birbeck & Drummonds studie, var det et fåtall i denne studien som mente at de tynneste hadde god helse. Helsemessig så mente informantene at de tynneste hadde like dårlig helse som de store, men her var årsaken at de spiste veldig lite, at de var syke og hadde stor risiko for å dø. Fra forskernes side var det en hypotese om at flere av åtte-åringene tenkte «jo tynnere - jo bedre helse», men det var

det lite holdepunkter for. Den de mente hadde best helse var litt større enn det forskerne forventet.

De aller fleste informantene hadde en god selvopplevd helse. Ung-HUNT4 viser til at 12 % av jentene på ungdomstrinnet rapporterer om dårlig selvopplevd helse, og andelen øker til 21% på videregående skole (Rangul & Kvaløy, 2020). Det er også en økning blant guttene, men ikke like stor (fra 9% til 14%). Melands studie (2007) viser at det skjer en økning i dårlig selvopplevd helse fra ungdomstrinnet til videregående skole.

De som var med i Melands studie var i aldersgruppene 11,5 år, 13,5 år og 15,5 år. Melands studie var en kvantitativ studie, der respondentene måtte vurdere sin selvopplevde helse som «very healthy», «quite healthy» og «not very healthy». Dersom en summerer de 11,5 åringene som svarte «very healthy» og «quite healthy», utgjør de 97 % av den aldersgruppen. Så den selvopplevde helsen for åtte-åringene i denne studien kan sammenlignes med elleve-åringene i Melands studie. Andelen som svarte «not very healthy» økte med alderen.

Angående negativt kroppsbilde, så var det ingen i denne studien som nevnte dette. Med tanke på at de måtte vurdere kroppsstørrelse og at det er tydelig stigma rundt de med stor kroppsstørrelse, kunne dette forventes. Årsaken til at dette avviker fra Melands studie, kan være at det i denne studien ikke ble stilt direkte spørsmål om kroppsbilde. I Melands studie ble respondentene bedt om å vurdere kroppsstørrelsen sin og om de var fornøyde. En annen årsak kan være informantene i denne studien er yngre, for det er tydelig i Melands studie at graden av kroppsmisnøye øker fra 11 til 15 år. Men på en annen side så viser studier (Halvarsson et al., 2002; McVey et al., 2004; Schur et al., 2000) og media (Gjørven, 2017; Mostad & Thanem, 2021; NTB, 2019) at barn helt ned i seks- sju års alderen er misfornøyde med kropp og vekt, og helst vil være tynnere.

Funnene i denne studien tyder på at mange barn har mye kunnskap om hva som er viktig for god helse. Hvis en ser på åtte-åringene i denne studien, var det noen få som var i tvil om de hadde god helse. Dette begrunnet de blant annet med at de var for glad i søtt eller drakk for mye saft. Dersom dette skaper bekymring for deres helse, så er det viktig at helseinformasjonen som blir gitt, spesielt til barn, må være kvalitetssikret. Helseinformasjonen bør unngå å skape frykt og gi unødvendige bekymringer.

Ved å fokusere på de helsefremmende faktorer for å få god helse istedenfor dårlig helse, skal en oppnå noe istedenfor å unngå noe (Espnes & Lindström, 2014, s. 29). Sett i lys av Antonovskys salutogenese, er det i denne studien forsøkt å fokusere mest på hva god helse er og hva som gir god helse.

6.1.2 Barnas utviklingsstadium og ståsted

I forhold til Piagets utviklingsstadier (Tetzchner, 2012), så omfavner det pre-operasjonelle stadiet de i mellom to og sju år. I dette stadiet viser det seg blant annet at den kognitive strukturen ennå ikke er ferdigutviklet og at de fremdeles løser oppgaver intuitivt og ikke kan svare på hvordan eller hvorfor. Informantene hadde fylt åtte år på intervju-tidspunktet, men det kunne synes at flere befant seg i dette stadiet ennå da de ikke kunne forklare hvorfor de selv - eller andre - hadde god helse. De bare kjente det eller visste det. Det konkret-operasjonelle stadiet omfavner de mellom sju og elleve år. I dette stadiet har de utviklet en logisk tenkning og en fleksibel refleksjon; det er ikke bare

basert på det en ser. Mange av åtte-åringene befant seg i dette stadiet, da de kunne gi forklaringer på utsagn og til en viss grad reflektere rundt det. Noen hadde problemer med å oppfatte figurene som var tegnet. Enkelte påpekte at de alle var så bleke, at ingen kunne ha god helse. Andre snakket om de strekene på magen som skulle forestille valker, var ribbebein. Noen tenkte at de tynne hadde veldig lange hender, og at det ikke kunne være bra. Dette viser godt Piagets tanker om perseptuell utvikling (Tetzchner, 2012), og at de ennå på småtrinnet i barneskolen kan ha problemer med å forstå at bilder og tegninger gjenspeiler virkeligheten. Men mange hadde god forståelse av tegningene, og kunne vurdere figurene som virkelige mennesker. Dette viser at det er store forskjeller i barns utvikling, selv om de er på samme alder.

Flere av barna uttrykte i utgangspunktet at god eller dårlig helse kunne ses på kroppsstørrelse. De andre som ikke mente det, ble også ledet over til perspektivet om at kroppsstørrelsen sier noe om helsen. Mange kunne da greit velge ut figurer de mente hadde god eller dårlig helse, mens andre sa at de ikke kunne velge ut på grunnlag av størrelse. Ift den sosiale utviklingen så kan barn som begynner på skolen begynne å se situasjoner og forhold også fra andres perspektiver (Haugen, 2017, s. 81). I 6-8 årsalderen begynner de å innse at andre kan ha et syn ulikt fra en selv, men at dette skyldes at de ikke har samme bakgrunnskunnskap som en selv. Barn i 8-10 årsalderen forstår at andre kan ha et annet syn enn en selv, og i tillegg begynne å tenke over andres synspunkter. En kan da tenke at de som i utgangspunktet ikke mener at kroppsstørrelse er tegn på god helse, men likevel kan velge ut på grunnlag av kroppsstørrelse, har kommet videre i utviklingen. De kan forstå at andre har annet syn og at en er i stand til å tenke over andres synspunkter.

Med barn som informanter peker Birbeck og Drummond (2005) spesielt på tre utfordringer. Det ene er egosentrisitet som preger barn som informanter, slik at en utelater alt annet enn det som de oppfatter som viktig. Da er kontekst under intervjuet og hendelser forut for intervjuet viktig. Det andre er hukommelseskapasitet, der de kan utelate eller glemme noe når det stilles konkrete eller komplekse spørsmål. I intervjuet ble det stilt konkrete spørsmål, og det var en del som sa «vet ikke». Dette skjedde også ved komplekse spørsmål. Det kunne kanskje vært mulig å fått mer respons dersom en har hatt mer tid på noen få spørsmål, og at en har hatt mer åpne spørsmål om temaet. Den tredje utfordringen er at barna lett kan akseptere forslag (Birbeck & Drummond, 2005). Dette kan skyldes at barna oppfatter asymmetrien i intervjusituasjonen, og tenker at forslagene intervjueren kommer med er «det riktige». Dette skjedde først og fremst da intervjueren prøvde å få informanten i tale, etter som barnet var stille og ikke sa noe.

Det var tydelig at informantene i studien var opptatte av følelser og emosjonelle opplevelser. Mange kunne se på ansiktet til kroppsfigurene hvilken følelse de hadde. Noen mente at de var litt lei seg, mens andre mente at de var fornøyde og glade. Som Tetzchner (2012) skriver, så vil barn i fem årsalderen ha utviklet en bredere forståelse av hvordan emosjoner uttrykkes og hva som kan være årsaken til disse. Flere av informantene refererte til medelever som hadde sett triste ut tidligere, for de hadde sett det på ansiktsuttrykket eller på måten de gikk på.

Språkferdighetene blant informantene var veldig varierende. Haugen (2017, s. 141) skriver er den grunnleggende språkutviklingen som regel over når de når skolealder, men at videre utvikling av ordforråd øker sterkt til de når mellomtrinnet. Vygotskij's teoretiske forklaring på språkutvikling er når barnet internaliserer språket fra kulturen

rundt seg, og «den nærmeste utviklingssonen» er til hjelp (Haugen, 2017, s. 148). Denne sonen defineres som forskjellen mellom det barnet mestrer alene, og det barnet mestrer med hjelp. Barn som er kommet lengre i språkutviklingen, har mennesker rundt seg som snakker og samhandler med det. Dette kan forklare noe om hvorfor noen av informantene ga lange utredninger, mens andre kun svarte med enkelt-ord. Men det er flere faktorer som avgjør språkutviklingen, der både arv og miljø spiller inn. Noen av informantene i denne studien var også minoritetslever, og hadde derfor vanskelig for å uttrykke seg.

En tilstrekkelig helsekompetanse tidlig i livet er viktig, med tanke på at grunnlaget for atferd og oppfattelse utvikles da. Borzekowski (2009) viser til behovet for helsekompetanse blant barn i Maryland, og da spesielt for de sårbare og «marginaliserte» barna som får høyere skolefravær ved sykdom o.l. Hun mener barn helt ned i tre års alderen kunne funnet, evaluert og brukt helseinformasjon som hadde vært alderstilpasset. Når en ser på norske åtte-åringers forutsetning for å forstå helse, har de ingen timeplan-festede fag i skolen som omhandler helse. Dersom en ser på kompetansemålene til og med 2. trinn, så er det kun naturfag og kroppsøving som *kan* gi noe opplæring i forhold til helseforståelsen:

- naturfag: gi eksempler på noen vanlige sykdommer og samtale om hva man kan gjøre for å verne kroppen mot smittsomme sykdommer (Utdanningsdirektoratet, 2020b)
- kroppsøving: utforske egen kroppslig bevegelse i lek og andre aktiviteter, alene og sammen med andre (Utdanningsdirektoratet, 2020a).

Funnene i vår studie viser at åtte-åringene har mye kunnskap om helse, på tross av at helse-tema ikke er planfestet i småtrinnet i grunnskolen. Mye tyder på at de fleste også forstod spørsmålene som ble stilt. Funnene i vår studie viser likevel en stor variasjon i forståelsen av helse. Om det er på grunn av ulikheter i kunnskap eller om det er på grunn av ulikheter i modenhet eller språkutvikling er usikkert. Den helseforståelsen de har skaper grunnlaget for helseoppfatningen og helseatferden videre i livet, og derfor kan den store variasjonen i kunnskapen bidra til ulik helse senere i livet. Når en vet at barn som bruker sosiale medier stadig blir yngre, og at influencere på sosiale medier bidrar mer og mer i helsekommunikasjonen (Pilgrim & Bohnet-Joschko, 2019), så er det behov for en kvalitetssikret helse-informasjons-kanal. Læreplanfestet helse-opplæring allerede i småtrinnet på barneskolen kan være et stort bidrag til en nyansert helse-opplæring, og at den store variasjonen i helseforståelsen mellom barna utjevnes.

6.1.3 Kontekst

Konteksten for informantene er veldig viktig, når en skal tolke intervjuene. Intervjuene fant sted på en «helse-dag», som var en «annerledes-dag» på skolen. Inndelingen av dagen gikk på tvers av skoleklokka som ringte inn og ut, og flere var opptatte av hva de skulle etterpå og hva de hadde gjort og hva de skulle gjøre i gymsal og på kjøkkenet. I tillegg hadde de fleste gruppe-undervisning med helse-sykepleier i forkant av intervjuet. Barns respons og forståelse er sterkt kontekstuel bestemt (Tiller, 2006). Stedet for intervjuet er veldig viktig, og en kan få andre responser ved intervju gjennomført på en annen plass. Det ble benyttet tilfeldige grupperom og andre klasserom under intervjuene, avhengig av hvilke rom som var ledige. Barn er som kjent dårligere til å

holde konsentrasjonen over lengre tid enn voksne (Tiller, 2006). Alt det som gjorde dette til en annerledes-dag, kan ha medført litt mer uro enn vanlig. Etter som barn lar seg distrahere fortene kunne dette ha noe å si for hvilke data som kommer ut av intervjuene, og om en får svar på det en virkelig lurer på. Dette kunne føre til at utsagnene ble påvirket i en annen retning eller at det ble færre utsagn. Det var enkelte intervju som ble forstyrret med avbrytelser og støy, men barna fikk som regel god tid til å samle seg igjen om intervjuet. Helse-undervisningen med helsesykepleier kan ha påvirket både mengde data og retningen på helseperspektivet. Et eksempel på dette var tydelig da mange i samme klasse nevnte tannpuss, som veldig viktig for god helse. I ettertid kunne helsesykepleier informere om at tannpuss hadde blitt et viktig tema i «helse-timen».

Det kan se ut som barna var preget av det som skjer ellers i livene deres. En av informantene var veldig opptatt av lillesøsteren som hadde vondt i magen denne morgenen, og som dro i barnehagen. Han var tydelig bekymret over hvordan det gikk med henne. En annen var opptatt av foreldrene som lå hjemme med omgangssyke. Dette var gjennomgangstema under intervjuene til disse, og forståelsen av god helse var sterkt påvirket av dette. Ellers var det tydelig at korona-pandemien og deres forståelse av den, var tett knyttet til hvordan de oppfatter helse. Flere snakket om vaksiner og antibac, som viktige bidrag til god helse. Andre ting som også kan virke inn på utsagnene, er holdninger og samtaletema hjemme. Når en informant starter hele intervjuet med å «tilstå» at hun drikker for mye saft, og at hun nevner dette flere ganger i intervjuet – og til slutt sier at hennes egen helse er kanskje ikke så god fordi hun drikker for mye saft – kan det være tegn på at det er et ømtålig tema hjemme. Eller så kan det også ha med at informanten opplever intervjuer som en oppdrager-person som skal vurdere utsagnene og helseatferden hennes (Eide & Winger, 2003, s. 101). En annen var veldig opptatt av vitaminbjørner og nevnte det i mange sammenhenger under intervjuet.

Som Eide og Winger (2003, s. 101-102) skriver, så er atmosfæren under intervjuet viktig. Dersom de ikke forstår hva det vil si at data blir anonymisert eller etisk forsvarlig behandlet, kan det føre til at de ser på voksne intervjuere som oppdragelsespersoner som skal vurdere deres utsagn og uttrykk. På den annen side så kan det være uheldig å presisere for inngående om anonymisering og taushetsplikt, fordi det kan gi barnet et inntrykk av at det de har å fortelle kan være skammelig eller stigmatiserende (Tiller, 2006). I studien ble det forsøkt å gjøre beskrivelsen av studien så forståelig som mulig. Informasjonen kom som en naturlig del i innledningen, der informantene ble fortalt at ingen andre skulle høre intervjuene, at det ikke fantes riktige eller feil svar, og at det var kun det de tenkte vi var interessert i. Det ble også sagt at det var lov til å si «vet ikke», hvis de ikke visste hva de skulle svare. Det syntes som om informantene forstod denne forklaringen.

Selv om det ble lagt flid i å lage atmosfæren så barnevennlig som mulig og som maner til likeverdighet, er det likevel intervjueren som sitter med makten i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 51). Det vil si at intervjueren er den som stiller spørsmålene og bestemmer hvilke svar som skal følges opp, og også bestemmer når det er ferdig. Intervjuet bærer et visst preg av en enveisdialog, fordi det er én som bestemmer spørsmålene, og det er bare den som stiller spørsmål, mens den andre må svare. Samtidig vet ikke intervjuobjektet alltid hva intervjueren er ute etter. Til slutt er det også intervjueren som har enerett på å fortolke utsagnene og rapportere hva intervjuobjektet

egentlig mente. Så det er uansett vanskelig å få et symmetrisk forhold mellom intervjuer og informant.

6.2 Studiens styrker og svakheter

Studien har et representativt utvalg, noe som styrker studien. Dette begrunnes med at studien inviterte 149 åtte-åringer fra fire skoler i ulike bydeler av Trondheim, der 70 % valgte å delta. Til sammen ble det 83 deltakere i studien, da noen falt fra pga sykdom. Det er relativt mange til å være en kvalitativ studie, for datamengden kan bli uoversiktlig og uhåndterbar. Men hver deltaker ga relativt moderat datamengde, så den totale datamengden ble greit håndterbart. I forhold til karakteristikken så var det 41 jenter og 42 gutter. Gjennomsnittlig KMI for de i denne studien (83 stk) og alle de som samtykket (105 stk) var lik. Jentene som ikke samtykket til deltakelse (17 stk) hadde noe høyere gjennomsnittskmi, der noen enkeltindivider påvirket gjennomsnittet. Gjennomsnittlig KMI for alle de inviterte jentene er 16,56 kg/m², kun marginalt høyere enn deltakerne. Andelen med annen etnisitet enn norsk, var ganske jevnt fordelt hos deltakerne og ikke-deltakerne.

Intervjuguiden ble utprøvd i en pilotstudie og revidert, slik at den ble bedre tilpasset formålet. Det kan synes som om studien hadde unødvendig mange deltakere, der en ville oppnå data-metning i god tid før alle intervjuene ble gjort. Men på grunn av at en del informanter ga manglende eller korte svar på enkelt-spørsmål, så var det fordelaktig å ha mange informanter for å få et bredt spekter av utsagn på *alle* spørsmålene.

Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide, der de fleste spørsmålene var faste med noen oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden ble gått nøye igjennom med intervjuerne i forkant, slik at intervjuene skulle være mest mulig like. Dette sikret at informantene fikk de samme spørsmålene, og en kunne måle det samme hos hver enkelt (Eide & Winger, 2003). På den annen side så kunne den verbale interaksjonen mellom intervjuer og informant blitt bedre dersom svarene fra informantene hadde påvirket videre spørsmål i høyere grad og blitt mer dynamisk (Tiller, 2006). Interaksjonen forutsetter en påvirkning begge veier, og det kunne bidratt til mer gjensidighet slik at barna hadde vært mer interessert i å fortelle.

Flere intervjuere kunne føre til at enkelte av de utdypende spørsmålene ble noe forskjellige og ledende. Dette skjedde først og fremst da en forsøkte å få beskjedne og stille informanter i tale, og utsagnene kunne bli ledet av intervjuer. Dette påvirket ikke funnene i nevneverdig grad, da utsagnene kunne kobles til allerede eksisterende tema. Det ble skapt et tryggende og barnevennlig miljø. Intervjuerne hadde på seg uformelle klær, noe som skulle vise jevnbyrdighet med informantene. Det ble satt ut bamser, leker og skrivesaker. Intervjuer og informant satt på tilstøtende bordender, slik at informanten naturlig kunne se en annen vei. Slik ble ikke intervjusituasjonen så kontrollerende. Det ble i løpet av intervjuet brukt visuelle metoder (tegninger av kroppsfigurer) som gjorde at intervjuet ble mer variert og interessant (Heydon et al., 2016). Tegningene ble lagt utover gulvet, slik at denne delen av intervjuet foregikk sittende på gulvet. Intervjuguiden inneholdt enkle og entydige spørsmål. Dette gjorde at informantene forstod bedre hva det ble spurt om. Under intervjuet ble det forsøkt inntatt en kvalifisert naivitet fra intervjuerens side, der intervjuer har god kjennskap til temaet og en forutsetningsløs holdning (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 49). Dette skulle bidra til at

intervjuer ikke fremstod som en «ekspert», og at informantene skulle få bedre selvtillit av å være den som vet (Tiller, 2006).

Intervjuets varighet og kontekst kunne være et forstyrrende element for konsentrasjonen til informantene. Dataene til denne studien kommer fra siste del av et lengre intervju. Hele intervjuet hadde en varighet på 10 – 20 minutter, mens siste del varte i 5-10 minuttet. Barn er dårligere enn voksne til å holde konsentrasjonen over lengre tid (Tiller, 2006), og dette kunne gjøre at informantene ble ukonsentrerte. Dagen var også en «annerledes-dag» for elevene. Inndelingen av skoledagen var annerledes enn resten av skolen, det ble benyttet tilfeldige rom til intervjuene og en del av informantene var opptatte av hva som skulle skje før og etter intervjuet. Alt dette kunne føre til at utsagnene ble påvirket av konteksten eller at det kom færre utsagn. Gruppeundervisning om helse var noe de fleste hadde i forkant av intervjuet. Dette gjør at utsagnene til informantene kunne være påvirket av undervisningen de hadde, og det er viktig at dette blir med i refleksjonen av funnene.

Transkripsjonene ble gjort av en og samme person, noe som gjør transkripsjonene mer konsistente. Transkripsjonene ble forsøkt gjort så ordrett som mulig. Dersom utsagnene var uklare, ble det skrevet: «...(utydelig)...» eller «...(mye støy)...». Pauser er innlagt med «...», og ekstra-ord som «ehh» og «hmm» er tatt med for det meste, for å vise at utsagnene som ble gitt var til tider noe usammenhengende og noe nølende (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 212).

Ved analyse av datamateriale er det en fordel å være flere (Malterud, 2017, s. 194), slik at én persons forforståelse ikke skal stå i veien for ny innsikt. Materialet ble analysert av en person, men funnene ble drøftet med tre andre forskere (prosjektleder og to veiledere) på gjentatte møter. Alle fire forskerne var med på intervjuer og de har ulik bakgrunn og forforståelse, noe som er en styrke for studien.

Det ble benyttet et kvalitativt design med semi-strukturerte intervju, der spørsmålene var fastlagte og tillagt noen utdypende spørsmål. Dette er et tema det finnes lite forskning på, og det var ganske usikkert på forhånd hvilke begrep og hvilken forståelse så unge barn har om helse. Målet var å se virkeligheten på en ny måte ved å innta barnets perspektiv best mulig. Selv om denne metoden fungerte, var det en utfordring å lage intervjuguide til et tema som var såpass ukjent. Utfordringen var å finne ord og begreper som var kjent, samtidig som det skulle være interessant og relevant. Alternativet kan være å kjøre en «mix methods» (Malterud, 2017, s. 202), der en i første runde kjører en spørreundersøkelse og kartlegger begreper og forståelse. Deretter kan en ta ut et strategisk utvalg av informanter som kan gi inngående informasjon om temaet. Det kan gi en bedre og dypere forståelse av tematikken og styrke tilliten til konklusjonen, slik at det gir en enda bedre empirisk forankring.

6.3 Reliabilitet og validitet

For at studien skal gi en troverdig kunnskap, må kravene til reliabilitet og validitet være oppfylt. For å vurdere reliabiliteten til kvalitative intervju ser en på konsistens og nøyaktighet, som sier noe om en måler det samme hos hver informant (Eide & Winger, 2003, s. 122). Ved vurdering av validiteten vurderes den interne og den eksterne validiteten (Malterud, 2001). Den interne validiteten sier noe om i hvilken grad

resultatene er gyldig for utvalget og det fenomenet som er undersøkt, og den eksterne validiteten sier noe om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner.

Det å måle det samme hos hver informant øker reliabiliteten til studien, og var grunnlaget for at intervjuguiden ble så fastlagt. Men reliabiliteten er vanskelig å måle, for samme intervjuer hadde ikke fått det samme uttrykket om en hadde intervjuet samme informant på nytt (Kvernmo, 2005). Dette avhenger av konteksten og dagsform hos både intervjuer og informant, og hvilken forståelse vedkommende har i det øyeblikket intervjuet foregår. Resultater som er i samsvar med tidligere funn, styrker reliabiliteten. De få studiene som det kan sammenlignes med og som samsvarer med resultatene i denne studien, sier at barn tenker at sunt kosthold og trening er viktig for god helse. De sier også at barn uttrykker at store kroppsstørrelser har dårlig helse og tillegger dem usunne levevaner.

Det å bruke tegnede kroppsfigurer synes å ha styrket validiteten av intervjuene. De tegnede kroppsfigurene kunne få det abstrakte til å bli mer konkret, slik at en mer detaljert informasjon om hvordan informantene ser sin verden kunne komme fram (Heydon et al., 2016). Noe som øker validiteten i transkripsjonene, er at de ble gjort så ordrett og autentisk som mulig, der pauser, nøling og små-ord ble tatt med. (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 212). Funnene kan også ofte oppfattes som mer gyldige når flere er enige om tolkningen (Malterud, 2017, s. 194). Etter som fire forskere med ulik bakgrunn og for forståelse ble enige om tolkningen av funnene, vil den oppfattes som gyldig i dette utvalget. Studiens gjennomføring er detaljert forklart, som både omhandler mål, relevans, rekruttering, gjennomføring og trinnene i analysen. Den transparente prosessen øker validiteten, der leser kan gå igjennom prosessen og vurdere validiteten i hvert trinn.

Å måle validiteten i et barne-intervju kan være vanskeligere enn i et voksen-intervju (Kvernmo, 2005). Når barn og voksne har ulike forståelser av situasjonen, kan det være usikkert hva som egentlig blir observert. Informasjonen som blir gitt kan være påvirket av alder og utvikling, eller forståelsen av det som blir forsøkt avdekt. Som Hake (1999) sier også, så er det ikke mulig å se verden fra barnas ståsted fullt og helt, men en kan forsøke å danne et barneperspektiv som handler om å få kunnskap om hvordan vi tror barnet ser verden. Det gjør en ved å få kunnskap om hva barnet gjør og kan, hvordan det tenker, snakker og handler.

Funnene i denne studien er gyldige for norske åtte-åringer, sett ut ifra den dagen, den konteksten og dagsformen hos både intervjuer og informant. Funnene må ses i lys av at intervjuene ble gjennomført på en helsedag, der de fleste har hatt undervisning med helsesykepleiere i forkant. En utfordring til validiteten i denne studien, er at de aller fleste informantene var normalvektige, så det kan være at studien er gyldig for *normalvektige* norske åtte-åringer.

Ved vurdering av ekstern validitet, så kan resultatene bidra til at helsesykepleiere får økt sin forståelse av barns oppfattelse av helse. Denne forståelsen kan brukes i kommunikasjonen om helse og kropp mellom skolehelsetjenesten og barna. Dette kan også benyttes av lærere som underviser i helsefaglige tema, og av skoleverket som utformer læreverk på småtrinnet i grunnskolen.

7. Konklusjon

Åtte-åringene har god helseforståelse og mye kompetanse om hva som gir god helse, til tross for at skolens læreplaner ikke vektlegger dette på barnetrinnet. Kunnskapen har de tydeligvis fra andre steder enn i skolen, og det er stor variasjon i forståelsen barna har. Om dette skyldes ulik grad av kompetanse eller ulikhet i modenhet er usikkert. Helseforståelsen de har kan påvirke senere helseatferd, og derfor kan den store variasjonen av forståelse gi ulik grad av helse senere i livet. Åtte-åringene løftet frem sunt kosthold og fysisk aktivitet som de viktigste faktorene for god helse. Sosiale og emosjonelle faktorer ble også nevnt som veldig viktige. Funn fra tidligere studier og medieoppslag påvirket forskernes forventninger om at kroppsmisnøye skulle dukke opp som tema. Det kom ikke frem, men det er tydelig at åtte-åringene er opptatte av kroppsstørrelse. Åtte-åringene uttrykte at avvikende kroppsstørrelse, der det ble fremhevd at kroppsfigurer som fremstår som overvektig eller undervektig, gir en dårligere helse. De tynne kroppsfigurene ble forbundet med sykdom og fremstilt som veldig svake, og åtte-åringene uttrykte en slags medlidenhet med dem. De store kroppsfigurene ble kategorisert som stillesittende og overspisende. Det ble påpekt at de kunne bli ledd av og at de fysisk sett ikke kunne bli med på alle aktiviteter, noe som førte til at de kunne bli kjedelige å være sammen med. Åtte-åringene i denne studien er nokså samstemte i at de opplever sin egen helse som god. Vurderingen de gjør av sin egen helse er basert på deres helseforståelse.

Funnene i denne studien kan gi økt innsikt i variasjonen i helseforståelsen blant norske åtte-åringene. Dette kan bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget til skolehelsetjenesten og andre som arbeider med helsefremmende arbeid som er rettet mot yngre barn. Innsikten kan også være til hjelp for lærere som skal undervise i helserelaterte tema, og til skoleverket ved utarbeidelse av nye læreplaner for småtrinnet i grunnskolen.

Litteraturliste

- Almqvist, L., Hellnäs, P., Stefansson, M. & Granlund, M. (2006). 'I can play!' young children's perceptions of health. *Pediatr Rehabil*, 9(3), 275-284.
<https://doi.org/10.1080/13638490500521303>
- Bhagat, K., Howard, D.E & Aldoory, L. (2018). The Relationship between Health literacy and Health conceptualizations: An exploratory study of elementary school-aged children. *Health Communication*, 33(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1250188>
- Birbeck, David & Drummond, Murray. (2005). Interviewing, and listening to the voices of, very young children on body image and perceptions of self. *Early Child Development and Care*, 175, 579 - 596.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/03004430500131379>
- Birbeck, David & Drummond, Murray. (2006). Very Young Children's Body Image: Bodies and Minds Under Construction. *International education journal*, 7, 423-434.
- Borzekowski, Dina L. G. (2009). Considering children and health literacy: a theoretical approach. *Pediatrics*, 124 Suppl 3, S282-288. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162d>
- Brady, G., Lowe, P. & Olin Lauritzen, S. (2015). Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: introduction. *Sociol Health Illn*, 37(2), 173-183. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12260>
- Bugge, Annechen Bahr. (2012). *Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy... -finnes en diett for alt?* (4-2012). Statens Institutt for forbruksforskning.
- Cuypers, Koenraad, Kvaløy, Kirsti, Bratberg, Grete, Midthjell, Kristian, Holmen, Jostein & Holmen, Turid Lingaas. (2012). Being Normal Weight but Feeling Overweight in Adolescence May Affect Weight Development into Young Adulthood—An 11-Year Followup: The HUNT Study, Norway. *Journal of Obesity*, 2012, 601872.
<https://doi.org/10.1155/2012/601872>
- Eide, B.J. & Winger, N. (2003). *Fra barns synsvinkel. Intervju med barn - metodiske og etiske refleksjoner*. Cappelen Akademisk forlag.
- Espnes, Geir Arild & Lindström, Bengt. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I G. o. R. Haugan, Toril (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2017a, 11.10.2017). *Flere barn med fedme i verden, stabil andel i Norge*. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/flere-barn-med-fedme-i-verden-stabil-andel-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2017b, 04.10.2017). *Overvekt og fedme i Noreg*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14.05.2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Forgas, Joseph P. & Laham, Simon M. (2017). Halo Effect. I R. F. Pohl (Red.), *Cognitive Illusions. Intriguing phenomena in thinking, judgement and memory* (2. utg., s. 276-277). Routledge.
- Fugelli, Per & Ingstad, Benedicte. (2009). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Gyldendal Akademisk.

- Gjørven, Julie. (2017, 30.04.2017). *Sju av ti 7-åringer vil slanke seg*. Klikk.no.
<https://www.klikk.no/foreldre/helse/vekt-barn-2443583>
- Hake, Karin. (1999). Barneperspektivet—en forskningsstrategi.
- Halvarsson, Klara, Lunner, Katarina, Westerberg, Josefin, Anteson, Frida & Sjödén, Per-Olow. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7–17-year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 32-42.
- Haugen, Richard. (2017). *Barns utvikling i skolealder*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2021, 16.02.2021). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helseogomsorgsdepartementet. (2014, 16.12.2014). *Verdens helseorganisasjon*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helseogomsorgsdepartementet. (2019, 09.05.2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019-2023*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hem, Erlend. (2020). Hva er egentlig helsekompetanse? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, (10). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0463>
- Heydon, Rachel, McKee, Lori & Phillips, Lynda. (2016). The affordances and constraints of visual methods in early childhood education research: Talking points from the field. *Journal of Childhood Studies*, 5-17.
- Hill, Andrew J. (2009). Social and Psychological Factors in Obesity. I G. Williams & G. Frühbeck (Red.), *Obesity - Science to Practice* (s. 349). Wiley-Blackwell.
- Hovengen, Ragnhild, Biehl, Anna & Glavin, Kari. (2014). *Barns vekst i Norge 2008 - 2010 - 2012. Høyde, vekt og livvidde blant 3. klassinger*. Folkehelseinstituttet.
- Jimenez Flores, P., Jimenez Cruz, A. & Bacardi Gascon, M. (2017). Body-image dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review. *Nutr Hosp*, 34(2), 479-489.
<https://doi.org/10.20960/nh.455> (Opprinnelig utgitt *Insatisfaccion con la imagen corporal en ninos y adolescentes: revision sistematica*)
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvernmo, Gerd. (2005). Intervju som metode—barn/unge som informanter. *Denne boken er en revisjon av førsteutgaven fra 2005. Revisjonen omfatter korrektur og implementering av ny referanse stil, APA Style. I tillegg er et utvalg av artiklene faglig revidert. Følgende artikler er revidert «Eksperimentell design, med spesiell vekt på ulike typer av N= 1 design» av Erik Arntzen, «Vitenskapelig tenkemåte», 8.*
- Malterud, Kirsti. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)05627-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)05627-6/fulltext)
- Malterud, Kirsti. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McVey, G., Tweed, S. & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Cmaj*, 170(10), 1559-1561.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.1031247>

- Meland, E., Haugland, S. & Breidablik, H. J. (2007). Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res*, 22(3), 342-350. <https://doi.org/10.1093/her/cyl085>
- Mostad, Magnhild Synnøve & Thanem, Toini. (2021, 19.09.21). Barn helt ned i åtteårsalderen tar kontakt. Det er urovekkende. *Adresseavisen*.
<https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2021/09/19/Barn-helt-ned-i-%C3%A5tte%C3%A5rsalderen-tar-kontakt.-Det-er-urovekkende-24550893.ece>
- Myant, Katherine A & Williams, Joanne M. (2005). Children's concepts of health and illness: Understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 805-819.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105305057315>
- Neves, C. M., Cipriani, F. M., Meireles, J. F. F., Morgado, F. F. & Ferreira, M. E. C. (2017). BODY IMAGE IN CHILDHOOD: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. *Rev Paul Pediatr*, 35(3), 331-339. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00002> (Opprinnelig utgitt Imagem corporal na infância: Uma revisão integrativa da literatura.)
- NTB. (2019, 09.07.19). Mange barn kontakter Røde Kors om kroppspress. Nettavisen.
<https://www.nettavisen.no/nyheter/mange-barn-kontakter-rode-kors-om-kroppspress/s/12-95-3423812409>
- Ortega Becerra, M. A., Muros, J. J., Palomares Cuadros, J., Martín Sánchez, J. A. & Cepero González, M. (2015). Influence of body mass index on self-esteem of children aged 12-14 years. *An Pediatr (Barc)*, 83(5), 311-317.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.017> (Opprinnelig utgitt Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años.)
- Paxton, S. J. & Damiano, S. R. (2017). The Development of Body Image and Weight Bias in Childhood. *Adv Child Dev Behav*, 52, 269-298.
<https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2016.10.006>
- Pilgrim, K. & Bohnet-Joschko, S. (2019). Selling health and happiness how influencers communicate on Instagram about dieting and exercise: mixed methods research. *BMC Public Health*, 19(1), 1054. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7387-8>
- Rangul, Vegar & Kvaløy, Kirsti. (2020). *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoførelse blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-2019*. HUNT forskningscenter. H. forskningscenter.
https://www.ntnu.no/documents/10304/4902807/Delrapport1_Ung_HUNT4+_Mars_2020.pdf/e7f7a922-906f-aa1c-9aed-4fa2d7bf14b9?t=1584711026088
- Richards, D., Caldwell, P. H. & Go, H. (2015). Impact of social media on the health of children and young people. *J Paediatr Child Health*, 51(12), 1152-1157.
<https://doi.org/10.1111/jpc.13023>
- Sandbæk, Mona. (2001). Kan barnevernstjenesten forholde seg til både foreldre og barn som brukere og aktører? I M. Sandbæk (Red.), *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. (s. 343). Gyldendal Akademisk.
- Schou, Morten Brix, Krokstad, Steinar & Westin, Steinar. (2006). Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 2006(20), 2644-2647.
- Schur, E. A., Sanders, M. & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int J Eat Disord*, 27(1), 74-82. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200001\)27:1<74::aid-eat8>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<74::aid-eat8>3.0.co;2-k)
- Shield, Julian & Summerbell, Carolyn. (2009). Obesity in Childhood. I G. Williams & G. Frühbeck (Red.), *Obesity. Science to Practice*. Wiley-Blackwell.

- Shields, Margot & Shooshtari, Shahin. (2001). Determinants of self-perceived health. *Health reports*, 13(1), 35-52.
- Tetzchner, Stephen von. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thomassen, Magdalene. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tiller, Per Olav. (2006). Barn som sakkyndige informanter. *Barn*, 15-39.
- Utdanningsdirektoratet. (2020a). *Læreplan i kroppsøving (KRO01-05)*.
<https://www.udir.no/lk20/kro01-05>
- Utdanningsdirektoratet. (2020b). *Læreplan i naturfag (NAT01-04)*.
<https://www.udir.no/lk20/nat01-04>
- WHO. (2001, 22.05.2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Aamo, Alexander Wasskog, Lind, Lars Hallvard, Myklebust, Anders, Stormo, Linn Karina & Skogli, Erland. (2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader* (9/2019). Menon Economics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-09-Overvekt-og-fedme-i-Norge.pdf>