



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

Hälsopedagogiskt program, 180 hp

# KANDIDATUPPSATS



"Problematiska användanden av hälsokunskap"

Hälsoutbildades uppfattningar

Lovisa Bertilsson

Pedagogik, 15 hp

Halmstad 2013-10-06

Högskolan i Halmstad  
Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Hälsopedagogiskt program  
Kandidatuppsats, 15 HP  
VT 2014

# **”Problematiska användanden av hälsokunskap”**

*Hälsoutbildades uppfattningar*

Av: Lovisa Bertilsson

Handledare: *Liselott Fritzdorf*  
Examinator: *Jeanette Sjöberg*

## Förord

Jag vill börja med att tacka de hälsoutbildade som tog sig tid att dela med sig av sina uppfattningar, ni har inte bara gjort studien möjlig att genomföra utan ni har även bidragit med många intressanta erfarenheter och åsikter.

Jag vill även tacka alla som gett stöd under skrivprocessen och som gett tips och idéer under processens gång. Att hantera en kandidatuppsats på egen hand har många gånger varit krävande och svårt och utan era diskussioner och stöd hade det blivit så mycket svårare.

Jag hoppas att studien kan bidra till ett större ifrågasättande av hälsokunskap så som; kan man få för mycket hälsokunskap? Och vad får det för betydelse för individen? Jag hoppas främst att studien kan belysa ett intressant område för vidare forskning.

## **ABSTRACT**

**Titel:** ”Problematiska användanden av hälsokunskap” – hälsoutbildades uppfattningar

**Datum:** 2014-06

**Syfte:** Syftet med föreliggande studie var att belysa variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”.

**Metod:** Studien hade en induktiv utgångspunkt och inspirerades av en fenomenografisk metodansats med intervju som datainsamlingsmetod. Deltagarna bestod av 6 hälsoutbildade med varierande yrken och utbildningsbakgrund som kom att beskriva sina uppfattningar av ”problematiska användanden av hälsokunskap”. Materialet har analyserats liksom den fenomenografiska analysen.

**Resultat:** Resultatet utgörs av 5 kvalitativt skilda beskrivningskategorier av problematiska användanden av hälsokunskap.

Vidare bygger resultatet på de hälsoutbildades uppfattningar av problematiska användanden av hälsokunskap för att synliggöra vad medvetandeakten i uppfattningen riktas mot vilket bidrog till 5 kategorier.

**Slutsats:** Studien har uppmärksammat ett relativt outforskat område kring hälsokunskap, hälsa och livsstil. Resultatet visar att det uppfattas finnas en problematik kring området, som kan ses utifrån en hög kunskap om hälsa. Vidare visar resultatet att denna problematik kan liknas vid vad i idag har kommit att klassas som en sjukdom, nämligen ortorexi. I resultatet blir det även synligt att den kontext där hälsa är central kan uppfattas ha betydelse för fenomenet på ett sätt som gör att vi lär och skapar våra föreställningar av hälsa genom andra.

**Uppsatsens bidrag och förslag till fortsatt forskning:** Studien har kommit att uppmärksamma den hälsorelaterade kontexten som en betydelsefull aspekt för fenomenet. Studiens omfång har påverkat att denna relation inte kommit att bli belyst ingående. Jag ser därför att det är ett område som vi utifrån ett pedagogiskt perspektiv kan belysa närmare. Genom att synliggöra det lärande som skapas i den hälsorelaterade kontexten kan vi öka förståelsen för fenomenet

**Nyckelord:** *Hälsokunskap, hälsa, livsstil, ortorexi, ohälsa, problematiskt användande*

## Innehåll

1. Inledning.....	5
1.1. Bakgrund.....	6
2. Tidigare forskning.....	7
2.1 Hälsofrämjande faktorer.....	7
2.2 Problematik kring hälsa och hälsokunskap.....	7
2.3 Lärande och livsstilsförändringar avseende hälsan.....	8
2.4 Sammanfattning och kunskapsbidrag.....	9
3. Syfte och frågeställningar.....	11
4. Teoretiska utgångspunkter.....	12
4.1 Fenomenografins icke-dualistiska antaganden och lärande.....	12
4.1.1. Fenomenografiska uppfattningar.....	12
4.1.2. Fenomenografins första och andra ordningens perspektiv.....	13
4.1.3 Fenomenografisk didaktik och lärande.....	13
4.1.4. Självstyrt lärande.....	13
4.1.5. Delaktighet.....	14
4.2. Reflektion.....	14
4.2.1. Reflektion-i-handling.....	14
4.2.2. Reflektion för hälsa.....	14
5. Metod.....	15
5.1. Fenomenografisk metodologi.....	15
5. 2. Fenomenografisk metodansats.....	15
5.2.1. Fenomenografisk intervju.....	15
5.2.2. Fenomenografisk analys.....	16
5.3. Studiens design.....	17
5.4. Deltagare.....	18
5.5. Genomförande.....	18
5.5.1. Intervju.....	18
5.5.2. Analys.....	19
5.6. Forskarens roll.....	20
5.7. Etik.....	20
5.8. Trovärdighet/överförbarhet/pålitlighet.....	21
6. Resultat.....	22
6.1. Utfallsrummet.....	22
6.1.1. Problematiska användanden av hälsokunskap.....	23
6.1.2. Vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningar av fenomenet? .....	33
7. Diskussion.....	36
7.1. Metoddiskussion.....	36
7.2. Resultatdiskussion.....	37
8. Sammanfattning.....	43
8.1. Kunskapsbidrag och rekommendation till vidare forskning.....	43
9. Referenslista.....	45
BILAGA 1, Informationsbrev.....	48
BILAGA 2, Intervjuguide.....	49

## 1. Inledning

Ett övergripande hälsomål i världen är att uppnå en så god hälsa som möjligt för alla människor (Regeringskansliet, 2008). WHO, World Health Organisation, arbetar därför bland annat med att främja forskning och kunskapsspridning kring hälsofrågor, sätta normer och riktlinjer samt befrämjar implementeringen av dessa (Regeringskansliet, 2008). På liknande sätt har de nordiska länderna under flera årtionden samarbetat för att sätta upp riktlinjer och rekommendationer, kring kost och fysisk aktivitet som så småningom mynnat ut till att vi har fått så kallade svenska näringsrekommendationer, SNR (Livsmedelsverket, 2005).

WHO (2003) menar att kunskap och hälsa är något som förstärker varandra och genom utbildning inom bland annat kost, fysisk aktivitet och hälsa kan människors förståelse för hur de kan främja hälsan öka (World Health Organisation, 2003). Jag menar att vi idag, genom att vi kan ta del av dessa riktlinjer, även kan komma att ställa krav på oss själva att leva efter dem och på så sätt betraktas som hälsosamma individer. Vad jag vidare kommit att ifrågasätta är om dessa krav vi kan komma att ställa på oss själva och som gör oss till hälsosamma individer faktiskt behöver betyda att vi upplever hälsa.

Vi kan också se ett ökat intresse för hälsa i samhället då vi idag kan ta del av hälsoinformation så gott som överallt och då det finns en mängd olika utbildningar inom både nutrition och fysisk aktivitet, så som dietistutbildningar och personliga tränare. Jag ser därför att det förefaller finnas ett intressant samband att studera mellan den ökade hälsoinformationen, vår strävan efter hälsokunskap och vår strävan att bli hälsosamma individer.

I och med att begreppet hälsa inte har en tydlig definition kan det idag råda en del förvirring kring dess innebörd, och på så sätt innebörden av en hälsosam livsstil (Lindgren & Eriksson, 2010). Det har relativt nyligen uppmärksammats en ätstörningssjukdom som kommit att kallas ortorexi som innebär en fixering vid en ”hälsosam” livsstil. Strävan är att vara den ultimata hälsosamma människan och som visar sig i en strävan efter den ”perfekta kosten” vilket i sin tur kräver ”perfekt kunskap” om olika livsmedel (Bratman & Knight, 2000). Ortorexi skiljer sig från andra ätstörningar på så sätt att fokus inte riktas mot viktminskningen i sig, utan kan liknas vid en fanatisk sträva mot att vara hälsosam. En ortorektiker kan därför visa på en hälsosam kosthållning och en hälsosam kropp och på så sätt vara svår för samhället att uppmärksamma (Van der Stern, 2005).

WHO synliggör också att hälsa inte bara handlar om fysiskt välmående utan även innefattar mentalt och socialt välbefinnande (Regeringskansliet, 2008). En fanatisk strävan och jakt efter att vara hälsosam menas kunna leda till begränsningar i livet på så sätt att individens möjlighet att göra andra saker i sin vardag som kan vara värdefulla för livskvaliteten och välbefinnandet utsluts (Van der Stern, 2005). Det skulle då kunna betyda att innebörden av en hälsosam livsstil även innebär ohälsa utifrån att definiera hälsa som mentalt och socialt välbefinnande.

Det finns lite forskning som berör vad som kan bidra till denna fanatiska strävan av att vara hälsosam som går till överdrift och menas skapa ohälsa för individen. Det finns även lite forskning som har berört hur hälsoutbildade, som ständigt omringas av hälsokunskap, använder sin egen hälsokunskap och vilken betydelse det kan ha för hur de uppfattar sig själva och sin hälsosamma livsstil. Här ser jag mig finna en intressant kunskapslucka som vi behöver studera närmare. Jag menar att vi genom att ständigt öka tillgängligheten av hälsokunskap och genom att individens intresse av att söka denna kunskap även ökat, även kan ha möjliggjort ett problematiskt användande av hälsokunskap och på så sätt ökat risken att ”skapa” ohälsa i samhället. Jag menar vidare att det i och med att sjukdom ortorexi är relativt nyidentifierad

och på så sätt utforskad gör att det kan finnas ett stort mörkertal i samhället. Jag ser det därför som intressant att utforska området kring hälsokunskap och hur den kan uppfattas ha betydelse för individens livsstil och hälsa.

## 1.1. Bakgrund

Vad jag har kommit att ifrågasätta, genom att jag själv studerar hälsopedagogik och på så sätt kunskap om hälsa och att jag ständigt känner mig omringad av hälsobudskap, är om denna kunskap alltid behöver innebära att vi ökar våra möjligheter till en hälsosam livsstil. Det var när jag kom i kontakt med Steve Bratman & David Knights (2000) bok *Health food Junkie* som jag kunde se en viss problematik kring kunskapens betydelse för hälsan. Steve Bratman arbetar inom området kost som medicinering och grundade begreppet ortorexi (Bratman & Knight, 2000). Steven Bratman menar att en hälsosam kosthållning inte bara har betydelse för individens förmåga att hålla sig frisk utan påverkar även individens möjlighet att bota sjukdomar. Vi kan alltså förebygga ohälsa och förbättra vår hälsa bara genom vad vi lägger på tallriken. Vad Steven Bratman däremot ifrågasätter är vad denna förbättring av hälsan har för betydelse för individen om det i sin tur kräver en allt för strikt och fanatisk inställning till mat. Om individens liv så gott som präglas av hur, vad och när denne ska äta kommer denna förbättring av hälsan ändå inte att få utrymme för uppskattning. Steven Bratman har själv levt med sjukdomen ortorexi och på så sätt under förhållanden där kosten präglar hela livet och vet därför hur ohälsosamt, utifrån välmående, dessa förhållanden kan vara. Han valde därför att belysa ämnet genom att skriva om det vilket i sin tur bidrog till stor respons från människor över hela världen och visade på hur många som faktiskt själva upplever sig ha liknande beteenden och på så sätt ohälsosamma förhållanden till kost. Det måste dock tydliggöras att en hälsosam kosthållning inte direkt innebär ortorexi, utan det är individens bristande förmåga i att kunna upprätthålla en balans mellan kost och andra saker som är meningsfulla i livet som innebär sjukdom. Steven Bratman menar därför att vad som helst kan bli ohälsosamt om det som utförs inte utförs på ett balanserat sätt (Bratman & Knight, 2000).

## 2. Tidigare forskning

*I detta stycke redogörs tidigare forskning kring det valda området samt definitioner och forskningsperspektiv för att få en djupare förståelse för vad studien tar sin grund i.*

### 2.1 Hälsöfrämjande faktorer

Enligt Socialstyrelsen (2013) forskningsöversikt menas folkhälsan i samhället kunna förbättras, vilket är ett mål som de aktivt arbetar för att kunna möjliggöra. Mycket forskning finns som visar att levnadsvanor och livsvillkor är de centrala bestämningsfaktorerna för hälsan och att våra levnadsvanor kan få betydelse för ohälsa i form av bland annat hjärtsjukdomar och cancer. Rökning, alkohol, övervikt och fetma, samt brist på fysisk aktivitet är alla faktorer i en individs levnadsvanor som har betydelse för hälsa och ohälsa (Socialstyrelsen, 2013). Det är därför viktigt att skapa förutsättningar för att kunna leva ett hälsosamt liv för att kunna uppnå en bättre hälsa.

Vidare finns det forskningsrön enligt Lindgren & Eriksson (2010) som har visar att endast fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor har hälsöfrämjande effekter, speciellt när det gäller övervikt och fetma. Genom att arbeta med att öka kunskapen kring kost och träning kan man på så sätt öka möjligheten för människor att ta kontroll över sitt liv och sin livsstil vilket menas kunna förbättra hälsa och välbefinnande (Lindgren & Eriksson, 2010).

Det kan vi se i en studie som bedrev ett hälsopromotivt utbildningsprogram med fokus på hälsosamma kostvanor, motionsvanor och inställning till kroppen. Det visade sig att utbildningsprogrammet hade positiva effekter för individers förhållningssätt till mat och motion samt inställning till sig själva och sina kroppar (Wardlaw, 2005). Att vi kan ta del av kunskap kan därför ses som ett antagande att vi ökar våra möjligheter till en hälsosam livsstil och på så sätt ökar våra möjligheter till en god hälsa

### 2.2 Problematik kring hälsa och hälsokunskap

En problematik som beskrivs kring hälsan är att hälsa är ett begrepp som inte har en tydlig och definierad innebörd och är därför svårt att få en generell uppfattning om och vad det innefattar (Brülde & Tengland, 2003). Trots att vi kan mäta mycket kring hälsan, bland annat genom biokemiska tester och individens egna upplevelser, så måste vi först definiera gränsen för hälsa och ohälsa, med andra ord måste vi definiera vad som anses vara normalt (Brülde & Tengland, 2003). Hälsa får på så sätt betydelse och innebörd beroende på vad vi definierar som det normala och allt som avviker blir på så sätt ett tillstånd som inte är accepterat eller önskvärt (Brülde & Tengland, 2003). Det bidrar i sin tur till en problematik kring vad som uppfattas vara hälsosamt för individen.

Denna problematik kring hälsan gör sig synlig i en studie som kom att utforska en relativt outforskad sjukdom vid namn Ortorexi (Dukeshire, MacDonald & Rangel, 2011). En individ med ortorexi beskrivs ha ett liv, likt andra klassificerade ätstörningsbeteenden, som präglas av planering av kost och träning och där denna fokus tagit upp så gott som hela individens tankar (Van der Stern, 2005). Det i sin tur påverkar individens möjlighet att göra andra saker i sin vardag som kan vara värdefulla för dess livskvalitet och välmående. Bratman & Knight (2000) menar att en "ortorektiker" har blivit så besatt av att vara hälsosam de det inbringar en känsla av självkontroll och njutning av att göra "rätt", att denne förlorat all njutning till ätandet. Individens självkontroll leder ofta till att maten förbereds och att den har med sig denna när den går hemifrån för att minska risken att behöva möta livsmedel som inte anses



hälsosamma Att äta något utöver det som är planerat bidrar till känslor som skam och skuld medan att hålla sig strikt till sin plan kan bidra till känslor som glädje och tillfredsställelse. Det är en av de saker som gör att det är svårt att uppmärksamma sjukdomen, då individen ofta inte själv förstår att den mår dåligt av sitt beteende (Bratman & Knight, 2000). En ytterligare faktor som gör sjukdomen svår att uppmärksamma i samhället är att det inte finns ett tydligt mätinstrument som kan fånga sjukdomssymptomen (Dukeshire, MacDonald & Rangel, 2011). Olikt andra ätstörningar handlar en ”ortorektikers” liv inte om matens kvantitet för sin egen viktning, utan i första hand om kvalitet och det behöver därför inte innebära en strävan efter en minskad vikt, och behöver på så sätt inte påverka individens kroppsliga utseende (Bratman & Knight, 2000). Vidare kräver denna stävan efter kvalitet en djupare kunskap om hur bland annat våra livsmedel är sammansatta, behandlade och vilka effekter de har på kroppen (Van der Stern, 2005). Ortorexi skapar på så sätt en problematik även kring hälsokunskap för individens uppfattningar av sitt hälsosamma beteende.

Vad som vidare uppmärksammats kring hälsokunskap och hälsa framkom i en studie som gjordes bland förstföderskor över 35 år där syftet var att belysa informationsbaserade dilemman av hälsoinformation (Carolan, 2007). I studien menades det allmänt betraktat att en ökad tillgång till hälsorelaterad information var ett viktigt steg mot patientens utveckling och egenmakt. Kvinnorna hade själva en strävan att vilja lära sig och sökte därför ständigt information, samtidigt fick de mycket information tilldelad till sig ifrån allmänna informationsblad och från hälsoprofessioner. Resultatet visade att kvinnorna som fick tillgång till stora volymer av hälsoinformation beskrev att de kände sig överväldigade av att ”veta för mycket”. Den ökade tillgången till information och känsla av att veta för mycket ökade kvinnornas oro och ångest och kunskapen bidrog även till att de oroade sig över saker de inte tidigare reflekterat över. Det beskrevs som att kvinnornas höga och detaljerade kunskap skapade en problematik som påverkade deras beteenden och de förlorade den instinktiva sidan och att lyssna till sin magkänsla (Carolan, 2007).

### 2.3 Lärande och livsstilsförändringar avseende hälsan

Vad som har kommit att bli intressant för forskning är vad pedagogiken kan ha för betydelse för lärandet om hälsan (Svederberg & Svensson, 2001). Lärandet kring hälsa har till stor del möjliggjorts med hjälp av dagens informationssamhälle så som sociala medier. Att vi idag lever i ett samhälle där vi ständigt kan ta del av kunskap om hälsa har även bidragit till att en viss förväntan ligger på individen att vilja ta del av denna kunskap och även agera utifrån den (Svederberg & Svensson, 2001).

Att själv kunna söka information om hälsa har även visat sig ha betydelse för individens lärande och känsla av egenmakt i sitt liv. Känslan av egenmakt innebär att individen känner sig delaktig och kan påverka sin livssituation samt att den har ett förtroende till sin egen förmåga (Nutbeam, 2006). Även media speglar en viktig roll i vad vi lär oss om hälsa, genom att de förmedlar hälsokunskap till befolkningen. Det kan vidare få betydelse för hur vi ser på hälsa, vad vi uppfattar som hälsosamt och hur vi väljer att agera utifrån kunskapen (Sandberg, 2004).

Genom en studie har det även uppmärksammats att mycket av det som vi uppfattar som hälsosamt får vi genom våra uppfattningar av vad som är hälsosamma individer (Benz, Scott & Black, 1999). Hälsosamma individer menas vara personer som arbetar med hälsa och som på så sätt förväntas vara hälsosamma. I studien framkom det även att de som arbetade inom hälsa känner ett ansvar att lära och förmedla hälsosamma beteenden genom sig själva. De

menar att kommunikationen inte bara behöver ske genom det talande språket utan lärandet kommuniceras till stor del utifrån dem själva så som kroppens utseende och sina egna hälsobeteenden. De anses då utifrån andra, men även från sig själva, att ha ett ansvar över sin egen hälsa för att i sin tur sända ut signaler som kan skapa hälsosamma beteenden för andra (Benz, Scott & Black, 1999).

Studier visar även att det inte bara handlar om tillgång till hälsokunskapen i sig och vad man vet, utan även om hur individen bearbetar information (Cutler & Lleras, 2009). Människans kognitiva förmåga kan alltså påverka att vi förstår kunskapen på ett bättre sätt (Cutler & Lleras, 2009). En individs förmåga att förvärva, förstå och använda information är avgörande för att fatta kloka beslut om hälsa i vardagen och det kan beskrivas som individens nivå av hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet har ett samband med individens avancerade kognitiva färdigheter i kritiskt tänkande, analys, beslutsfattanden och problemlösning i en hälsorelaterad kontext (Hensing & Mårtensson, u.å). Hälsolitteracitet har visat sig ha betydelse för individens förmåga att främja och upprätthålla en god hälsa (Hensing & Mårtensson, u.å).

Att fatta hälsosamma beslut menas även vara beroende av vårt sätt att reflektera över vår situation (Churchill & Jessop, 2011). I en studie framkom det att ohälsosamma beslut ofta tas när vi är stressade och handlar impulsivt. Vidare framkom det att ohälsosamma beslut även var beroende av individens nivå av självkontroll då individer som upplever sig ha mindre kontroll i sitt liv är mer benägna att fatta ohälsosamma beslut. I studien menades det även kunna finnas ett samband mellan individens invanda beteenden och dess hälsorelaterade val. En individ som är van vid att göra hälsosamma val visade på högre självkontroll. Studien menade att genom att öka individers förmåga att reflektera över handlingar kan risken för att fatta ohälsosamma beslut minska (Churchill & Jessop, 2011).

## 2.4 Sammanfattning och kunskapsbidrag

Ett mål för samhället beskrivs vara att förbättra hälsan för befolkningen, vilket kan göras genom att öka kunskapen om hälsa och på så sätt öka våra möjligheter att fatta hälsosamma beslut i vårt liv (Socialstyrelsen, 2013, World Health Organisation, 2003). En problematisk som gör sig syndlig är att begreppet hälsa är otydligt definierat och det får därför betydelse för vad vi uppfattar som hälsosamt (Brülde & Tengland, 2003). Vidare kan studier visa att denna problematik kan skapa fanatiska beteenden kring att vara hälsosam som istället skapar ohälsa för individen. Det framkommer även att en hög hälsokunskap inte alltid behöver främja individens hälsa, utan kan istället skapa en problematik för individen som bidrar till att den slutar lyssna till sig själv och till sin kropps signaler (Carolan, 2007).

Dagens informationssamhälle menas även ha betydelse för vad vi lär oss om hälsa och vad vi uppfattar som hälsa och hälsosamt (Sandberg, 2004). Vidare framkommer det att de individer som vi förväntar oss ska vara hälsosamma individer, så som personer som arbetar inom hälsa, får betydelse för vad vi lär oss om hälsa (Benz, Scott & Black, 1999). Lärande menas också vara beroende av individens sätt att förstå, förvärva och använda hälsokunskap, samt sitt sätt att reflektera över sina beslut (Hensing & Mårtensson, u.å, reflektion och beteenden). Utifrån denna sammanfattning kan vi se att det råder en viss problematik kring hälsokunskap, hälsa och livsstil för hur vi fattar beslut i våra liv. Jag menar att vi behöver mer kunskap kring vad som kan skapa denna problematik och hur vi kan förstå vad som får betydelse för hur individen fattar beslut kring sin hälsa och sin livsstil. Genom att belysa problematiken utifrån hälsoutbildade kan vi få en uppfattning av hälsokunskapens betydelse för denna problematik, men även andra aspekter så som hur vi lär oss om hälsa och hur vi förstår den i dessa

problematiska beteenden. Föreliggande studie har därför till syfte att belysa variationer av hur hälsoutbildade uppfattar fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”. Det kan i sin tur skapa en större kunskap kring områdets problematik och vara till nytta för hur vi i framtiden kan arbeta med lärandet kring hälsan för att minska risken för problematiska användanden av hälsokunskap.

### 3. Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att belysa variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”.

- Vilka variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” beskriver de hälsoutbildade?
- Vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet?

Föreliggande studie kan bidra med kunskap om hur hälsokunskap kan ses i relation till ett problematiskt användande av hälsokunskap, samt vad individer i denna problematik riktar medvetandeakten mot. Det kan skapa större förståelse för fenomenet och för vilka beslut som individer i denna problematik väljer att fatta för sin hälsa och livsstil. Studien kan även uppmärksamma centrala aspekter som har betydelse för individers lärande av hälsa och som kan få betydelse för dess livsstil.

## 4. Teoretiska utgångspunkter

*Här kommer jag att presentera teorier om kunskap och lärande som jag uppfattar är centrala i min studie och som blir användbara vid analys av forskningsresultatet och för vidare diskussion. Kunskap och lärande kommer att beskrivas utifrån en fenomenografisk syn på kunskap och lärande, samt utifrån reflektion som jag uppfattar som centrala i pedagogiska teorier i hälsosammanhang.*

### 4.1 Fenomenografins icke-dualistiska antaganden och lärande

Inom fenomenografien menar man att subjekt, den som uppfattar, och objekt, det som uppfattas, är oskiljbara (Marton & Booth, 2000). En uppfattning, hur subjektet erfar objektet, beskrivs som en relation mellan människan och fenomenet i världen. Det existerar på så sätt en verklighet men dess betydelse konstitueras genom hur den uppfattas. Fenomenografins ontologiska antaganden är därför icke-dualistiska. Marton och Booth (2000) uttrycker det på följande sätt: ”vi kan inte beskriva en värld som är oberoende av våra beskrivningar eller av oss som beskriver den. Vi kan inte skilja den som beskriver från beskrivningen” (Marton och Booth, 2000, s.148–149). Världen är en del av själva erfandet och människan och världen har på så sätt en intern relation till varandra (Marton & Booth, 2000). I föreliggande studie innebär detta att hur man lärt sig förhålla sig till begreppet hälsa och livsstil och gjort den till sin kunskap gör det svårt att skilja kunskapen från sin kontext. Det blir då svårt att överföra kunskap som man lärt sig i en kontext till en annan.

Föreliggande studie utgår från detta perspektiv och studerar hälsoutbildades uppfattningar av fenomenet ”problematisera användandet av hälsokunskap”. De hälsoutbildade agrar i förhållande till samma fenomen så som de erfar det och är därmed internt relaterade till detta fenomen. Det menas då att fenomenet kan uppfattas på olika sätt genom att individen också erfar det på olika sätt och har på så sätt olika relationer till det.

#### 4.1.1. Fenomenografiska uppfattningar

Inom fenomenografien antar man att uppfattningar konstitueras sig från erfarenheter. När människan uppfattar något är det ofta en subjektiv behandling som konstituerar tingets mening. Uppfattningar uppstår när medvetandet är riktat mot något speciellt och när vi tänker, handlar och ser är det alltid riktat mot något (Kroksmark, 2007). Inom fenomenografien menar man att uppfattningen på så sätt består av en *vad* och en *hur* aspekt. Uppfattningar innefattar ett handlande och en tankeriktning där *hur* aspekten syftar till hur handlingen ter sig, medan *vad* aspekten löser ut hur handlingen i uppfattningen är riktad. Dessa menas vara oskiljbara i uppfattningen men är däremot analytiskt separerbara. Det blir alltså möjligt genom analys av uppfattningens *hur* aspekt att definiera situationer där vi frågar människor om en sak och de svarar på en annan (Kroksmark, 2007).

Om vi då antar att uppfattningarna människan har grundar sig på sinnliga erfarenheter menar man inom fenomenografien att ett subjekts erfarenhet inte är självtillräckligt. Ett ting som visar sig som ett fenomen är aldrig neutralt eller objektivt och vi måste därför förstå både människan och tinget i en gemensam livsvärld (Kroksmark, 2007). Vi har samlat på oss erfarenheter under våra liv som konstituerat tingen på olika sätt som uppfattningar i vårt medvetande. Dessa uppfattningar tar vi ofta för givna och de är därför sällan syndliga för oss. Först när vi konfronteras med dem genom att vi gör tingen som föremål för reflektion och eftertanke kan de bli synliga (Kroksmark, 2007). Det blir på så sätt i min egen studie ett sätt för den

hälsoutbildade att synliggöra sina uppfattningar av fenomenet genom att de tvingas reflektera och tänka efter vad ”problematiska användanden av hälsokunskap” betyder för denne.

#### 4.1.2. Fenomenografins första och andra ordningens perspektiv

Grundläggande för fenomenografien är att man gör en distinktion mellan hur något *är* och hur något *uppfattas vara* (Larsson, 1986). Inom fenomenografien förklaras detta genom skillnader i beskrivningsnivå och man delar in det i *första ordningens perspektiv* som avser den objektiva världen och *andra ordningens perspektiv* som avser den subjektiva världen (Kroksmark, 2007). *Första ordningens perspektiv* handlar om vad som kan observeras utifrån och på så sätt om fakta, medan *andra ordningens perspektiv* handlar om hur något upplevs för någon och blir då underordnat levd erfarenhet och livsvärlden (Larsson, 1986, Kroksmark, 2007). Hur de två olika perspektiven kommer till uttryck är beroende av vad man studerar och har inte med huruvida något är mer sant eller falsk att göra (Larsson, 1986).

Inom fenomenografien är man just intresserad av *andra ordningens perspektiv* då man menar att för att förstå vad ett fenomen är måste man beskriva hur individen uppfattar sin omvärld och det räcker inte med att beskriva vad människor gör (Larsson, 1986). Det blir på så sätt i min egen studie beskrivningen av hälsoutbildades uppfattningar som gör att vi kan förstå vad fenomenet innebär och det räcker då inte med att beskriva vad människor med ett ”problematiskt användande av hälsokunskap” gör, den fakta som finns.

#### 4.1.3 Fenomenografisk didaktik och lärande

Inom fenomenografisk didaktik menas det finnas ett samband mellan det sätt att förstå omvärlden och det mänskliga lärandet. Kunskap är relaterat till tänkandet och betyder att omfatta, få insikt i eller förstå något upplevt, iakttaget eller erfaret (Kroksmark, 2007). Kunskapen är alltid knuten till sitt innehåll och det är mellan människan och världen som kunskapen konstitueras. Kunskap menas vara fragmentarisk och vår kunskap om något förutsätter att vi urskiljer det från sin bakgrund, sin helhet, för att det ska uppfattas som något. Kroksmark (2007) hänvisar därför till tre begrepp; *urskiljning*, *simultanitet* och *variation*, då de hänger samman. Det är variationen av dessa urskiljanden från en helhet som gör att vi lär oss något. På så sätt kan uppfattandet beskrivas som en process som urskiljandet och simultaniteten urskiljer och som bidrar till kunskap (Kroksmark, 2007).

Lärande ur ett fenomenografiskt perspektiv ses som en förändring av förståelsen för ett fenomen och hur vi uppfattar och förstår fenomenen i världen (Dahlgren & Johansson, i Fejes & Thornberg, 2009). Fenomenografisk didaktik kan därför i pedagogiska sammanhang vara ett sätt att beskriva uppfattningar av olika företeelser och hur denna uppfattning går över från en typ till en annan ju mer insatt individen blir i ett problemområde (Bowden & Marton, 1998). Fenomenografisk didaktik uttrycks, likt nutida pedagogers huvudprinciper, med ett synsätt av lärande som: *självstyrt lärande och delaktighet*, vilket gör att jag i föreliggande studie valt att fördjupa mig dessa synsätt (Bowden & Marton, 1998)

#### 4.1.4. Självstyrt lärande

*Självstyrt lärande* ser universitet som ett öppet lärande (Bowden & Marton, 1998). Lärandet handlar till stor del om att individen själv tar reda på saker och ting och som denne sedan sammanställer vilket leder fram till nytt vetande och ny teknik. Det *självstyrda lärandet* kan ses som en viktig del i dagens kommunikationssamhälle, då mycket av lärandet sker över Internet

och digitala medier. Självstyrningen inom det *självstyra lärandet* kan delas in i 3 typer. Den första är en egen styrning, där den lärande är fri att välja tid och rum utifrån ett hur kursinnehållet är fastlagt från början, som även kallas *regelstyrning*. Den andra är egen styrning av studiesätt och innehåll mot fastställda mål, från skola eller högskola och lärarnas sida, som även kallas *målstyrning*. Den tredje, och mest avancerade, är att den lärande själv har egen kontroll över vägarna över självvalda mål inom ett område så som verksamhet eller ämnesområde, och som även kallas *resultatstyrning* (Bowden & Marton, 1998).

#### 4.1.5. Delaktighet

*Delaktighet* kan liknas vid ett *kollektivt lärande*, där lärandet sker i ett fritt samspel med andra då det uppstår en kommunikation som leder till samförstånd. Det kan beskrivas som att individernas medvetande kopplas till varandra, vilket i sin tur gör oss medvetna om vårt eget sätt att se på saker och ting genom kontrasten med andras sätt att betrakta samma fenomen. Uppfattningar formas alltså i dialog med andra, och är ett naturligt krav. *Delaktigheten* handlar på så sätt även om beslut, så som hur en lärsituation ska läggas upp och genomföras och de involverade måste alltså vara delaktiga så att det möjliggör ett lärande (Bowden & Marton, 1998).

## 4.2. Reflektion

*Jag har i föreliggande studie valt att knyta an Schöns (1983) pedagogiska reflektionsteori till fenomenografins huvudprinciper kring lärande.*

Reflektion används i stor utsträckning för professionella praktiker så som lärare och vårdpersonal och syftar till ett sätt att reflektera kring sin handling och genom denna reflektion utveckla ny kunskap och insikt i den egna verksamheten (Schön, 1983).

### 4.2.1. Reflektion-i-handling

Schön (1983) har utvecklat den pedagogiska teorin reflektion-i-handling, som bygger på att individen tvingas reflektera i den praktik den använder sin teoretiska kunskap. Reflektion-i-handling innebär att upptäcka vad du gör medan handlingen sker och skiljer sig på så sätt från reflektion-över-handling, där reflektionen sker först efter en handling, och ofta i samband med att handlingen inte blev som det var tänkt. Schön (1983) menar att professionell utveckling först börja när individen börjar se saker med kritiska ögon, genom att ifrågasätta sina handlingar. Reflektion kan då innebära ett sätt att iaktta sig själv och sina egna handlingar med kritiska ögon i syfte att lära sig något av dem. Det i sin tur kan bidra med kunskap om sin situation, men även till kunskap kring hur man integrera med andra personer. Det blir också ett sätt att kunna bedöma sina handlingar och dess effekter medan de pågår för att kunna korrigera dem under händelsens gång (Schön, 1983).

### 4.2.2. Reflektion för hälsa

Då hälsokunskap hela tiden är föränderlig, bland annat på grund av att medicinsk kunskap ständigt växer, krävs det att hälsoprofessionerna hela tiden utvecklar sin kompetens (Schön, 1983). Det menar jag kan betyda att individer som arbetar med hälsa, eller har ett stort intresse inom området, kan använda reflektion till att anpassa sig till en föränderlig och växande kunskap och kan på så sätt också utveckla sin kunskap och kompetens. Jag menar att reflektion blir ett sätt att pröva en teori och genom att lyssna på kroppen i det praktiska sammanhanget och se till vad som egentligen känns bra och på så sätt förmodligen är bäst för oss som enskild individ. Detta kan jag alltså uppfatta ske både i samband med att man möter

ny kunskap och i samband med att man använder kunskap i praktiska handlingar. Det blir på så sätt viktigt att reflektera kring teori och praktik i sin yrkesroll men även som privatperson.



## 5. Metod

*Föreliggande studier har inspirerats av en fenomenografisk metod, vilket har gjort att jag valt att presentera dess metodologiska antaganden mer ingående i metodens första del. Vidare presenteras studiens design och genomförande.*

### 5.1. Fenomenografisk metodologi

Den fenomenografiska metodologin har sin grund i att vi som forskare bör sätta våra prekonstruerade trosföreställningar, antaganden och omdömen inom parentes och bör på så sätt befria forskningen från ontologiska och epistemologiska idéer om människan i världen. Forskaren bör även ha en total återhållsamhet av förutfattade uppfattningar och på så sätt sin kunskap om fenomenet (Kroksmark, 2007). Det betyder i min egen studie att jag måste åsidosätta min egen erfarenhet samt mina trosföreställningar om vad studien har till syfte att studera och på så sätt försöka studera fenomenet helt förutsättningslös. Den fenomenografiska metodologin är på så sätt fri att studera den levda världen så som den uppfattas och erfars (Kroksmark, 2007).

### 5.2. Fenomenografisk metodansats

Då jag valt att inspireras av en fenomenografisk metodansats menar jag gör att det krävs visst förtydligande av hur metodansatsen används. Fenomenografin syftar till att beskriva människors sätt att uppfatta sin omvärld och grundläggande är att människor uppfattar fenomen olika samt att uppfattningar kan uttryckas på olika sätt (Dahlgren & Johansson, i Fejes & Thornberg, 2009). Det förklaras genom att människan har olika relationer till världen och gör olika erfarenheter kring olika objekt och får på så sätt olika kunskaper om dem genom att de använder olika sätt att analysera dem på (Kroksmark, 2007).

Med *uppfattningar* syftar man till människan sätt att förstå eller erfara något, vilket ofta är underförstått eftersom det inte varit föremål för reflektion. Det är sedan i *utfallsrummet*, resultatet av fenomenografins analys, som man försöker beskriva dessa uppsättningar av uppfattningar, alltså människors olika sätt att uppfatta olika företeelser (Dahlgren & Johansson, i Fejes & Thornberg, 2009). Inom fenomenografin är man alltså intresserad av att beskriva hur världen uppfattas av människor, vilket innebär att man inte är ute efter att förklaringar, samband eller frekvenser, utan det intressanta är just innebörden. Man vill på så sätt förklara hur något framstår och inte hur något egentligen är (Larsson, 1986).

#### 5.2.1. Fenomenografisk intervju

Då fenomenografin syftar till att beskriva hur människor uppfattar världen vill man främst göra det genom dennes språkliga uttryck men även till viss del genom dennes handlande. Den fenomenografiska studien använder därför främst intervju som metod med öppna frågor där intervjuarens uppgift är att avtäckta innehåll som kanske inte är synliga eller som intervjupersonen inte reflekterat kring (Kroksmark, 2007). I min egen studie har det därför varit intressant och användbart med tanke på att det finns lite forskning som berört problematiken kring hälsokunskap och fenomenet kunde på så sätt synliggöras genom de hälsoutbildades uppfattningar.

För att intervjun ska hålla god kvalitet anses det vara viktigt att intervjusituationen är gemensamt definierad av de inblandade aktörerna (Kroksmark, 2007). Människan bör uppsökas i sin situation så att intervjun blir kopplad till det ögonblick när den möter nytt innehåll. Det blir då viktigt att allt innehåll anpassas kontextuellt liksom meningsinnehållet

och det är därför ett villkor för att vi ska kunna beskriva vad en utsaga innebär. Det är alltså i intervjukontexten som tillförlitligheten ligger (Kroksmark, 2007).

Intervjun börjar oftast med en inledningsfråga som ska karaktäriseras av en öppen fråga och därefter fortsätter intervjun så gott som ostrukturerat. Det gör att intervjun får en personlig prägel och kräver att intervjuaren har en innehållslig kunskap och en lyhördhet för vad intervjupersonen faktiskt säger och menar och att kunna synliggöra detta. Vidare är en utgångspunkt inom fenomenografin att den intervjuade tolkar frågorna i intervjun som äkta och vettiga och att de därför alltid svarar korrekt på frågor. Det kan ses som fenomenografins styrka, att man tar varandra på allvar, och det kräver därför att man ställer äkta och riktiga frågor, att de är formulerade så att de förstås och att det undersöks om den intervjuade har tolkat poängen med frågan (Kroksmark, 2007).

### 5.2.2. Fenomenografisk analys

I fenomenografin är det en central utgångspunkt att intressera sig för hur människor uppfattar sin omvärld och hur de handlar i enlighet med dessa uppfattningar. Kroksmark (2007) skriver liksom Marton & Booth (2000) att uppfattningen analytiskt kan ses som en intentional akt. Med akt avses ett tematiserat avgränsat innehåll. Med andra ord kan man säga att intentioner speglas i människors uppfattningar. Ur uppfattningen kan man då alltså utläsa medvetandeaktens riktning och fenomenet framträder då så som vi uppfattar det. I min studie är det ”problematiska användanden av hälsokunskap” som utgör fenomenet. Intentionaliteten i handlingen avgränsar handlingen så att den får en riktning. I mina respondenters uppfattningar om fenomenet framträder vad medvetandeakten är riktad mot. Uppfattningen består då dels då av ett handlande, *hur* det ter sig, och en tankeriktning, mot *vad* handlingen är riktad, vilka är oskiljbara i uppfattningen. I analysen går det dock att separera dessa och studera dem var för sig med syfte att tydliggöra deras relation. De utgör då två stycken analysenheter, den första med fokus på *hur* och den andra med fokus på *vad*. Med andra ord fokuserar den första analysen på kategorisering av uppfattningar och variationen mellan dessa med handlingsaspekten i fokus. Den andra analysen fokuserar istället intentionaliteten och relationen mellan kategorierna som utgångspunkt för vad medvetandeakten är riktad mot i uppfattningen.

Den fenomenografiska analysen sker direkt ur det transkriberade talet, och det är när det talande ordet överförs till text som tolkandet fångas i kvalitativa skilda beskrivningskategorier (Kroksmark, 2007). Transkriberingen är en tidskrävande process, men en viktig del i bearbetningsprocessen (Larsson, 1987). Forskaren gör redan där ett aktivt val av aspekter eller dimension i innehållet och forskaren har därför i allmänhet rätt till tolkning, upptäckt och benämning av kategorierna och hur de ska analyseras, beskrivas och ordnas. Det viktiga är att kunna visa på att tolkningarna och kategorierna utgår ifrån det syfte som forskningen har att undersöka, samt att resultaten utgörs av individernas gestaltningar av innebörden i fråga. Det bör därför presenteras vad som är forskningens fokus och tolkningens referensramar och hur de kan relateras till kategorierna samt till innehållet (Kroksmark, 2007).

Ett sätt att beskriva uppfattningar är att det är den oreflekterade grund på vilket våra åsikter vilar. Uppfattningarna blir på så sätt det individen utgår från är en sann beskrivning av verkligheten och det är skillnaderna i dessa uppfattningar som man genom analys kategoriserar. Kategorierna gör det även möjligt att uppmärksamma skilda föreställningar om mekanismer bakom fenomen (Kroksmark, 2007). Det är i fenomenografins *utfallsrum* som uppsättningar av uppfattningar beskrivs, alltså människors sätt att uppfatta olika företeelser

(Dahlgren & Johansson, i Fejes & Thornberg, 2009). I min egen studie blev det då möjligt att belysa, genom skillnader i hälsoutbildades uppfattningar av ”problematiska användanden av hälsokunskap”, skilda föreställningar om vad som låg bakom dessa uppfattningar.

Då fenomenografin har en induktiv utgångspunkt, vilket innebär att man på förhand inte har en bestämd teori om fenomenet, gör att man vill förstå innebörden av analysinnehållet utan att översätta det med hjälp av tolkningsmöjligheter (Kroksmark, 2007). Det här kan ses som en problematik kring en fenomenografisk ansats på så sätt att vi inte bör översätta det vi analyserar till vårt eget sätt att tänka, vilket är något vi ofta gör (Larsson, 1986). Dock menar Larsson (1986) att det finns olika sätt att tänka på en och samma sak och man kan därför utnyttja alla olika perspektiv som tolkningsmöjligheter. Det blir på så sätt viktigt att man har en ingående kännedom om fenomenet i fråga (Larsson, 1986). I min egen studie såg jag det därför viktigt att ha en kännedom om ”problematiska användanden av hälsokunskap”. Det bidrog därför till att jag redogjorde för några perspektiv på ”problematiskt användande av hälsokunskap”, lärande och hälsa/ohälsa som jag kunde utnyttja vid analysprocessen.

### 5.3. Studiens design

Min egen studie inspirerades av fenomenografin som är en kvalitativ ansats och metoden för datainsamlingen var intervju. Då syftet med studien var att belysa hälsoutbildades uppfattningar av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” såg jag att en fenomenografisk ansats lämpade sig. Studien fokuserade på *andra ordningens perspektiv*, alltså hur något uppfattas vara utifrån levd erfarenhet och livsvärld (Kroksmark, 2007). Studiens empiri samlades in genom intervjuer där dessa uppfattningar av fenomenet analyserades.

Analysen skedde parallellt med att empirin samlades in och sammanställdes i kvalitativa beskrivningskategorier där strävan var, i enighet med fenomenografin, att kategorierna av uppfattningar skulle vara kvalitativt skilda åt. Det innebär att de bör representera skilda sätt att föreställa sig något (Larsson, 1986). Kategorierna samlades till sist ihop till en helhet som kunde beskriva hur de hälsoutbildade uppfattade det studerande innehållet i kollektiv mening. Dessa beskrivningskategorier knöts an till fenomenografins *hur* fråga. Genom vidare analys av dessa uppfattningar urskiljdes aspekter som har betydelse för medvetandeaktens riktning. Dessa aspekter utgjorde fenomenografins *vad* fråga.

Metoden såg förenklat och rent praktiskt ut som följande:

1. Ett urskiljande av företeelse i omvärlden
2. Aspekter av företeelser valdes ut, där forskningsobjektet blev andra ordningens perspektiv (den subjektiva världen).
3. Intervjuerna som utgick från individernas uppfattningar av företeelsen genomfördes, vilket blev den empiriska grunden.
4. De inspelade intervjuerna skrevs ner ordagrant
5. De skriftliga utsagorna analyserades
6. I analysen skiljdes delar från helheten och beskrevs kvalitativt skilda sätt att uppfatta fenomenet, vilket vidare resulterade i olika beskrivningskategorier.
7. Beskrivningarna samlades till en helhet som beskrev hur människor uppfattar det studerande innehållet i kollektiv mening och som beskrevs i *utfallsrummet*.

## 5.4. Deltagare

Valet av deltagarna i studien gjordes främst utifrån kriterier av att de själva skulle ha en utbildning inom hälsa, och på så sätt anses ha hälsokunskap. Vidare var ett kriterium att deltagarna skulle besitta olika kunskapsområden eller arbetsområden i förhållande till hälsa, då man inom fenomenografin strävar efter att hitta skillnader i uppfattningar av fenomenet (Larsson, 1986). Jag valde därför att, genom kontakter, höra mig för om deltagare som kunde vara relevanta och intressanta utifrån dennes hälsokunskap och arbetsområde. Det resulterade i tio stycken intressanta deltagare och det skickades därför ut informationsbrev till dessa (se bilaga 1), där hälsoyrkena var varierade så som hälsopedagog, kostrådgivare, idrottspedagog, personlig tränare och folkhälsovetare. Av 10 intressanta deltagare svarade 7 hälsoutbildade att de kunde ställa upp på en intervju. 5 av dessa bokades in för intervju och när dessa var genomförda inkluderades ytterligare en deltagare i studien för att se om skillnaderna börjar upprepa sig, då man som man kallar det nått mättnad. Det betyder att ytterligare intervjuer inte bidrar till ny kunskap och resultatet blir mättat. Det kan ses som ett sätt att säkerställa mättnadsnivån, då det är svårt att säga var mättnadsnivån ligger på förhand (Ahrne & Svensson, 2011). Det är därför inom kvalitativ forskning en fördel att man inte på förhand behöver bestämma hur många man ska intervjua, utan en bra strategi är att varva intervju med analys (Ahrne & Svensson, 2011). Då fenomenografin just bygger på att analysen sker i samband med empirin gjorde att jag kunde se när upprepningar blev synliga och på så sätt när resultatet var mättat. Det gjorde att jag valde att inte inkludera fler deltagare i studien och slutligen blev det 6 deltagare som medverkade.

## 5.5. Genomförande

*Här presenteras studiens genomförande av intervju och analys.*

### 5.5.1. Intervju

Empirin samlades in genom intervjuer som är fenomenografins främsta metod. Intervjuguiden (se bilaga 2) utgick från öppna frågor för att försöka avtäcka innehåll som kanske inte var synliga eller som intervjupersonen inte reflekterat kring (Kroksmark, 2007). När man frågar om uppfattningar behöver det inte vara helt tydligt för individen vad dessa innebär. Det är därför viktigt inom fenomenografin att man ställer frågor som kan göra dessa uppfattningar synliga och det kan därför vara en fördel om man frågar individen hur den själv brukar göra, tänka eller handla, osv. Genom att de får berätta utifrån sig själva kan uppfattningarna bli synliga (Kroksmark, 2007). Intervjuns strukturerade frågor formulerades på ett enkelt sätt så att de skulle vara lätta att förstå och på så sätt inte misstolkas av intervjupersonen. Det är något som anses viktigt inom den fenomenografiska studien då det menas att den intervjuade alltid tolkar frågorna i intervjun som äkta och vettiga och därför ger svar som den anser är äkta och vettiga i förhållande till frågan (Kroksmark, 2007). Samtliga 6 intervjuer ägde rum på plats som intervjupersonen föreslagit, vilket var kontorslokaler, caféer och konferenssalar. Att intervjuerna ägde rum på gemensamt definierad anses som viktigt för att intervjun ska hålla god kvalitet (Kroksmark, 2007). Intervjuerna pågick mellan 40-55 min och avslutades när intervjupersonen uttryckte sig om att den inte hade något mer att tillägga. Samtliga intervjuer spelades in i samtycke med intervjupersonen. Liksom den fenomenografiska intervjun inleddes intervjun med en strukturerad fråga och följde sedan en mer öppen karaktär, där jag endast använde mig av 4 övergripande frågeteman (hälsa, livsstil, hälsokunskap och problematiken kring begreppen).

För att minimera risken för att något som studien hade till syfte att belysa skulle bli bortglömt och då jag ansåg att min erfarenhet som intervjuare var begränsad valde jag att formulera ytterliggare ett antal strukturerade frågor inom de övergripande kategorierna som stöd i min intervjuguide. Dessa markerades med röd färg i intervjuguiden (se bilaga 2). Under första intervjutillfällena utgick intervjuguide från de övergripande teman och de strukturerade frågorna som fanns till hjälp för att stödja intervjusituationen. De strukturerade frågorna kom inte till användning under intervjutillfället, då samtalet flöt på av sig själv, och togs därför bort under de resterande intervjuerna. Under resterande intervjuerna var bara de övergripande teman med för att stödja intervjusituationen. Det gör att det är svårt att i detalj beskriva hur respektive fråga ställdes, då varje intervju var unik och då det var samtalets innehåll som styrde frågorna. Under första intervjutillfället fördes även minnesanteckningar under de första fem minuterna, men det var något som tog fokus och koncentration från intervjusituationen på så sätt att jag uppfattade det som svårare att fokusera på den intervjuades svar samt att den intervjuades blickar riktades mer mot anteckningarna än mot mig. Anteckningsblock och penna användes därför inte i de resterande intervjuerna men fanns ändå med under alla intervjuerna för att kunna vara till hjälp.

### 5.5.2. Analys

Analysen grundades på den fenomenografiska analysprocessen vilket på så sätt gjorde att den skedde i samband med att empirin skrevs ner till text (Kroksmark, 2007). Intervjuerna transkriberades ordagrant till text efter varje intervjutillfälle och stycken som var relevanta mot studiens syfte, *att belysa variationer av hur hälsoutbildade uppfattar fenomenet "problematiska användanden av hälsokunskap"* samt studiens första frågeställning, *vilka variationer av fenomenet "problematiska användanden av hälsokunskap" beskriver de hälsoutbildade?*, markerades i färg. Dessa stycken innefattade intervjupersonernas uppfattningar av hälsa, livsstil, hälsokunskap, lärande och problematiken kring begreppen. Vidare lästes intervjuerna igenom flera gånger för att tolka intervjuernas helhet och vidare identifiera dess enskilda delar. Dessa delar klipptes sedan ut och klistrades in i ett nytt dokument där de sammanställdes i kvalitativt skilda sätt att uppfatta fenomenet. Dessa sammanställdes åter igen i en helhet som beskrev hur intervjupersonerna uppfattar det studerande innehållet i kollektiv mening. Vidare analyserades materialet mot fenomenografins *hur* aspekt, hur något ter sig. Med andra ord fokuserar den första analysen på kategorisering av uppfattningar och variationen mellan dessa med handlingsaspekten i fokus, vilket slutligen resulterade i 5 kvalitativt skilda beskrivningskategorier av "problematiska användanden av hälsokunskap".

Vidare analyserades uppfattningarna inom beskrivningskategorierna på nytt för att svara på studiens andra frågeställning, *vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet?* Varje uppfattning inom de olika beskrivningskategorierna markerades med varsitt nummer som kom att analyseras var för sig samt i relation till varandra. Varje nummer och uppfattning syftade till att lösa ut uppfattningens *Vad* aspekt, medvetandeaktens riktning. Med andra ord fokuserade den andra analysen på intentionaliteten och relationen mellan kategorierna som utgångspunkt för vad medvetandeakten är riktad mot i uppfattningen. Genom analysen kunde det urskiljas 5 betydelsebärande kategorier för medvetandeaktens riktning.



## 5.6. Forskarens roll

Jag själv studerar just nu hälsopedagogik vid högskolan i Halmstad, och har på så sätt egen erfarenhet och kunskap kring ämnet hälsa och ohälsa. Jag har även haft människor i min närhet som jag uppfattar haft en problematisk relation till kost och träning, vilket har gjort att jag har kommit att ifrågasätta kunskapens och lärandets betydelse för denna problematik. Jag menar därför att min kunskap om fenomenet är kopplad till den erfarenhet jag har kring studiens fenomen och kan på så sätt vara något som påverkat bland annat studiens tolkningar och analyser av hälsoutbildades uppfattningar.

Den fenomenografiska studien har en induktiv ansats, vilket innebär att man på förhand inte har en bestämd teori om fenomenet i fråga (Kroksmark, 2007). Forskaren bör därför sätta sina egna antaganden, trosföreställningar och omdömen inom parentes och på så sätt befria forskningen från ontologiska och epistemologiska antaganden om människan i världen. Ofta analyserar vi och översätter saker i vår omgivning till vårt eget sätt att tänka, vilket gör att det kan råda en viss problematik genom att försöka studera den levda världen fritt så som den uppfattas och erfars (Kroksmark, 2007). Då jag utifrån min erfarenhet, den tidigare forskningen och bakgrunden som finns kring mitt studieområde, menar jag gör att jag även kan ha gjort vissa antaganden om den. Jag har i största möjliga mån försökt att sätta dessa faktorer inom parentes. För att inte utgå ifrån att det bara finns ett sätt att studera detta fenomen på, utan ge möjlighet till en bredare tolkning, valde jag att fördjupa mig i olika teorier kring fenomenet. På så sätt menar jag att jag inte bara hade *en* föreställning om människan i världen, utan att den kunde uppfattas och tolkas på flera olika sätt. Larsson (1986) menar att det finns olika sätt att tänka på en och samma sak och man kan därför utnyttja alla olika perspektiv som tolkningsmöjligheter. Det blir på så sätt viktigt att man har en ingående kännedom om fenomenet i fråga (Larsson, 1986). Jag såg därför, i min egen studie, det som viktigt att ha en kännedom om ”problematiska användanden av hälsokunskap” som kunde utnyttjas vid tolkningsprocessen.

En vidare problematik kring mina egna antaganden om människan i världen är att det kan ha bidragit till att forskningens empiri disciplinerar de teoretiska sammanhangen (Ahrne & Svensson, 2011). Det skulle på så sätt kunna ha bidragit till att jag som intervjuare även disciplinerades av mina antaganden och på så sätt vägledde och styrde intervjupersonen i sina svar. Relationen mellan forskaren, intervjuaren, och intervjupersonen är alltid central inom kvalitativ intervju och det kräver på så sätt att den sker under förtroende och samspel mellan individerna. Det är därför viktigt att intervjuaren har en öppen och förtrolig inställning för att relationen ska bli djupare. En viktig aspekt som kan bidra till denna djupare relation är att intervjuaren visar sitt intresse för intervjupersonens berättelser samt att intervjun bygger på en flexibilitet (Ahrne & Svensson, 2011). Det blev därför i min egen studie relevant att använda mig av en öppen intervju, då den möjliggjorde ett friare samtalsflöde.

## 5.7. Etik

Redan vid första kontakt med intervjupersonerna informerades de om studien syfte, vilken deras roll skulle komma att bli i studien, samt att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under processens gång, vilket på så sätt gör att jag följde *informationskravet* (Vetenskapsrådet, 2002). Vidare utifrån *samtyckeskravet* såg jag till att intervjupersonen samtyckte till att delta, och att de visste att de hade möjlighet att påverka sitt deltagande på så sätt att de hade rätt att påverka hur länge de ville delta och på vilka villkor de samtyckte till deltagandet (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa villkor fanns även med under själva intervjusituationen på så sätt att de intervjuade hade rätt att välja själv om den inte ville svara

på någon av frågorna om de på något sätt kände att de berörde för privata och känsliga områden. Intervjupersonerna informerades om att de enda uppgifter om deras identitet som skulle synliggöras i studien var vilken typ av hälsokunskap de besitter, samt vad de arbetar med. Bortsett från det informerades de om att alla andra uppgifter de gav om sig själva och som kunde ha betydelse för identifiering skulle ges största möjliga *konfidentialitet*. Vidare informerades det utifrån *nyttjandekravet* att den information som lämnades vid studien enbart skulle användas i min egen forskning och därför inte lämnas ut på något sätt i andra sammanhang (Vetenskapsrådet, 2002).

Vidare var jag noggrann med att inte låta mina egna etiska ställningstaganden göra sig synliga under själva intervjusituationen, eller på något sätt nedvärdera intervjupersonens svar. Det tror jag blir extra viktigt i sammanhang när intervjupersonerna berättar om saker som berör deras privatliv och på så sätt deras sätt att värdera och uppfatta verkligheten. Jag försökte istället att uppmuntra och stödja intervjupersonen vid intervjusituationen genom att visa mig intresserad och engagerad. I resultatet har jag av etiska skäl även valt att inte ta med eller att klippa bort delar av citat där individen beskriver situationer, personer, eller erfarenheter som kan kopplas till dennes identitet.

## 5.8. Trovärdighet/överförbarhet/pålitlighet

Då mitt syfte var att beskriva uppfattningar, menar jag att en kvalitativ metod i form av intervjuer var en lämplig metod. Det möjliggör att studera fenomenet mer intimt och ingående och på så sätt kunna spegla individernas uppfattningar tydligare (Ahrne & Svensson, 2011). Det menar jag ökade att jag fick trovärdiga resultat i forskningen. Då jag som tidigare nämnt valde att studera uppfattningar så anser jag vidare att jag genom en löst strukturerad intervjuguide med mestadels öppna frågor kunde använda de löst strukturerade frågorna till att beröra just uppfattningar, vilket bidrog till att jag kunde hålla fokus under intervjutillfället. Det påverkade på så sätt att jag kunde hålla mig till syftet, vilket har en betydelse för studiens överförbarhet och på så sätt öka möjligheten för att samma studie skulle kunna användas i andra sammanhang och ge lika resultat (Ahrne & Svensson, 2011). Inom fenomenografin menas det även att för att kunna rättfärdiga de beskrivningar av intervjupersonernas uppfattningar att det är till fördel att intervjuaren under intervjusituationen bekräftar hur den tolkat intervjupersonens svar. Intervjupersonen kan sedan ge synpunkter på intervjuarens tolkningar och bekräfta dessa som riktiga, vilket menas stärka studiens tillförlitlighet (Kroksmark, 2007). Det var något som jag ofta gjorde genom att fråga intervjupersonen om jag uppfattat svaret riktigt och med följdfrågor som utgick från dessa riktiga svar. Det är dock viktigt att intervjuaren inte bara bekräfta allt som intervjupersonen säger, utan även ställa motfrågor (Kroksmark, 2007). Det var också något som skedde under intervjusituationerna på så sätt att jag kom att ifrågasätta vissa svar med hur intervjupersonen svarat tidigare på liknande frågor. Motfrågor menas kunna etablera ett sätt att urskilja och förstå fenomenet, vilket på så sätt kan bidra till ny kunskap om det (Kroksmark, 2007).

Vidare anser jag att det viktigt att begreppen som får betydelse för analysen är relevanta mot syftet och då jag hade som avsikt att studera uppfattningar bidrog till att jag försökte utgå ifrån flera perspektiv på begreppen och på så sätt bredare tolkningsmöjligheter. Intervjuerna ägde rum på gemensamt definierad plats då det anses att om intervjun ska hålla god kvalitet är det viktigt att intervjusituationen är gemensamt definierad av de inblandade aktörerna (Kroksmark, 2007). Kroksmark (2007) menar att det är i intervjukontexten som trovärdigheten ligger på så sätt att ett villkor för att vi ska kunna beskriva vad en utsaga innebär är att innehållet anpassas till den kontext vi befinner oss i.

## 6. Resultat

*Inledningsvis kommer jag att ge en kort översikt av studiens resultat, där utfallsrummet i sin helhet presenteras. Vidare följs översikten av avsnittet Utfallsrummet där resultatet presenteras i två olika delar samt dess tillhörande beskrivningskategorier tydliggörs. Beskrivningskategorierna i utfallsrummets första del riktas till studiens första forskningsfråga; vilka variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” beskriver de hälsoutbildade, och kommer att presenteras med stöd i citat från de hälsoutbildades uppfattningar. Utfallsrummets andra del riktas till studiens andra frågeställning: vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet, och kommer att presenteras med stöd av beskrivningar av relationer.*

Då syftet med studien var att *belysa variationer av hur hälsoutbildade uppfattar fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”* valde jag utifrån frågeställningarna att dela upp resultatet i två delar. Den första delen utgjorde utgick från studiens första frågeställning: *vilka variationer av fenomenet problematiska användanden av hälsokunskap beskriver de hälsoutbildade?*

Genom analysen av de hälsoutbildades uppfattningar skapades 5 kvalitativ skilda beskrivningskategorier och presenteras nedan:

Kategori A: När hälsokunskap blir individens redskap till en målbild som bidrar till ohälsa

Kategori B: När vår kunskap om hälsa begränsar vårt sätt att leva

Kategori C: När vi blir fanatiska i vårt kunskapssökande

Kategori D: När hälsokunskapen vi använder inte är anpassade efter individen

Kategori E: När vi glömmer bort oss själva i all hälsokunskap

Beskrivningskategorierna presenteras mer ingående i *utfallsrummets* första del.

Vidare syftade den andra delen av *utfallsrummets* resultat till studiens andra frågeställning: *vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet?* Analysen utgick från studiens första del där relationerna inom de 5 beskrivningskategorierna kom att utgöra nya kategorier för vad de hälsoutbildade riktar medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet. Det skapade 5 nya kategorier som presenteras nedan:

1. Medvetandeakten riktas mot målet
2. Medvetandeakten riktas mot att göra rätt
3. Medvetandeakten riktas mot att utvecklas
4. Medvetandeakten riktas mot att ha/få kontroll
5. Medvetandeakten riktas mot att passa in

Kategorierna av medvetandeakten presenteras mer ingående i *utfallsrummets* andra del.

### 6.1. Utfallsrummet

*I utfallsrummets första del beskrivs de 5 beskrivningskategorierna som uppkom ur empirin och utgör variationer av hälsoutbildades uppfattningar av fenomenet problematiska användanden av hälsokunskap, vilket utgår från studiens första frågeställning. I utfallsrummets andra del beskrivs de 5 kategorierna som utgör vad de hälsoutbildade riktar medvetandeakten mot i uppfattningar av fenomenet problematiska användanden av*



*hälsokunskap, vilket utgår från studiens andra frågeställning.*

### 6.1.1. Problematiska användanden av hälsokunskap

De empiriska beskrivningskategorierna utgör de hälsoutbildades uppfattningar av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” i kollektiv mening, där aspekter av fenomenet visade sig i empiriskt sammanhållna kategorier, har gjort att en eller flera personer kan ha uttryckt sina uppfattningar på lika vis. Då intresset låg i att beskriva variationer valdes bara vissa citat ut ur empirin som bidrog till variationen och jag vill även poängtera att citaten endast erbjuder små glimtar av det totala materialet som har analyserats och tolkats utifrån dess helhet. Min avsikt är att det ska ge läsaren en möjlighet att följa med i resonemangen och ta ställning till de beskrivningar och tolkningar som gjordes.

#### Kategori A: När hälsokunskap blir individens redskap till en målbild som bidrar till ohälsa.

Ett problematiskt användande av hälsokunskap visar på en variation där det uppfattas vara när individen använder kunskap om hälsa som ett redskap för att nå sina mål där målbilden skapar en form av ohälsa för individen. Variationen av uppfattningarna visar att målbild kan vara en central aspekt för motivation och till hur individen väljer att leva sitt liv. Det uppfattas som att målbilden kan utgöra en problematik och en risk för hälsan. Inom kategori A är målbilden varierande och beskrevs som: *Målbilden är något annat, Målbilden är kroppslig och Målbilden är hälsan.*

#### Målbilden är något annat

En variation som uppkommer i empirin är att målbilden inte riktas till hälsan utan till något annat.

*”... det kanske inte är liksom att vi ska vara hälsosamma som vi rör på oss för då hade vi nog rört på oss mer liksom i allmänhet, utan vi tränar för att man ska uppnå något annat liksom...”(1)*

Citatet visar en uppfattning av att hälsan inte alla gånger är vårt mål, utan att det kan finnas en annan målbild som eftersträvas.

*- Elitidrotten är ju inte alla gånger hälsosam i och med att man tränar eh.. för mycket många gånger (...)så där är ju inte drivkraften att uppnå hälsa eller att uppnå eh.. för liten vikt eh, eller för att uppnå för mycket muskler för det hindrar dem i sitt idrottsutövande då.. då blir du inte så bra fotbollsspelare om du bygger för stora muskler*

*- Hur menar du att hälsokunskapen blir central i detta?*

*- Eh, jo men då måste de ju få med sig kost och vila och eh, återhämtning och rätt mängd träning utefter vad de har för målsättningar.(2)*

Dialogen visar på att målbilden kan ligga bortom hälsan som primärt mål och innefatta andra mål som tävlingsframgång. Det synliggör att för att nå dessa mål måste individen överdriva träningen så att den inte längre är hälsosam.

#### Målbilden är kroppslig

Citatet nedan visar på en uppfattning där målet innebär att bygga muskler så snabbt som möjligt

*”... när jag var 16-17 så tränade jag ganska mycket styrketräning, jag och några kompisar och eh, då blev vi ganska fokuserade på hur vi skulle träna rätt och hämta kunskaper om att bygga muskler så snabbt som möjligt ...”(3)*

Uppfattningen visar på att kunskapen används som redskap för att kunna uppnå dessa mål. Det visar sin tur på att individen sökte sig till den form av kunskap som så effektivt som möjligt kunde möjliggöra att denne uppnådde sina mål.

Vid sidan om muskelbygge är viktnedgång ett liknande skäl.

*”... men eh, den perioden som jag gick ner så mycket i vikt... så gjorde jag ju det väldigt snabbt och då var jag ju ganska fanatisk under den perioden att hitta kunskap som kunde hjälpa mig, och det var några månader som jag tränade väldigt, väldigt mycket och åt extremt lite... men då var ju liksom inte heller målet att vara hälsosam...”(4)*

Citatet visar på en erfarenhet av en målbild som syftar till en viktnedgång, där den hälsoutbildade beskriver att denna målbild inte är att vara hälsosam. Den hälsoutbildade beskriver sig själv som fanatisk i sitt sökande efter kunskap för att nå sin målbild. Vidare visar uppfattningen att för mycket träning och för liten kost beskrivs som ohälsosamt.

### **Målbilden är hälsan**

Citatet nedan visar på en företrädd uppfattning där målet framträds som riktat mot hälsa men som på grund av att det överdrivs ändå bidrog till ohälsa.

*”... men är jag inne på en grej liksom som jag vill veta mer om så kan jag hålla på ganska länge, då kan jag bli ganska, lite manisk så, alltså i informationssökandet, alltså att leta väldigt mycket... ett tag var det var extremt, eh när jag ville liksom bli sådär superhälsosam... men det blev för mycket träning för mycket att äta rätt och göra rätt, alltså det blev för mycket fokus på hälsa som inte blev hälsosamt...”(5)*

Uppfattningen synliggör ett mål som beskrivs som ”superhälsosam” och där kunskapssökandet för att uppnå detta mål beskrivs som extremt och maniskt. Erfarenheten synliggör att detta mål uppfattas vara ohälsosamt genom för mycket träning, för mycket fokus på att göra ”rätt” och för mycket fokus på hälsan.

### **Sammanfattning**

Citaten och dialogen inom kategori A visar sammanfattningsvis på att det behövs kunskap för att uppnå sin målbild. Vidare visar det på att det inte behöver vara målet i sig som är ohälsosamt, utan det var vägen dit som kan skapa ohälsa för individen.

### **Kategori B: När vår kunskap om hälsa begränsar oss i att leva**

Ett problematiskt användande av hälsokunskap uppfattas vara när individens kunskap om hälsa styr individens liv på ett sätt som kan begränsa denne i att uppnå hälsa. Uppfattningarna visar på variationer av vad som uppfattas begränsas i individens liv så att hälsan inte går att uppnå. Kategori B innefattar uppfattningar av begränsningar som: *Begränsningar i sociala livet, Begränsning i arbetslivet, Begränsningar i nöjen, Begränsningar på sig själv och Begränsning i att kunna äta*

### **Begränsningar i sociala livet**

En variation som kommer till uttryck genom de hälsoutbildade beskrivs som när det sociala livet begränsas.

*”... för jag kan tycka att de som satsar på att, som bodybuilding då att de väger sin mat och de kan väldigt mycket och då bara kan äta vissa tider, de påverkar dras partner så att de inte kan äta tillsammans eller äta samma mat... ja de kanske inte kan gå iväg för då kan de inte äta för om de ska ut i skogen kan de inte ta med sig matlådan..., alltså det förhindrar ju livet...”(6)*

Att vara begränsad av sin kosthållning beskrivs kunna påverka både individen och dennes sociala relationer och uppfattas som ett förhinder av livet. Nedan visar på en uppfattning där det sociala livet även begränsas genom individens kunskap som bidrar till ett val av att ”optimera sin hälsa”

*”... jag förstod ju då när jag visste det att jag behövde göra vissa val för att det skulle optimera min hälsa (...) det är klart att det påverkar ens sociala relationer, men återigen jag tycker att det är värt det jag mår bättre av att göra såhär än att inte göra det...”(7)*

Citaten ovan visar på en uppfattning där kunskapen om hälsa bidrar till att denne begränsas av sin kosthållning och i sina sociala relationer och en uppfattning om att de sociala relationerna påverkas av att individen måste göra vissa val för att kunna ha en god hälsa.

### **Begränsning i arbetslivet**

En ytterligare skillnad som syftar till begränsningar uppfattas vara när individen begränsas i att utföra sitt arbete av sin hälsokunskap

*”... som jag säger att om den påverkar så att man kan knappt arbeta ett arbete för att man måste äta var tionde minut om, då kan man ju inte utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt om man måste gå och äta hela tiden och då är frågan att om maten och sömnen gör att det påverkar privatlivet eller yrkeslivet eller någonting då är det inte hälsosamt...”(8)*

Citatet visar på en uppfattning som beskriver hälsokunskapen som en problematik kring vår livsstil, som påverkar individens arbetssituation och individen sociala liv både i perspektiv från individen själv och i perspektiv från den sociala omgivningen. Uppfattningen lägger vikt vid att när man inte kan äta tillsammans med sin partner, eller när man inte kan utföra sina arbetsuppgifter förhindrar det livet och uppfattas vara ohälsosamt.

### **Begränsningar i nöjen**

En variation som beskriver begränsningar är när kunskapen begränsar individens nöjen, som att göra saker som att gå ut och äta.

*”... jag har valt en livsstil där jag är mer åt veganhållet och bara ekologiskt, närodlat för det vet jag är bra för mig, och det vet jag att det är inte många restauranger här i staden där jag bor som kan erbjuda mig det och därför måste jag... antingen får jag då välja att gå ut och äter på restaurang, ja då vet jag att det här påverkar mig, det kan påverka mig att jag att jag liksom kan bli svullen, eller*

*att kroppen säger ifrån på olika sätt som jag har lärt mig att tolka, eller så får jag skita i det och jag har valt att inte gå ut och äta, för det har inte hjälpt mig till bättre hälsa...”(9)*

Citatet av erfarenheten visar att valet handlar om att gå ut och äta eller att följa en viss kosthållning som uppfattas påverka individens hälsa. Hälsan uppfattas här vara viktigare än att göra denna handling.

### **Begränsning på sig själv**

Det blir också synligt i uppfattningarna att en variation av begränsningar syftar till att begränsa sig själv på grund av sin kunskap.

*”... det är bra att ha kunskap, men har man kunskap om saker och ting så kan man ofta, vad ska man säga man kan lägga lite begränsningar på sig själv, för att man vet vad som händer egentligen...”(10)*

Citatet visar att kunskapen om att veta vad som händer uppfattas begränsa individen.

### **Begränsningar i att kunna äta**

En skillnad i uppfattningar av begränsningar beskrivs som att inte kunna äta vad som helst och som att hälsokunskapen ökar medvetenheten till vad som är skadligt

*”... hälsokunskap påverkar mig ibland negativt för du vet så mycket, du vet så mycket om vad som händer när du stoppar i dig det här du vet vad som händer om du blandar det här med det här, så om vi bara tittar på en sådan kostkunskap så är det ibland jättejobbigt, faktiskt jättejobbigt med den kunskapen man har, för du vet för mycket vad som händer, så du vet liksom vad som händer, du vet vad som finns i den här produkten, du vet vad det gör med din kropp och du vet att det är skadligt...”(11)*

Kostkunskap beskrivs som en ”jobbig” kunskap som påverkar individen negativt. Vidare visar uppfattningar att kostkunskapen kan vara viktigare än att känna efter utifrån sig själv.

*”... Ja alltså jag tror nog lite att den påverkar för att man blir såhär... eh.. men man ska lära sig att vardagsmotionen är ju så viktig och så ska man träna det här och sen så de här fetterna är inte bra och socker är inte bra och ni ska inte göra det här och det här och sen så tar man in... istället för att liksom granska på något sätt också och känna efter utifrån sig själv så kör man på allting...”(12)*

Samtliga citat om att begränsas i att kunna äta visar på uppfattningar av att kunskapen om kost begränsar individens liv. Dessa begränsningar beskrivs på skilda sätt men kan sammanfattas som att när vi har kunskap om vad som händer i våra kroppar, när vi gör olika val, påverkar det att vi väljer att begränsa oss.

### **Sammanfattning**

Uppfattningarna visar att vår kunskap om hälsa begränsar oss i att leva. Begränsningarna beskrivs på skilda sätt som, *Begränsningar i sociala livet, Begränsning i arbetslivet, Begränsningar i nöjen, Begränsningar på sig själv och Begränsning i att kunna äta*

Uppfattningarna beskriver hälsokunskap som central och bidragande till att vi begränsas i livet, då vi vet vad vissa saker kan göra med våra kroppar. Det uppfattas leda till att vi väljer bort vissa faktorer som kan vara betydelsefulla för vår hälsa och vårt liv.

### Kategori C: När vi blir fanatiska i vårt kunskapssökande och kunskapsutvecklande

En central aspekt som blev tydlig i de hälsoutbildades uppfattningar var att en förutsättning för hälsa är att ha kunskap om vad som är hälsosamt. Kunskapen beskrivs på skilda sätt som att kunskap är oändlig och aldrig en sanning. Det uppfattas som en viss problematik, då kunskapen aldrig kan bli fullständig eller kan användas på samma sätt för alla individer och i alla sammanhang. Kategori C utgörs av skillnader i kunskapssökande och lärande som: *Viljan att lära sig mer, Lärandet tar aldrig slut, Lärande är ett intresse*

#### **Viljan att lära sig mer**

En skillnad som kommer till uttryck är individens vilja att lära sig mer.

*”... man vill alltid lära sig mer... ju mer man läser desto mer märker man att man kan ingenting, eh och det är en panikkänsla faktiskt...”(13)*

Viljan att lära sig mer uppfattas bidra till att individen uppmärksammar hur lite den kan. Nedan beskrivs det vidare att viljan av att lära sig mer utgår från att det finns för mycket att lära och att tiden inte finns.

*”... man märker hur mycket det finns att lära om människokroppen och egentligen så kan vi ingenting om människokroppen... så när vi pratar, alltså på den fronten så känner jag det att jag skulle vilja ha mer tid att kunna läsa på ännu mer, det finns så många mer utbildningar som jag vill gå (...) och för mig så finns det så mycket att läsa på om men tiden finns ju inte... alltså just den här panikkänslan av att jag skulle vilja ha så mycket mer tid till att lära mig mer grejer...”(14)*

Citaten visar på uppfattningar av att kunskapen alltid känns otillräcklig vilket beskrivs bidra till en panikkänsla. Uppfattningarna visar även på att det finns en strävan att vilja lära sig mer och utveckla sin kunskap men att tiden är ett hinder. Det visar på att tid är en aspekt som är central för lärande och på så sätt för att uppnå en större kunskap.

#### **Lärandet tar aldrig slut**

En problematik kring lärandet uppfattas även vara att lärandet inte tar slut

*”... det är väldigt svårt att dra en linje när det är fritid och när det är jobb... läser jag en artikel en kväll så vet jag inte om det är jobb eller om det är att jag är nyfiken som jag vill lära mig, så det blir ju såklart en del av min livsstil...”(15)*

Citatet visar på en uppfattning av att lärandet alltid pågår och att det utgör ett problem för individens sätt att kunna dra en linje mellan jobb och fritid. Lärandet uppfattas vara beroende av individens nyfikenhet till att lära sig mer, vilket beskrivs bidra till att lärandet blir en livsstil. Att lärandet aldrig tar slut synliggörs även i citatet nedan, men uppfattningen fokuserar mer på att det är individens arbete som gör det svårt att dra en linje mellan arbete och fritid

*"... min egen tjänst så har det inneburit väldigt mycket studier och det är ju något man får göra när man jobbar med det, så blir det att man varje dag läser någonting, så att det är ju en livsstil helt enkelt..."(16)*

Citaten beskriver erfarenheter av att söka kunskap om hälsa där tiden inte är ett hinder. Kunskapssökande uppfattas som en del av individens livsstil där linjen mellan fritid och arbetsliv uppfattas svår att avgöra. Citaten visar även på att yrket kan skapa en problematik kring att dra denna linje då yrket kräver att kunskapen hela tiden utvecklas.

### **Lärande är ett intresse**

En skillnad som visar sig är att lärandet av hälsa uppfattas vara roligt och engagerande vilket gör att individen kan bli fanatisk i sitt kunskapssökande

*"... ja tror att det är många som just inom hälsa eller sådana saker... när man är i och man tycker att något är väldigt roligt och man är väldigt engagerad i någonting, så blir man ju nästan lite fanatisk i sitt kunskapssökande och man missar sin lyhördhet..."(17)*

Citatet beskriver en uppfattning av att intresset för hälsa kan skapa ett fanatisk kunskapssökande. Detta kunskapssökande uppfattas påverka individens sätt att uppfatta sin lyhördhet.

### **Sammanfattning**

Uppfattningarna visar på att det finns en strävan efter att hela tiden utveckla sin kunskap om hälsa, då lärandet aldrig tar slut. Det i sin tur uppfattas bidra till att lärandet aldrig känns fulländat eller fullständigt och kan skapa en panikkänsla. Citaten visar även på uppfattningar av att kunskapssökande i sig kan bli en fanatisk handling som påverkar våra möjligheter till att skilja på arbetsliv och privatliv.

### **Kategori D: När hälsokunskapen vi använder inte är anpassade efter individen**

Att hälsokunskapen som vi använder i vårt liv är anpassad efter individens förutsättningar uppfattas vara en viktig aspekt för hälsan. Hälsokunskap som inte är anpassad efter individens förutsättningar och förmågor uppfattas kunna skapa en problematik för individens liv och uppfattas i vissa fall även kunna bidra till ohälsa. Det beskrivs på skilda sätt som att individen i sig är unik och som att kunskapen i sig är olika för alla. Variationerna beskrivs som: *Vi är olika och Det finns ingen hälsokunskap för alla*

### **Vi är olika**

Uppfattningarna som kommer till uttryck syftar även till individen i sig, och att alla är olika och på så sätt behöver använda olika former av kunskap.

*"... vi är olika individer och då behövs det olika sätt, alla ser inte likadana ut, vi har inte samma förutsättningar, och då ska man hitta sin väg och då är det bra att det finns olika former av kunskap..."(18)*

Citatet visar på en uppfattning av att kunskap är olika och måste anpassas efter individens förutsättningar. Det visar i sin tur på att det inte finns en typ av kunskap som är rätt för alla, utan vi måste hitta den kunskapen som är lämplig utifrån individen.

### **Det finns ingen hälsokunskap för alla**

Det uppfattas även som att kunskapen i sig kan vara olika och inte kan användas på samma sätt av alla

*... det är det som jag också har lärt mig eh genom då alltså min sjukdom som jag har haft att även om man är hälsosam så kan man ändå ha ohälsa, vilket då visade sig på mig att ja har levt hälsosamt men det funkade inte just för min kropp, den här normala, så som vi ska äta, så som vi ska träna.. så som vi får lära oss genom allting, genom sociala medier , det passade inte för mig för min kropp är skapt på ett sätt och jag är en speciell individ så att jag behöver anpassa träning och kost på ett annat sätt än vad kanske den andra motionären än vad kanske du måste göra eller vad min kund behöver göra... eh och det har jag lärt mig jättemycket utav...”(19)*

Citatet visar en erfarenhet där individen beskriver sin kunskap som normal och som en kunskap som riktar sig till alla individer. Erfarenheten visar även på att denna normala kunskap fick konsekvenser för individens liv, då kunskapen som användes inte var rätt anpassad efter dennes förutsättningar och förmågor. Det bidrog i sin tur till ohälsa och sjukdom för individen.

### **Sammanfattning**

Uppfattningarna visar på att när kunskapen som används inte är anpassad efter individens förmåga och förutsättningar kan det skapa ohälsa. Skillnaderna pekar på att det är kunskapen i sig som inte är anpassad och att det är individen i sig som är unik och därför inte uppfattas kunna använda en allmän kunskap.

### **Kategori E: När vi glömmer bort oss själva i all hälsokunskap**

Det uppfattas vara viktigt att individen själv är uppmärksam på när kunskapen blir en allt för central del i livet på så sätt att den tar ett steg tillbaka och reflekterar över sin situation. I kategori E utgörs variationerna av hur hälsokunskapen gör att vi glömmer bort oss själva utifrån: *Allt man tänker på är hälsan, Slutar lyssna på sig själv, Slutar granska och reflektera*

### **Allt man tänker på är hälsan**

En variation som kommer till uttryck är att kunskapen om hälsan kan vara för central i våra tankar, vilket uppfattas utgöra ett problem för annat som kan värderas i livet

*... det är ju det enda jag tänker på träning och kost för det har jag lärt mig att man ska och eh men det finns mycket annat som man kan värdera i livet...”(20)*

Citatet visar på en uppfattning av att det är viktigt att få perspektiv på sin tillvaro. Uppfattningen visar på att hälsan kan påverka oss att glömma bort andra saker i vårt liv som är värdefulla för oss.

### **Slutar lyssna på sig själv**

Det uppfattas även vara ett problem när hälsokunskapen påverkar att individen slutar lyssna till sig själv och kroppens signaler.

*”... vi lyssnar inte på hungerskänslor, vi lyssnar inte mättnadskänslor, vi lyssnar inte på när vi är trötta, vi lyssnar inte på vätskeintaget, alltså utan vi kör, för det är det vi vet...”(21)*

Citatet visar på en uppfattning där vi slutar lyssna på oss själva och som riktas till den instinktiva sidan. Vidare visar nedanstående citat på en beslutsamhet som gör att kroppen ”körs över”

*”... ja men du vet saker som är bra och ska vi liksom träna, ja då ska vi träna, och har vi bestämt oss för att träna så har vi bestämt oss för att träna, och är inte kroppen riktigt med där, du kanske inte har sovit, du kanske inte har ätit tillräckligt, men ändå så ska du gå ner och pusha dig på ett träningspass när du egentligen då bara skulle lyssnat på kroppen liksom bara, nå men vila istället...”(22)*

Citaten visar på uppfattningar av att kunskap och strävan efter att vara hälsosam ibland kan göra att vi glömmer bort att lyssna till oss själva och vår instinkt. Det uppfattas också som ett sätt att köra över kroppens signaler när den egentligen skulle behöva vila.

### **Slutar granska och reflektera**

En skillnad uppfattas vara att kunskapen påverkar individens reflektion till sig själv och som utgör ett problem för livet.

*”... jag flyttade ju hem sen efter att jag hade gått färdigt hälsoutbildningen så flyttade jag tillbaka till där jag är uppvuxen och då mina gamla vänner var såhär men vad håller du på med, vad gör du? och då ba, men just det! och sen vad hände liksom? men man sugs in i det utan att stanna upp och reflektera, så det tror jag är lätt hänt...”(23)*

Citatet visar på en uppfattning a när man sugs in i ett kunskapssammanhang och inte stannar upp och reflekterar. Citatet nedan visar på en uppfattning när hälsokunskapen utgör ett problem för reflektionen kring sina egna känslor.

*”... man bara sväljer allting och så kör man och sen så vill man inte lyssna in något och känna hur man själv mår och så, så tror jag att det kan vara en miss liksom att det blir ett fel...”(24)*

Vidare visas ytterliggare en skillnad kring hälsokunskapens betydelse för reflektionen som uppfattas vara när individen slutar vara kritisk till informationen.

*”... det är liksom alltid upp till vad jag lägger in och vad jag värderar och vad jag väljer att tro på och vad jag känner och sådär... starka individer kan ju liksom säga ja men det är så.. okej, de säger ju att de är så och är man inte källkritisk eller reflekterande som människa så sväljer man ju det.. och det är farligt...”(24)*

Citatet visar på att kunskapen om hälsan är farlig om man inte källkritisk eller reflekterande, och att det menas kunna skapa en problematik för individens liv. Reflektionen som visa nedan uppfattas även vara riktad till göra sig medveten om att det som uppfattas vara rätt inte alltid



är rätt

*”... ju mer man vet ju mer tycker man att man gör rätt och sen så liksom uppfattar man inte att man kanske inte mår så bra egentligen, jag har själv varit där, jag har gjort allt rätt men jag mådde egentligen inte bra... inte alls faktiskt...”(25)*

Citatet visar på en uppfattning av att tilliten till att göra rätt väger tyngre än att reflektera över vad som känns rätt.

### **Sammanfattning**

Citaten kring att vi slutar granska och reflektera visar på uppfattningar av att kroppens signaler är en viktig aspekt att ta hänsyn till och att vara uppmärksam på om vi vill uppnå hälsa. Citaten visar även på att det krävs en lyhördhet och en reflektion kring sin situation och till kroppens signaler för att vi ska förstå och få insikt i vad vi egentligen mår bra av. Uppfattningar synliggör att kunskapen om vad som är hälsosamt kan bidra till att vi slutar lyssna på signaler från oss själva och istället lyssnar på kunskapen i sig i tron om att vi handlar på ett sätt som gör oss hälsosamma. Vidare beskriver uppfattningarna att den kunskap vi tror är hälsosam och som vi använder kan vara farlig för vår hälsa.

### **Sammanfattning av ”problematiska användanden av hälsokunskap”**

#### **Kategori A: När hälsokunskap blir individens redskap till en målbild som bidrar till ohälsa**

Ett problematiskt användande av hälsokunskap visade på en variation där det uppfattades vara när individen använde kunskap om hälsa som ett redskap för att nå sina mål där målbilden skapade en form av ohälsa för individen. Vidare visade det på att det inte behövde vara målet i sig som var ohälsosamt, utan det var vägen dit som kunde skapa ohälsa för individen. Variationen av uppfattningar visade att målbilden kunde vara en central aspekt för motivation och till hur vi valde att leva våra liv. Det uppfattades som att målbilden kunde utgöra en problematik och en risk för hälsan. Målbilden uppfattades vara varierande och beskrevs som: *Målbilden är något annat, Målbilden är kroppslig och Målbilden är hälsan.*

#### **Kategori B: När vår kunskap om hälsa begränsar vårt sätt att leva**

Ett problematiskt användande av hälsokunskap uppfattades vara när individens kunskap om hälsa styrde individens liv på ett sätt som kunde begränsa denne i att uppnå hälsa. Uppfattningarna beskrev hälsokunskap som central och som bidrog till att individen begränsades i livet, då den ökade medvetenheten till vad vissa saker kunde göra med våra kroppar. Det uppfattades leda till att individen valde bort vissa faktorer som kunde vara betydelsefulla för individens hälsa och livsstil. Uppfattningarna visade på variationer av vad som uppfattades begränsas i individens liv så att hälsan inte gick att uppnå och beskrevs som: *Begränsningar i sociala livet, Begränsning i arbetslivet, Begränsningar i nöjen, Begränsningar på sig själv och Begränsning i att kunna äta*

#### **Kategori C: När vi blir fanatiska i vårt kunskapssökande**

En central aspekt som blev tydlig i de hälsoutbildades uppfattningar var att en förutsättning för hälsa var att ha kunskap om vad som är hälsosamt. Kunskapen beskrevs på skilda sätt så som att kunskap är oändlig och aldrig en sanning. Uppfattningarna visade på att det fanns en

strävan efter att hela tiden utveckla sin kunskap om hälsa, då lärandet uppfattades som att aldrig tar slut. Det i sin tur uppfattades bidra till att lärandet aldrig kändes fulländat eller fullständigt och kunde skapa en panikkänsla. Det beskrevs också att kunskapssökande i sig kunde bli en fanatisk handling som påverkade möjligheterna till att skilja på arbetsliv och privatliv. Variationen av kunskapssökande och lärande beskrevs som: *Viljan att lära sig mer, Lärandet tar aldrig slut, Lärande är ett intresse*

#### **Kategori D: När hälsokunskapen vi använder inte är anpassade efter individen**

Att hälsokunskapen som vi använder i vårt liv är anpassad efter individens förutsättningar uppfattades vara en viktig aspekt för hälsan. Hälsokunskap som inte var anpassad efter individens förutsättningar och förmågor uppfattades kunna skapa en problematik för individens liv och uppfattades i vissa fall även kunna bidra till ohälsa. Skillnaderna uppfattades vara att kunskapen i sig inte var anpassad efter individen eller att individen i sig var unik och därför inte uppfattades kunna använda en allmän kunskap. Variationerna beskrevs som: *Vi är olika och Det finns ingen hälsokunskap för alla*

#### **Kategori E: När vi glömmer bort oss själva i all hälsokunskap**

Det uppfattades vara viktigt att individen själv var uppmärksam på när kunskapen blev en allt för central del i livet på så sätt att den tog ett steg tillbaka och reflekterade över sin situation. Uppfattningarna beskrev att kroppens signaler var en viktig aspekt att ta hänsyn till och att vara uppmärksam på om individen ville uppnå hälsa. Det uppfattades krävas en lyhördhet och en reflektion kring sin situation och till kroppens signaler för att kunna förstå och få insikt i vad individen egentligen mår bra av. Uppfattningar synliggjorde att kunskapen om vad som är hälsosamt kunde bidra till att individen slutade lyssna på signaler från sig själva och istället lyssnade på kunskapen i sig i tron om att den handlade på ett sätt som var hälsosamt. Variationerna av hur hälsokunskapen gjorde att individen glömde bort sig själv beskrevs som: *Allt man tänker på är hälsan, Slutar lyssna på sig själv, Slutar granska och reflektera*

### 6.1.2. Vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningar av fenomenet?

Vidare analyserades de 5 beskrivningskategoriernas innehållsliga uppfattningar för att svara på studiens andra frågeställning: *Vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet?* Varje uppfattning inom respektive kategori markerades med ett nummer som kom att analyseras var för sig samt i relation till varandra. Varje nummer och uppfattning syftade till att lösa ut uppfattningens *Vad* aspekt, objektet för det tänkta i uppfattningen, alltså vad medvetandeakten riktas mot. Genom analysen av uppfattningarnas relationer till varandra kunde det urskiljas 5 aspekter som kan ses som betydelsebärande för vad medvetandeakten riktas mot. Samma aspekter kan finnas med i de nya kategorierna som skapats, men har inom varje kategori olika betydelser eller innebörder, i sammanhanget som de används. De framträdande aspekter som har identifierats i beskrivningskategorierna av problematiska användanden av hälsokunskap, och beskriver vad de hälsoutbildade riktar medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet, beskrivs nedan:

#### 1. Medvetandeakten riktas mot målet 2, 3, 4, 6,

Genom analyseringen av uppfattningarna av fenomenet problematiska användanden av hälsokunskap kunde det urskiljas att medvetandeakten i uppfattningarna riktades mot att nå sitt mål. Målet uppfattades som en central aspekt i hur individen valde att leva, vilken kunskap som den sökte och hur den kom att användas. Målet varierade inom de olika uppfattningarna så som: Tävlingsframgång (2), Att bygga muskler (3) Att gå ner i vikt (4) och bodybuilding (6). Tävlingsframgång (2) beskrevs som att målet var att bli bättre inom sin idrott (elitidrotten) vilket krävde kunskap om hur individen skulle lyckas för att nå sitt mål. Det kunde även liknas vid (6), bodybuilding, som uppfattades kräva planering av kost och träning för att utvecklas inom sin idrott. Målbilden skilde sig även och riktades mer till det kroppsliga utseendet så som (2) att bygga muskler och att (3) gå ner i vikt. Vad som gemensamt blev tydligt inom de olika uppfattningarna var att medvetandeakten riktades mot att uppnå sitt mål.

#### 2. Medvetandeakten riktas mot att göra rätt: 5, 8, 11, 12, 20, 21, 25

Analysen av uppfattningarna av problematiska användanden av hälsokunskap visade även att medvetandeakten riktades mot att göra rätt. Individens uppfattning av vad som innebar att göra rätt styrde hur den valde att leva och uppfattades även begränsa den i att göra saker utöver det som uppfattades som rätt. Det uppfattades bland annat kunna påverka det sociala livet och individens förmåga att lyssna till sig själv och sin kropps signaler. Att göra rätt fick olika innebörder i de olika uppfattningarna men riktades mot att göra det som uppfattades som hälsosamt (5), vilket beskrevs som att vara ”superhälsosam”. Att göra rätt beskrevs även som att äta på bestämda tider (8) vilket uppfattades vara viktigare än att utföra sina arbetsuppgifter. Det beskrevs även som att den kunskap individen hade om kosten och vad den gjorde med kroppen påverkade att individen gjorde vissa val kring sin kost (11), det kunde liknas vid det som beskrevs i en annan uppfattning (12) men där medvetandeakten även riktades till det individen fått lära sig om träning, vilket uppfattades som rätt att göra. Att göra rätt uppfattades även bli så centralt i individens tankar och liv att det värderades mer än mycket annat i livet (20). Att göra rätt uppfattades även påverka individen att inte lyssna till sina instinktiva signaler från kroppen (21), liksom det uppfattades göra individen omedveten om att dennes handlingar fick den att må dåligt (25). Vad som utgjorde samtliga uppfattningar i relationen var att medvetandeakten riktades mot att göra rätt.

### 3. Medvetandeakten riktas mot att utvecklas, 7, 13, 14, 15, 16, 18

Det framkom vidare genom analysen av de hälsoutbildades uppfattningar av problematiska användanden av hälsokunskap att medvetandeakten i uppfattningarna riktades mot att utvecklas. Det blev synligt att det fanns en vilja och en strävan att utveckla sig själv och sin kunskap, men där relationerna visade på att medvetandeakten av att vilja utvecklas riktades till skilda saker. Att utvecklas riktades till att optimera sin hälsa (7), där individen beskrev sig själv som i behov av en förändring kring sin hälsa för att få en bättre hälsa. Det i sin tur skapade problem för individens sociala liv, men där hälsan uppfattades som viktigare. Vidare riktades medvetandeakten till att utveckla sitt lärande (13) då det upplevdes som att ju mer individen lärde desto mer märkte den att den inte kunde någonting. Att utvecklas beskrevs även som att nå en högre kunskap (14) då det uppfattades finns så mycket att lära. Det beskrevs skapa en panikkänsla då tiden till att uppnå kunskap inte fanns till. Det liknades vid vad som beskrevs i en annan uppfattning (15) där individen uppfattade att medvetandeakten riktades mot att utveckla sin kompetens, vilket skapade problem att kunna skilja på arbete och fritid. Det gjorde sig även synligt i ytterliggare en uppfattning (16) där yrket krävde ett utvecklande av individens hälsokunskap, vilket bidrog till att utvecklandet av yrkeskompetensen blev en livsstil. En skillnad som visade sig när medvetandet är riktat mot att utvecklas var att det uppfattades som att utveckla sig själv och sina möjligheter i livet (18). Det beskrevs som att det inte fanns en väg för alla utan individen måste utveckla sin kunskap för att finna sin egen väg. Vad som utgjorde samtliga uppfattningar inom denna relation var att medvetandeakten riktades mot att utvecklas.

### 4. Medvetandeakten riktas mot att ha/få kontroll 9, 10, 21, 22, 25

I analysen av uppfattningar av problematiska användanden av hälsokunskap synliggjordes att medvetandeakten riktades mot att ha kontroll över sitt liv och sin situation. Att ha kontroll över sina val och i sitt handlande uppfattades som centralt för vilka val som gjordes i förhållande till hälsan. När medvetandeakten var riktat mot att ha kontroll uppfattades det vara viktigare än att göra andra saker som hade betydelse för hälsan. Att ha kontroll beskrevs på skilda sätt som att ha kontroll över sin kost (9), vilket uppfattades vara viktigare än att gå ut och äta. Det liknades vid en uppfattning (10) där kontrollen ledde till individen begränsades i sitt liv. Det uppfattades även som att kontrollen över vad individen hade bestämt sig för att göra (21) gjorde att den stängde ute kroppens signaler. Det beskrevs på liknande sätt i en uppfattning (22) där individen ”pushade” kroppen trots att den signalerade att den behövde vila. Vidare uppfattades det som att ha kontroll över att de man gjorde var det som var rätt (25) vilket var viktigare än att lyssna till hur man egentligen mådde. Vad som utgjorde samtliga uppfattningar inom denna relation var att medvetandeakten är riktades mot att ha kontroll.

### 5. Medvetandeakten riktas mot att passa in, 17, 19, 23, 24

Vad som vidare blev synligt genom analysen av de hälsoutbildades uppfattningar av problematiska användanden av hälsokunskap var att medvetandeakten riktades mot att passa in. Uppfattningarna synliggjorde att individen strävade efter att göra det som andra gjorde, det som uppfattades som det ”normala” och det som fick denne att passa in. När medvetandeakten var riktad mot att passa in visades det på olika sätt i fenomenet så som att det uppfattades som att passa in i en grupp med ett gemensamt intresse (17). Detta intresse beskrevs som hälsa och där intresset skapade ett engagemang som påverkade att individen blev lite fanatisk. Att passa in kom även till uttryck i en uppfattning (19) som syftade till att göra det som andra gjorde,

det som uppfattades som det normala. Det i sin tur uppfattades skapa ett problem för individen, då alla individer beskrevs vara olika och behövde därför anpassa sitt liv efter sina förutsättningar. Att passa in visade sig även vara att passa in i en viss kontext så som hälsoutbildningen (23). Uppfattningen visade på att individen sögs in i kontexten utan att stanna upp och reflektera. Det kom till uttryck på liknande sätt i en uppfattning där individen beskrevs som att "svälja" allt för att passa in (24), vilket påverkade att den inte lyssnade till sin kropp. Vad som utgjorde samtliga uppfattningar inom relation var att medvetandeakten var riktad mot att passa in.

### Sammanfattning

Genom analysen av relationerna utifrån de hälsoutbildades uppfattningar av problematiska användanden av hälsokunskap, med avsikt att lösa ut hur tanken i uppfattningen är riktad, medvetandeakten, skapades 5 variationer; 1. Medvetandeakten riktas mot målet, 2. Medvetandeakten riktas mot att göra rätt, 3. Medvetandeakten riktas mot att utvecklas, 4. Medvetandeakten riktas mot att ha/få kontroll och 5. Medvetandeakten riktas mot att passa in. När medvetandeakten riktades mot målet beskrevs det som att individen hade ett tydligt mål som styrde vilken kunskap den behövde skapa, samt hur den behövde leva för att kunna uppnå sitt mål. När medvetandeakten var riktad mot att göra rätt uppfattades det som att individens uppfattning av vad som innebar att göra rätt styrde hur den valde att leva och uppfattades även begränsa den i att göra saker utöver det som uppfattades som rätt. När medvetandeakten riktades mot att utvecklas blev det synligt att det fanns en vilja och en strävan att utveckla sig själv och sin kunskap. Denna vilja uppfattades kunna vara att individen ville bli kompetent eller att yrket krävde ett utvecklande av individens hälsokunskap, vilket bidrog till att utvecklandet av individens kompetens blev en livsstil. När medvetandeakten var riktad mot att ha/få kontroll beskrevs det handla om att ha kontroll över sina val och i sitt handlande vilket uppfattades som centralt för vilka val som gjordes i förhållande till hälsan. När medvetandeakten var riktad mot att ha/få kontroll uppfattades det vara viktigare än att göra andra saker som hade betydelse för hälsan. När medvetandeakten var riktad mot att passa in beskrevs det som att individen strävade efter att göra det som andra gjorde, det som uppfattades som normalt och det som fick denne att passa in, vilket uppfattades påverka individen till att inte lyssna till sin kropp.

## 7. Diskussion

*Jag kommer att inleda med att föra en diskussion angående mitt val av metod och tillvägagångssätt i studien, vilket presenteras under Metoddiskussion. I Resultatdiskussion presenteras jag de slutsatser, utifrån mitt Syfte, litteratur, tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter som presenterats i studien. Slutligen presenterar jag en sammanfattning och kunskapsbidraget samt ger förslag till vidare forskning*

### 7.1. Metoddiskussion

Inom fenomenografin är man intresserad av att beskriva andra ordningens perspektiv som syftar till hur något uppfattas vara och handlar om den subjektiva världen (Kroksmark, 2007). Grundläggande är även att människor uppfattar fenomen olika samt att uppfattningar kan uttryckas på olika sätt (Dahlgren & Johansson, i Fejes & Thornberg, 2009). Studiens syfte var att belysa variationer av hur hälsoutbildade uppfattar fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”, vilket jag menar gör att metoden kan möjliggöra uppfattningar om hur något uppfattas vara, samt att en variation av uppfattningar kan synliggöras.

Uppfattningarna av problematiska användanden av hälsokunskap synliggjordes genom 5 empiriska beskrivningskategorier och vad de hälsoutbildade riktar medvetandeakten mot i variationen av fenomenet beskrivs genom 5 relationer i studiens utfallsrum. Det menar jag gör att jag besvarade studiens frågeställningar: *vilka variationer av fenomenet problematiska användanden av hälsokunskap beskriver de hälsoutbildade? och vad riktar de hälsoutbildade medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet?* vilket ytterligare indikerar på att metoden var lämplig för studien.

I och med att fenomenet utgick från ett begrepp ”problematiska användanden av hälsokunskap” som inte används i vardagsspråk, utan som uppkom i samband med studiens problematik i bakgrunden, menar jag gör att frågan inte går att ställa i den karaktär som den uttrycks i. Det menar jag kan ses som en styrka i studien på så sätt att det ökar trovärdigheten till att det är andra ordningens perspektiv som framkommer, den subjektiva uppfattningen, då den grundas i de hälsoutbildades egna uppfattningar av hälsa, livsstil, hälsokunskap och lärande. Inom fenomenografin menar man att en uppfattning är människans sätt att förstå och erfara något vilket ofta är underförstått eftersom det inte varit föremål för reflektion (Kroksmark, 2007). Det kan därför vara en fördel att fråga människor kring sina erfarenheter för att ge dem möjlighet att reflektera och på så sätt bli synliga för individen. Hade det istället varit ett begrepp som vi idag pratar om, menar jag att det hade kunnat påverka att de uppfattningar som kom till uttryck syftar till första ordningens perspektiv, alltså hur något är, den fakta som finns (Larsson, 1986). Att jag även valde att låta intervjutillfället inledas med en öppningsfråga och sedan följa en öppen karaktär som möjliggjorde utrymme för reflektion, menar jag ökar trovärdigheten i att de uppfattningar som kom till uttryck är riktiga.

En aspekt som jag kan ifrågasätta riktas till mig själv och min egen erfarenhet kring fenomenet. Dessa aspekter har jag belyst till stor del i forskarens roll, men jag vill ändå poängtera att jag tycker att det har varit svårt att sätta min erfarenhet helt inom parentes och studera fenomenet helt förutsättningslöst, vilket är ett ”krav” inom den fenomenografiska metoden. Jag valde därför att i den mån det var möjligt låta den intervjuade tala fritt och där mina frågor mest riktades till att konfirmera det som den intervjuade gett uttryck för. Vidare försökte jag engagera mig och rikta mitt fulla intresse till vad den intervjuade sa och hitta aspekter som denne kunde utveckla. På så sätt blev det den intervjuade som styrde intervjun



och min egen reflektion kring fenomenet kom inte till uttryck. Det menar jag på så sätt indikerar på att det transkriberade materialet är den hälsoutbildades resonemang och uppfattningar av fenomenet. Det gav mig i sin tur en grund att analysera på som jag anser var fritt från mina egna värderingar.

Urvalet av hälsoutbildade personer som för tillfället arbetade inom hälsa, bestod av 6 deltagare. Alla deltagare arbetade just nu inom olika områden i förhållande till hälsa, vilket jag menar gav förutsättningar för en variation av uppfattningar av fenomenet. Tankar fanns om att göra ett bredare urval, så som personer som arbetade inom sjukvård och på så sätt med botande av sjukdomar, vilket hade kunnat ge en ännu större variation av uppfattningar. Jag valde ändå att bara rikta mig mot personer som arbetar främst med hälsofrämjande faktorer, men kan i efterhand se att det hade varit intressant med fler variationer av fenomenet. Jag menar dock att jag inte tror att det hade bidragit till *helt* nya kategorier om fenomenet, möjligtvis hade det kunnat bidra till att *inhåll* i kategorierna formats annorlunda med andra infallsvinklar. Jag anser dock att jag fick en variation och tycker därför att urvalet inte begränsade studiens syfte och resultat.

Något jag upplevde som krävande var att transkribera det inspelade materialet vilket Larsson (1986) menar är en tidskrävande process. Vidare menar Larsson (1986) att det är en viktig del av bearbetningsprocessen och det är något jag kan hålla med om. Jag upplevde att efter varje transkribering, då jag lyssnade igenom materialet på nytt, kunde följa med i texten och få en förnyad och fördjupad förståelse av de intervjuades berättelser. Det kan beskrivas som vad Kroksmark (2007) menar med att analysen sker direkt ur det transkriberade talet. Att sedan upprepade gånger gå igenom de transkriberade intervjuerna gjorde att jag upptäckte att jag visste precis var jag kunde hitta delar som jag sökte efter vilket bidrar till att kategorierna som formulerades ligger nära utgångsmaterialet som utgörs av intervjuerna. Sammanfattningsvis vill jag påpeka att studien varit tidskrävande och många gånger känts svår. Jag menar ändå att jag varit noggrann och strukturerad i mitt genomförande och gått in i studien med en hög ambition och motivation och ser mig ha genomfört den på ett sätt som bidrar till trovärdighet och pålitlighet.

## 7.2. Resultatdiskussion

*Jag kommer inte att ta upp och diskutera resultatets alla tänkbara aspekter utan har valt ut delar av vad jag finner intressant och relevant i förhållande till utgångspunkten och problemområdet i detta arbete: problematiska användanden av hälsokunskap samt vad medvetandeakten riktas mot.*

### Variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”

I resultatet framkom det 5 skilda beskrivningskategorier av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” som beskrivs av de hälsoutbildade och som svarar på studiens första frågeställning. Det är just dessa variationer som är intressanta inom fenomenografien, då det kan skapa en djupare förståelse för fenomenet (Kroksmark, 2007). Kategorierna visar på att kunskapen många gånger är central men att den får betydelse för fenomenet på skilda sätt. Då området kring ”problematiska användanden av hälsokunskap” och dess betydelse för individens hälsa är ett begränsat forskningsområde idag menar jag gör att föreliggande studie uppmärksammat ett viktigt område för framtida forskning. Jag menar att man, genom resultatet, kan se att hälsokunskap har betydelse för hur vi fattar beslut kring vår hälsa, men vad resultatet däremot inte helt kan konstatera är om det är hälsokunskapen i sig som är en

bidragande faktor till att ”problematiska användanden av hälsokunskap” skapas. Då jag genom en fenomenografisk studie inte heller varit ute efter att förklara hur något är anser jag att jag heller inte kan dra några direkta slutsatser kring resultatet. Jag kan bara lyfta centrala aspekter som synliggörs i resultatet och som jag utifrån min egen tolkning och åsikt anser kan vara relevant för att uppmärksamma fenomenet och som kan vara intressant för vidare forskning kring området.

Genom tidigare forskning har det visat sig att tillgången till hälsokunskap menas vara en förutsättning för att vi ska kunna lära oss och använda kunskap till att fatta hälsosamma beslut i vår vardag (Nutbeam, 2006). Att öka tillgängligheten menar jag på så sätt indikerar på att vi även ökat våra förutsättningar för att bli hälsosammare individer. Dock har det visat sig i en studie av Carolan (2007) att en ökad tillgång till hälsorelaterad information kan skapa en problematik för individens liv och en känsla av att ”veta för mycket”. Det ser jag en tydlig koppling till i den problematik som framkommer i studien kring hälsokunskap och individens hälsa. Uppfattningarna av ”problematiska användanden av hälsokunskap” beskriver hälsokunskap som en bidragande faktor till att individen vet vad den gör med sin kropp, genom att den har kunskap om vad olika livsmedel innehåller, vilket i sin tur bidrar till att den lägger vissa begränsningar på sig själv. Det uppfattas som att det skapa en slags medvetenhet kring vad vi gör med oss själva och våra kroppar. Denna medvetenhet kring vad vi gör med oss själva och våra kroppar utifrån hälsokunskap liknas vid vad som framkom i studien av Bratman & Knight (2000) där individen väljer bort sitt sociala liv för att förespråka hälsan. Det blir tydligt att många av de uppfattningarna om ”problematiska användanden av hälsokunskap” indikerar på liknande situationer för individen. Att dra en slutsats om att vi då genom att ha ökad tillgängligheten till hälsokunskap också gör att vi skapar ohälsa tror jag är för drastisk.

Däremot kan jag ifrågasätta vilken betydelse hälsokunskapen som är tillgänglig har för individens hälsa. Utifrån tidigare studier har det visat sig att det är viktigt att samhället sänder ut budskap och tillhandahåller information som kan vara en hjälp för individen. Det beskrivs genom att mycket av våra uppfattningar av vad som är hälsosamt får vi via sociala nätverk, media och den sociala omgivningen (Sandberg, 2004, Benz, Scott & Black, 1999). Jag menar därför att samhället har ett ansvar att den information som sänds ut är genomtänkt och välgrundad och på så sätt kan skapa förutsättningar för individer att lära sig vad som är bäst för deras hälsa. I resultatet visar kategori D att den kunskap, den allmänna kunskapen, som samhället sänder ut skapar en problematik för individens liv, då den inte är anpassad efter individens förutsättningar och förmågor. Jag menar även att det i kategori A blir synligt att när individens målbild är att forma sin kropp och att uppnå ett samhällligt ideal, som t ex kan kräva en viktning, kan det skapa en problematik för individen. Det menar jag visar att den hälsokunskap som vi tar del av idag har betydelse för hur vi handlar kring vår hälsa.

En individ beskrivs inte bara vara beroende av att få tillgång till kunskap om hälsa, utan också att förstå och använda kunskapen. Det beskrivs som en förutsättning för att fatta hälsosamma beslut i sin vardag (Hensing & Mårtensson, u.å.). I flera kategorier blir det tydligt att individen söker sig till kunskap och använder denna för att uppnå sin målbild, bli hälsosammare, eller att utveckla sin kompetens. Jag menar därför att det ligger ett stort ansvar även på individen att kunna kritiskt granska, reflektera och analysera information och hälsokunskap, och även signaler från sin egen kropp. Här ser jag att det handlar om individens kritiska analys av information som spelar en stor roll i hur vi väljer att handla. Att vara kritisk till kunskap och sin situation var något som blev synligt i många av de olika kategorierna av problematiska användanden av hälsokunskap. Individen uppfattades ha en bristande förmåga



att kritiskt granska information och reflektera kring signaler från sin egen kropp. Hur individen reflekterar över kunskapen och sin kropps signaler menas vara en förutsättning för att kunna bedöma sina handlingar och för att lära sig av dem och på så sätt utveckla sin kunskap om hälsa (Schön, 1983). Uppfattningarna visade att individens reflektion kring sin situation, kropp och värderingar i livet var låg, vilket skapade en problematik för hälsan och livsstilen.

Föreliggande studies resultat visar att det finns ett område kring hälsokunskap och dess betydelse för individens hälsa och livsstil som synliggör en viss problematik och som är viktig att uppmärksamma. Studien har dock inte fokuserat specifikt på vilken betydelse samhällets information kring hälsa har eller vilken betydelse individens förmåga att bearbeta hälsoinformation har i förhållande till fenomenet, och det är därför svårt att dra några slutsatser kring dessa aspekter. Studiens resultat menar jag ändå indikerar på att det inte bara är individens ansvar att lära sig vad som är hälsosamt och använda denna kunskap, eller samhällets ansvar att informationen som sänds ut är genomtänkt och välgrundad. Istället menar jag att det måste råda ett ömsesidigt ansvar där målet är att skapa de bästa förutsättningarna för hälsan. Det skulle på så sätt betyda att hälsokunskapen i sig inte är en risk för ”problematiska användanden av hälsokunskap”, utan ju mer kunskap som finns att ta del av, desto bättre förutsättningar har individen att kunna hitta sin information till att uppnå en bättre hälsa. Hur detta ska ske har jag inte för avsikt att beskriva, utan det lämnar jag över till vidare forskning.

### ”Problematiska användanden av hälsokunskap” och medvetandeakten

Vad de hälsoutbildade riktar medvetandeakten mot i uppfattningarna av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” visar på en variation där 1. Medvetandeakten riktas mot målet, 2. Medvetandeakten riktas mot att göra rätt, 3. Medvetandeakten riktas mot att utvecklas, 4. Medvetandeakten riktas mot att ha/få kontroll och 5. Medvetandeakten riktas mot att passa in. För mig visar föreliggande studie i förhållande till medvetandeakten att vi alltid strävar efter att uppnå något. Ingen av de beskrivningskategorier som framkommer i resultatet riktar medvetandeakten mot att ”vara som vi är” eller ”göra som vi gör”. Istället visar det att det finns en ständig strävan att uppnå något som vi inte har eller något som vi inte är. Jag menar att det i sin tur synliggör ett viktigt område att studera närmare; varför är vi aldrig nöjda och vad gör att vi aldrig är det?

En aspekt jag ser som intressant i förhållande till ovanstående frågor är studiens resultat kring när medvetandeakten riktas mot att utvecklas. Vi lever idag i en föränderlig kunskapsvärld och vi förväntas vilja, och vill många gånger själva utvecklas (Svederberg & Svensson, 2001), vilket studien visar kan ställa vissa krav på individens kunskapsutvecklande och kunskapssökande. Det i sin tur uppfattas skapa panikkänslor och en problematik för individens hälsa och livsstil. Studien synliggör även att hälsa många gånger har en bred innebörd vilket gör att det inkluderar flera olika aspekter. Hälsa behöver alltså inte bara betyda att vi mår bra fysiskt och psykiskt, utan det uppfattas också innebära att passa in i vad andra i vår omgivning anser vara bra och hälsosamt. Det blir tydligt att vi strävar efter att göra det andra gör, få kontroll över våra liv och att utveckla oss själva. Jag ser det som ett viktigt synliggörande av att hälsa kräver att bli granskat på flera olika plan. Vi måste granska oss själva och samhället, vilka krav vi ställer på oss själva utifrån samhälle, idrott och andra människor, men även utifrån oss själva. Vi måste alltså se till vilka situationer som skapar dessa förväntningar och krav vi ställer på oss själva för att förstå varför hälsa har kommit att inkludera så mycket mer än att bara må bra och känna sig stark och frisk.

Det framkom även i resultatet, att det individen uppfattade som rätt får den många gånger av sin sociala omgivning, vilket påverkade handlandet och agerandet på ett sätt där individen uppfattade sig själv som att göra ”rätt”. Jag ser att föreliggande studie gör det synligt, liksom tidigare forskning, att det även ligger ett visst ansvar på dem som arbetar med hälsa, och som på så sätt uppfattas ha kunskap och förutsättningar för att vara hälsosamma, att sända ut rätt signaler (Benz, Scott & Black, 1999). Jag ser därför att de som arbetar inom området hälsa har en viktig uppgift för den framtida folkhälsan. Det, genom att sända ut ”rätt” signaler från sig själva genom att reflektera över sin egen situation och sin hälsa. Att leva som man lär blir här ett uttryck som får en djupare betydelse, och jag ser att föreliggande studie har kunnat uppmärksamma dessa aspekter.

### Problematiska användanden av hälsokunskap och lärande

Resultatet visar på variation utifrån aspekter av lärande. Lärandet kan uppfattas som det centrala i individens liv, där viljan att just lära sig är vad som skapar en problematik för individens livsstil. Det beskrivs i kategori C som att lärandet aldrig tar slut och att strävan att vilja lära sig skapar en problematik för individens möjligheter att skilja på yrke och privatliv. Resultatet visar att när medvetandeakten riktas mot att utvecklas, uppfattas det som att det är lärandet i sig som är det primära i individens liv. Lärandet beskrivs som en panikkänsla då kunskapen är föränderlig och aldrig en sanning vilket bidrar till att lärandet aldrig tar slut. Det blir då även tydligt att individen strävar och styr sitt lärande, vilket konstitueras som ett självstyrt lärande (Bowden & Marton, 1998).

Lärandet blir även synligt när medvetandeakten är riktad mot att ha/få kontroll. Det kan liknas vid vad Nutbeam (2006) beskriver som egenmakt, att känna makt att kunna påverka sitt liv, vilket uppfattas vara en viktig del för individens livsstil och hälsa. När medvetandeakten riktas mot att få/ha kontroll visar det att mycket av vad individen gör, gör den för att den har bestämt sig för att göra det. Har den bestämt sig för att träna, ja då ska den träna även om det utsätter hälsan och kroppen för skada. Det menar jag kan liknas vid vad som framkom i studien av Churchill & Jessop (2011) där det menades finnas ett samband mellan individens invanda beteenden och dess hälsorelaterade val. En individ som är van vid att göra hälsosamma val visade på högre självkontroll (Churchill & Jessop, 2011). Att titta till individens ”invanda beteenden” tycker jag även visar mycket kring individens lärande. Jag får en uppfattning av att individen finner sig ”nöjd” med sin kunskap, vilket kan påverka att den inte söker ny kunskap. Vidare ser jag mig kunna uppfatta lärandet som mer stabilt, så som i kategori D, där det just är att lärandet inte utvecklas och där individen använder kunskap som inte är anpassad efter dennes förutsättningar och förmågor som skapar en problematik för individens hälsa och livsstil. När medvetandeakten riktas mot att passa in, eller att göra rätt, kan det uppfattas som att den kunskap individen har är den kunskapen som styr individens handlingar. Här menar jag på så sätt gör att det kan uppfattas som att lärandet inte blir individens primära val för att skapa hälsa, utan den kunskap som finns runt individen eller den kunskap individen redan har är den kunskap som individen lär utav. Det blir på så sätt inte lika tydligt att individen är medveten om sin situation och sitt lärande. Då kunskap är föränderlig och hälsokunskapen ständigt utvecklas (Schön, 1983) menar jag kan uppfattas som en aspekt som skapar problematik för individen. Finns inte denna känsla av att vilja lära sig tror jag även att den kunskap individen har, eller den kunskap som skapas i samspel med andra är den kunskap som utgör en problematik och som får betydelse för individens hälsa och livsstil. För mig kan föreliggande studie på så sätt belysa att det utifrån ett samhälleligt perspektiv är viktigt att försöka hitta sätt att motivera och engagera individer i sin egen hälsa och i sitt utvecklande av sin hälsokompetens. Att använda ”fel” kunskap kan skapa en problematik för individens hälsa och livsstil.

Uppfattningarna synliggör även att lärandet konstitueras genom det vi uppfattar att andra gör, det vi tror är rätt, och visar på ett kollektivt lärande i den hälsorelaterade gemenskap individen befinner sig i. Denna kollektiva gemenskap beskriver kontexter så som gym, hälsoutbildningar, hälsoyrken och sociala relationer där hälsa utgör ett gemensamt intresse. Föreliggande studie belyser på så sätt en problematik kring den sociala kontexten individen befinner sig i där hälsokunskapen uppfattas som central. Inom fenomenografin menas det att ett ting som visar sig som ett fenomen aldrig är neutralt eller objektivt och vi måste därför förstå både människan och tinget i en gemensam livsvärld (Kroksmark, 2007). Det menar jag gör att vi måste se till vilken värld som uppfattningarna kommer till uttryck i. Det blir på så sätt viktigt att se till den kontexten som individen befinner sig i för att förstå hur fenomenet visar sig. Jag kan därför inte bortse från att det finns en viss indikation på att det är i kontexten där hälsokunskapen kan uppfattas vara både central och hög som även problematiska användanden av hälsokunskap gör sig synliga. En ytterliggare aspekt som indikerar på ovanstående påstående är att de hälsoutbildades uppfattningar i många av kategorierna utgår ifrån dem själva. Inom fenomenografin menar man att uppfattningar konstituerar sig från våra erfarenheter och man kan därför inte skilja den som uppfattar från det som uppfattas (Marton & Booth, 2000). Det betyder då att vi inte kan se uppfattningarna av ”problematiska användanden av hälsokunskap” utan att se till den hälsoutbildade, den som uppfattar det. Många av de uppfattningarna som visade sig i resultatet utgick från de hälsoutbildades egna situationer vilket gör att jag inte kan bortse från att en hög hälsokunskap kan ha en möjlig relation till problematiska användanden av hälsokunskap. Vidare kan jag bara spekulera i vad som händer i denna kontext som gör att problematiken uppstår och här ser jag en brist i min egen studie, då det hade varit en intressant aspekt att belysa mer.

Inom fenomenografin menas det finns ett samband mellan våra uppfattningar och vår kunskap, då det finns ett samband mellan det sätt att förstå omvärlden och det mänskliga lärandet (Kroksmark, 2007). Kunskapen beskrivs även vara knuten till sitt innehåll då det är mellan människan och världen den konstitueras (Kroksmark, 2007). Det menar jag synliggör ytterliggare en aspekt av lärandet i en viss kontext kring fenomenet då det gör att individens kunskap om fenomenet är knuten till ett visst innehåll och ett visst sammanhang. Jag ser då att det innehållet och sammanhanget skulle kunna ses som en värld där ”problematiska användanden av hälsokunskap” är ”accepterat” och ” normalt”. Det i sin tur menar jag gör det svårt för individen att förstå sin situation i andra sammanhang där dessa problematiska användanden inte uppfattas som ”accepterade” och ”normala”. Lik som att jag menar att det blir svårt för individen att ta med sig det den lärt sig från en annan kontext in den kontext där problematiska användanden av hälsokunskap inte anses utgöra ett lika stort problem. Med det sagt ser jag än en gång ett intresse i att försöka förstå vad som gör att viss kunskap skapas i en viss kontext och om, och i så fall hur, det påverkar individen att kunna ta med sig denna kunskap in i en annan kontext.

### ”Problematiska användanden av hälsokunskap” och tidigare forskning

Vad jag tycker resultatet visar är att vissa av de kategorier av ”problematiska användanden av hälsokunskap” liknas vid vad vi idag klassat som en sjukdom, nämligen ortorexi. En individ med ortorexi beskrivs ha ett liv som präglas av planering av kost och träning och där denna fokus tagit upp så gott som hela individens tankar (Van der Stern, 2005). Att uppfatta sig själv göra rätt menas inbringa en känsla av självkontroll och njutning för individen (Bratman & Knight, 2000) I resultatet synliggörs det att många av de problematiska användandena av hälsokunskap innebär en strävan av att göra rätt och medvetandeakten riktas mot att ha/skapa

kontroll. Liksom ortorexi blir det även synligt att denna fanatiska strävan efter en hälsosam livsstil bidrar till att individen utesluter saker i sitt liv som kan vara viktigt för livskvalitet och välmående (Bratman & Knight, 2000). Det blir även synligt i resultatet att problematiska användanden av hälsokunskap utesluter saker som att gå ut och äta, umgås med vänner, restaurangbesök, mm, för att minska risken att behöva utsätta sin kropp för saker som uppfattas som farliga. En ortorektiker beskrivs på liknande sätt, vara rädd för att möta livsmedel som inte anses vara hälsosamma vilket ofta bidrar till att denne förbereder och har med sig mat när den går hemifrån (Bratman & Knight, 2000) Jag menar mig därför kunna se att ”problematiska användanden av hälsokunskap” förefaller ha en liknande problematik likt en individ med ortorexi.

En ytterligare aspekt som pekar på detta antagande är att de uppfattningar som träder fram indikerar på att individen många gånger strävar efter att vara hälsosam. Lik som en individ med ortorexi är detta dennes främste mål. Idag råder det dock en problematik kring vad som anses vara hälsosamt då vi inte har gett begreppet hälsa en tydlig definition (Brülde & Tengland, 2003). Hälsa får på så sätt betydelse och innebörd beroende på vad vi definierar som det normala och allt som avviker blir på så sätt ett tillstånd som inte är accepterat eller önskvärt (Brülde & Tengland, 2003). Det menar jag kan skapa en problematik för individen i då denne många gånger uppfattar sig själv göra rätt och att handla i tron om att den fattar hälsosamma beslut.

Vad jag kommit att ifrågasätta, som skiljer ”problematiska användanden av hälsokunskap” från ortorexi, är att de uppfattningar som visas i resultatet många gånger utgår ifrån de hälsoutbildades egna liv och erfarenheter. Jag menar här att skillnaden ligger i att den hälsoutbildade är en person som anses ha en hög kunskap om hälsa, vilket då borde göra denne medveten om att hälsan är individuell och aldrig en sanning för alla. Vad som framkom i studien av Benz, Scott & Black (1999) var att personer som arbetar inom hälsa uppfattas ha ett ansvar kring hälsa, då det är de som sänder ut signaler om hälsa, både från det den språkligt uttrycker men även från sin egen kropp och kroppens signaler (Benz, Scott & Black, 1999). Jag menar vidare att om det gömmer sig ortorektiska beteenden bakom dessa individer har vi skapat en större problematik kring området hälsa än vad det redan uppfattas vara. Utgår jag från tidigare antagande om att den hälsoutbildade borde ha en större insikt i hälsokunskapen komplexa värd, och vara medveten om att vi är olika individer med olika förutsättningar, vad detta även något som framkom tydligt i studien. Uppfattningarna visade att de hälsoutbildade beskrev ”problematiska användanden av hälsokunskap” som när kunskapen om hälsa inte är anpassad efter individen och dennes förutsättningar. Frågan som uppstår då är hur vi ska ställa oss till att den hälsoutbildade i sig inte kan anpassa sin kunskap efter sig själv och skapa en hälsosam livsstil, när det sedan är denne som ska lära andra individer att anpassas till en föränderlig kunskapsvärld. Enligt Schön (1983) utvecklas kompetens genom reflektion och jag ser därför att det förefaller finnas ett samband mellan en ”O-anpassad” kunskap och en oreflekterad handling. Genom reflektion kan individen öka sin kunskap om sin situation genom att se saker med kritiska ögon och genom att ifrågasätta sina handlingar. Reflektion kan då innebära ett sätt att iaktta sig själv och sina egna handlingar i syfte att lära sig något av dem (Schön, 1983). Jag ser därför utifrån resultatet att reflektion kring sin kunskap och kring sin kropp är ett viktigt steg för hälsan och hälsoutvecklingen.

## 8. Sammanfattning

Föreliggande studie visar att det finns 5 variationer av uppfattningar av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”, och att dessa beskrivs på kvalitativt skilda sätt. Det menar jag kan visa på att det råder en viss problematik kring hälsokunskap och problematiska användanden av den som kan vara intressant för vidare forskning. Resultatet kan dock inte ge full klarhet i vilka aspekter kring hälsokunskapen som skapar en problematik, då studien bara berört fenomenet med försiktighet, men det indikerar på att problematiken kan uppstå i situationer och sammanhang där hälsokunskapen uppfattas som hög. Resultatet visar att många av de problematiska användanden som beskrivs utifrån en hög hälsokunskap visar på att individen påverkas av att veta vad den gör med sin kropp när den utsätts för olika saker och sammanhang, vilket bidrar till att den begränsar sig i sitt liv. Resultatet visar även att problematiken kring hälsokunskapen kan tolkas både utifrån ett samhällsperspektiv och utifrån ett individperspektiv. Samhället uppfattas ha ett ansvar för att granska och värdera den information som sänds ut för att skapa förutsättningar för individen att ta del av informationen och påverka sin egen hälsa. Samtidig uppfattas individens förmåga att granska informationen och signaler från sin egen kropp som en viktig aspekt för att kunna uppnå en bättre hälsa.

Studien synliggör även samhällets ansvar för att den information som delas är välgrundad och genomtänkt, samt det ansvar individer som arbetar inom hälsa har för att sända ut ”rätt” signaler genom sig själva. Det, då medvetandeakten visar att vi många gånger strävar efter att göra det vi uppfattar är rätt och det vi uppfattar att andra gör som är rätt. En ytterliggare aspekt som studiens resultat belyser är att det kan uppfattas råda en problematik kring lärandet som sker i en hälsorelaterad kontext, där hälsa utgör ett slags gemensamt intresse. Studien har däremot inte kunnat visa vad det är som sker i dessa kontexter och som påverkar vad vi lär om hälsa och hur vi utifrån den kunskap som skapas väljer att leva våra liv. Här krävs mer forskning för att få en djupare förståelse för fenomenet.

Föreliggande studies resultat visar även på en viss likhet mellan ”problematiska användanden av hälsokunskap” och ortorektiska beteenden. Att göra ”rätt” och att få/ha kontroll över sitt liv är aspekter som återkommer i uppfattningarna av fenomenet och som liknas vid vad som beskrivs präglade en ortorektiskers liv.

### 8.1. Kunskapsbidrag och rekommendation till vidare forskning

Området kring problematiska användanden av hälsokunskap och dess betydelse för individers hälsa och livsstil är idag ett område som är så gott som utforskat. Studiens syfte var därför att belysa variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap”, vilket resulterade i 5 skilda beskrivningskategorier. Det menar jag synliggör att det finns ett område som behöver studeras närmare då resultatet indikerar på att det råder en viss problematik kring hälsokunskap och hälsa. Kategorierna visar på att kunskapen många gånger är central men att den får betydelse för fenomenet på skilda sätt. Studiens omfång har dock gjort att det inte går att konstatera vilken betydelse hälsokunskapen har för fenomenet, och lämnar därför över det till vidare forskning inom området. Däremot har det belyst centrala aspekter som kan vara relevanta för att uppmärksamma fenomenet, så som en hög hälsokunskap, samhällets ansvar för den kunskapen som delges och individens ansvar för att kritiskt granska kunskapen. Vad jag finner har ett starkt pedagogiskt kunskapsvärde utifrån lärande i föreliggande studie är att den synliggör en problematik kring en hälsorelaterad kontext. Uppfattningarna beskriver gymkultur, hälsoyrken, gemensamma hälsointressen, och hälsoutbildningar, som kontexter där kunskap och lärande om hälsa är central. Jag kan då

uppfatta det som kontexter där lärande sker och kunskap skapas. Vad studien däremot inte synliggör i större mån är vad som händer i dessa hälsorelaterade kontexter som leder till lärande och kunskap för individen och som visat sig i resultatet får betydelse för individens hälsa och livsstil. Här har vi ett område vi behöver uppmärksamma mer.

Då föreliggande studies syfte var att belysa variationer av fenomenet ”problematiska användanden av hälsokunskap” och därför inte försöka finna samband eller förklaring, i enighet med fenomenografisk forskning, men jag att studien har lyckats.

## 9. Referenslista

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Sockholm: Liber AB
- Benz Scott, L. Black, D. (1999). Health Communication and Professional Preparation: Health Educator Credibility, Message Learning, and Behavior Change. *Health Education and Behavior*. 26 (5), 609-620
- Bowden, J., & Marton, F. (1998). *The university of learning: Beyond quality and competence in higher education*. London: Kogan Page.
- Bratman, S & Knight, D (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing* (16), ss. 1162-1172
- Churchill, S & Jessop, D, C. (2011). Reflective and non-reflective antecedents of health-related behaviour: Exploring the relative contributions of impulsivity and implicit self-control to the prediction of dietary behaviour. *British Journal of Health Psychology*, (16), ss. 257–272
- Cutler, D. Lleras, A. (2009). Understanding differences in health behaviours by education. *Journal of Health Economics* (29), ss. 1-28
- Dahlgren, L. O & Johansson, K. (2009). I Fejes, A & Thornberg, R (red.). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB, ss. 122-135
- Dukeshire, S. MacDonald, L. Rangel, C. (2011). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Apetite* (58), ss.124-132
- Hensing, G. & Mårtensson, L. (u.å). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa. En introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. (Sahlgrenska akademien). Göteborg: Göteborgs universitet
- Krokmark, T. (2007). Fenomenografisk didaktik – en didaktisk möjlighet. *Didaktisk Tidskrift*, (17) 2-3
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys:: exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.



Lindgren, EC. & Eriksson, L. (2010). *Fanatiska levnadsvanor för hälsa eller kroppsligt utseende?* I: Hallberg M. (red) (2010). *Hälsa och Livsstil: forskning och praktiska tillämpningar*. Lund: Studentlitteratur.

Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer. Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. (Fjärde upplagan, 2005)

Marton, Ference & Booth, Shirley (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur

Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promoting International*, 15(3), ss. 259-267.

Regeringskansliet (2008). Svensk bedömning av multilaterala organisationer. Världsgenerationen, WHO. Utrikesdepartementet. Oktober 2008. (Artikel nr: UD 08 082)

Sandberg, H. (2004). *Medier och fetma – en analys av vikt*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds Universitet.

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. London: Temple

Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*. (Artikelnr: 2013-3-26). Statens folkhälsoinstitut

Svederberg, E. & Svensson, L. (2001). Ett folkhälso pedagogiskt synsätt. I: E. Svederberg, L. Svensson & T. Kinderberg (Red.), *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (s. 17-34). Lund: Studentlitteratur

Van der Stern, G. (2005). *Mattillåtet. Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning*. Udevalla: Mediaprint

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wardlaw, M. K. (2005). A New You: Health for Every Body: Helping Adults Adopt a Health-Centered Approach to Well-Being. *Nutrition Education Behaviour*. (37), ss.103-106

World health organisation. (2003) *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, An important responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly School*. WHO Information Series on School Health; Document 10.

Tillgänglig på internet:

[http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_childfriendly\\_03\\_v2.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_childfriendly_03_v2.pdf)

## BILAGA 1, Informationsbrev

Hej.

Mitt namn är Lovisa Bertilsson och jag läser just nu mitt tredje år och min sista termin på det hälsopedagogiska programmet vid Högskolan i Halmstad. Jag har nu som sista uppgift, innan min kandidatexamen, att bedriva forskning inom det hälsopedagogiska fältet vilket gör att jag skulle behöva just din hjälp.

Mitt intresse har riktats mot att belysa och beskriva ”problematiska användanden av hälsokunskap” och vad det kan få för betydelse för en individs livsstil och hälsa.

Jag är därför intresserad av hur du som arbetar inom området hälsa uppfattar ett problematiskt användande av hälsokunskap och din uppfattning av dess betydelse för din livsstil och hälsa.

Din medverkan är därför viktig för att kunna studera detta fenomen och jag vore väldigt tacksam om du ville avsätta din tid och möta mig för en intervju. Intervjun beräknas ta mellan 30-60 min och plats och tid anpassas efter dina möjligheter och önskemål.

Din medverkan är såklart helt frivillig och du har all rätt att avbryta när som helst under forskningsprocessen. Intervjuns material kommer endast att användas i min egen studie och därefter förstöras.

Du kommer i studien att beskrivas efter din hälsoutbildnings och yrkesbenämning, men utöver det kommer inga identitetsuppgifter att publiceras, och materialet att behandlas konfidentiellt.

Jag hoppas att du vill ställa upp och medverka i min studie och att jag hör från dig snart. Har du några frågor så tveka inte att kontakta mig.

Du kan nå mig via mail: [lovber11@student.hh.se](mailto:lovber11@student.hh.se)

eller telefon: 0764244227

Tack på förhand. Med vänlig hälsning Lovisa Bertilsson

## BILAGA 2, Intervjuguide

### Öppningsfråga

- Vad var det som väckte ditt intresse för hälsa?

### Följdfrågor

#### Frågor om livsstil och hälsa/ohälsa

- Hur skulle du beskriva din uppfattning av hälsa och ohälsa?
- *Har din uppfattning av hälsa och ohälsa alltid sett ut så?*
- *Om inte, vad menar du kan vara en orsak till denna förändring?*
- Vad är din uppfattning av en hälsosam livsstil?
- *Behöver en hälsosam livsstil innebära att man "har en bra hälsa?"*
- *Varför tänker du så?*
- Hur uppfattar du att din hälsa påverkar din livsstil?
- Vad betyder det att vara hälsosam för dig?
- *Hur tänker du själv när du försöker vara hälsosam?*
- Är det viktigt för dig att vara hälsosam?
- *Lägger du mycket tid på att försöka vara hälsosam?*

#### Frågor om kunskap och hälsa/ohälsa

- Hur söker eller får du kunskap om hälsa?
- *Vilken typ av kunskap brukar du söka efter?*
- Lägger du mycket tid på att söka kunskap om hälsa?
- *Lägger du mycket tid utöver din arbetstid på att söka kunskap om hälsa?*
- Känner du någon gång att den tiden går ut över annat i ditt liv?
- *Vad skulle du beskriva som bra/mindre bra hälsokunskap?*
- *Varför skulle du beskriva den så?*

- Vad tror du att hälsokunskap kan ha för betydelse för en individs livsstil och hälsa/ohälsa?
- Hur uppfattar du att din egen hälsokunskap har påverkat din livsstil och din hälsa/ohälsa?

### **Frågor om problematik kring hälsokunskap och hälsa/ohälsa**

- Uppfattar du att hälsokunskap kan påverka dig negativt?
- *Hur skulle du beskriva en situation när du blivit negativt påverkad av din hälsokunskap?*
- Hur tänker du för att inte bli påverkad negativt av hälsokunskap?
- Uppfattar du någon gång att din kunskap om hälsa begränsar dig i ditt liv?
- *I så fall hur skulle du beskriva ett tillfälle då din hälsokunskap begränsat dig på något sätt i ditt liv?*
- Vad uppfattar du är viktigt att tänka på för att inte bli begränsad i sitt liv av hälsokunskap?

Lovisa Bertilsson



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)