

Masteroppgave

Masterstudium i helsevitenskap – spesialisering i
empowerment og helsefremmende arbeid

Juni 2023

Ungdom, helsefremming og sosiale medier

En kvalitativ studie om elever i videregående skole og deres forhold til
helsefremming og sosiale medier

Kandidatnavn: Marie Sundby og Karoline Sjørdal Gaustadnes
Emnekode: MAVIT5910

Antall ord: 15842

Forord

I forbindelse med denne masteroppgaven vil vi benytte anledningen til å takke alle som har bidratt gjennom denne forskningsprosessen. Først og fremst ønsker vi å takke vår veileder Marita Nordhaug for veiledning og gode innspill, som har vært til stor hjelp for oss. Vi setter stor pris på tiden og energien du har investert i oss, og er takknemlige for din tilgjengelighet og oppmuntring.

Vi ønsker å takke alle deltakerne i studien for at de delte sine tanker, meninger og erfaringer. I tillegg til de inkluderte skolene for god tilrettelegging og kommunikasjon, som gjorde gjennomføring av intervjuene mulig.

Vi vil også uttrykke vår takknemlighet til venner og familie for deres støtte og tilbakemeldinger. En spesiell takk til Irene, Henriette, Frida og Mari.

Vi er takknemlige for å få mulighetene til å forske på dette spennende temaet. Vi håper denne oppgaven gir økt forståelse av ungdom, helsefremming og sosiale medier og at det legger et grunnlag for videre forskning.

Karoline Sjørdal Gaustadnes og Marie Sundby, 14.06.2023.

Sammendrag

Bakgrunn: Dårlig kosthold og fysisk inaktivitet er store utfordringer for folkehelsen. Ungdommen er i en utviklingsfase hvor valgene de tar kan få konsekvenser for fremtidig helse. Sosiale medier spiller en betydelig rolle i ungdommens hverdag, men få studier forsker på unges fysiske helse og sosiale medier. Økt kunnskap og forståelse rundt dette kan være et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet.

Hensikt: Formålet med studien er å få økt innsikt i unges oppfatninger rundt helsefremming, i tillegg til å skaffe økt kunnskap om sosiale mediers betydning for videregående elevers helsefremmende valg og atferd.

Teoretisk forankring: Studien benytter empowerment som teoretisk forankring. Helsefremmende arbeid og helsekompetanse ble inkludert som sentrale perspektiver.

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming i studien. Datamaterialet ble innhentet gjennom fire semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med fem til ni deltakere i hvert intervju. Deltakerne var elever fra videregående skole. Analysen ble inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultater: Deltakerne var reflekterte rundt helsefremmende valg, men mente disse valgene av og til kunne være vanskelige å gjennomføre. Sosiale medier hadde en stor påvirkning på deres hverdag, gjennom press, stress og sammenligning. Likevel kunne plattformene også være kilder til informasjon, inspirasjon og motivasjon. Mange av ungdommene var kritiske til det de så på sosiale medier, men flere uttrykte at de ble påvirket likevel.

Konklusjon: Studien viser at sosiale medier kan ha en ambivalent innflytelse på ungdommens helsefremmende valg. Det er viktig å øke unges helsekompetanse og oppmuntre til kritisk tenkning. Videre er det behov for mer forskning om sosiale mediers økende betydning for ungdommens helse.

Nøkkelbegreper: Helsefremmende arbeid, ungdom, sosiale medier, helsekompetanse og empowerment

Abstract

Background: Poor diet and physical inactivity are major public health challenges. Adolescents are in a developmental phase where the choices they make can have consequences for future health. Social media play a significant role in the everyday life of adolescents, but few studies investigate the relationship between physical health and social media. Increased knowledge and understanding of this can be an important tool in health promotion work.

Aim: The purpose of the study is to gain increased insight into adolescents' perceptions of health promotion, in addition to obtaining increased knowledge about the importance of social media for their health-promoting choices and behavior.

Theoretical framework: The study uses empowerment as the theoretical framework. Health promotion and health literacy were included as central perspectives.

Method: The study used a qualitative approach. The data was collected through four semi-structured focus group interviews, each consisting of five to nine participants from upper secondary school. The analysis was inspired by Malterud's systematic text condensation.

Results: The participants had many reflective thoughts around health-promoting choices, yet they encountered difficulties in putting them into practice. Social media had a major impact on their everyday life, through pressure, stress, and comparison. Nevertheless, the platforms could also be sources of information, inspiration, and motivation. The participants voiced criticism towards the content they encountered on social media, but many acknowledged being influenced by it despite their reservations.

Conclusion: The study shows that social media can have an ambivalent influence on adolescents' health-promoting choices. It is important to increase their health literacy and encourage critical thinking. Furthermore, there is a need for more research on the growing importance of social media for adolescents' health.

Keywords: Health promotion, adolescent, social media, health literacy, and empowerment

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	2
1.3 HENSIKT OG FORMÅL.....	6
1.4 TEMA OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2.0 TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER	8
2.1 HELSEFREMMEDE ARBEID	8
2.2 HELSEKOMPETANSE	9
2.3 EMPOWERMENT	10
2.4 UNGDOM OG HELSE.....	11
2.5 SOSIALE MEDIER	12
3. 0 METODE	14
3.1 VITENSKAPELIG FORANKRING.....	14
3.2 FORFORSTÅELSE	14
3.3 KVALITATIV TILNÆRMING.....	15
3.4 FOKUSGRUPPEINTERVJU	16
3.5 INTERVJUGUIDE	16
3.6 UTVALG OG REKRUTTERING	17
3.7 FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	18
3.8 TRANSKRIBERING.....	19
3.9 ANALYSE	19
3.10 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	23
4.0 RESULTATER	25
4.1 UNGDOMMERS OPPFATNINGER OG HOLDNINGER TIL HELSEFREMMEDE VALG OG ATFERD	25
4.1.1 Nåtid eller fremtid; kontrastrike perspektiver på helsefremming	25
4.1.2 Betydningen av livsstil og vaner for helsefremmende atferd	26

4.2 SOSIALE MEDIERS BETYDNING FOR HELSEFREMMEDE VALG OG ATFERD.....	27
4.2.1 <i>Følelsen av press og behovet for å passe inn</i>	27
4.2.2 <i>Sosiale medier og avhengighet; påvirkning på konsentrasjon og tidsbruk</i>	28
4.2.3 <i>Balansen mellom inspirasjon og destruktivitet fra sosiale medier</i>	29
4.3 TROVERDIGHET OG TVIL: UNGDOMMENS REFLEKSJONER RUNDT SOSIALE MEDIERS PÅLITELIGHET OG FREMSTILLING	30
4.3.1 <i>Navigasjonen mellom sannhet og usannhet på sosiale medier</i>	30
4.3.2 <i>Fasade og urealistiske forventninger</i>	31
5.0 DISKUSJON AV RESULTATER OG METODE	33
5.1 HVILKEN FORSTÅELSE HAR ELEVER I VIDEREGÅENDE SKOLE RUNDT HELSEFREMMEDE VALG?.....	33
5.2 SOSIALE MEDIERS ROLLE FOR UNGDOM SIN HELSE.....	37
5.2.1 <i>Balansen mellom sosiale medier som kompetanseplattform og som en trussel mot en helsefremmende livsstil</i>	37
5.2.2 <i>Paradokset mellom kritisk tenkning og påvirkning: Ungdommens utfordringer med sosiale mediers innflytelse</i>	40
5.3 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER	43
6.0 AVSLUTNING	48
6.1 KONKLUSJON.....	48
6.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	50
7.0 REFERANSELISTE	51
8.0 VEDLEGG	58
8.1 VEDLEGG NR. 1: INTERVJUGUIDE	58
8.2 VEDLEGG NR. 2 INFORMASJONSSKRIV	60
8.3 VEDLEGG NR. 3: SAMTYKKEERKLÆRING.....	64
8.4 VEDLEGG NR. 4: GODKJENNING FRA SIKT	65

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Den norske regjeringen kom i april 2023 med en pressemelding der de la frem at befolkningen trenger mer kunnskap om konsekvensene av barn og unges skjermbruk på helse, læring og ferdigheter (Kunnskapsdepartementet, 2023). I samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet skal regjeringen sette sammen et utvalg som skal undersøke og foreslå tiltak knyttet til barn og unges skjermbruk, relatert til søvn, psykisk helse og læringsutfordringer (Kunnskapsdepartementet, 2023).

Ifølge folkehelseloven §3 er folkehelsearbeid definert som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse eller som beskytter mot helsetrusler» (Folkehelseloven, 2012, §3). For å kunne optimalisere folkehelsearbeidet er det viktig med kunnskap om befolkningens helse. Dette innebærer en forståelse av hva som påvirker helsen, identifisere utfordringer og utvikle tiltak som kan forbedre helsen (Klepp et al., 2017, s. 23). Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er overvekt og fedme en stor og økende trussel mot den globale folkehelsen. Også i Norge blir dårlig kosthold og fysisk inaktivitet betraktet som noen av de største utfordringene (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er bekymringsfullt at 75% av ungdommer i alderen 11 til 17 år ikke oppfyller de globale retningslinjene for fysisk aktivitet. Samtidig er 22% av dødsfall blant voksne relatert til dårlig kosthold (Goodyear et al., 2021). Studier viser at 20% av unge er overvektige og at tallene øker mot slutten av tenårene (Helsedirektoratet, 2022). Denne utviklingen er skremmende da overvekt hos barn er vist å gi større risiko for sykkelig overvekt i voksen alder, noe som videre gir økt risiko for sykdom og død (Lien & Klepp, 2017, s. 255). Tiltak som fremmer fysisk aktivitet og et godt kosthold er grunnleggende for å forbedre folkehelsen (Goodyear et al., 2021). Helserelatert atferd utvikles fra barndommen. Ungdomstiden er en kritisk fase i livet, der miljøet de lever i har stor betydning. Valgene de tar angående helse i denne perioden kan ha langvarige konsekvenser for fremtidig helse (Szabo et al., 2019).

Dagens ungdom tilhører den første generasjonen som vokser opp med sosiale medier som en integrert del av deres hverdag (Skjerdingsstad, 2022). Bruken av sosiale medier øker betydelig, og tar en stadig større del av unges liv. Den konstante endringen i bruken av sosiale medier gjør det viktig å forstå påvirkningen det har på ungdommen. Sosiale medier spiller en avgjørende rolle i utformingen av helserelatert atferd (Helleve & Klepp, 2017, s. 399). En viktig del av dette er å undersøke hva ungdommen selv tenker rundt bruken av sosiale medier (Skjerdingsstad, 2022). For å kunne utvikle effektive helsefremmende tiltak for ungdom er det viktig å se verden med de samme brillene som de unge. Dette for å forstå deres perspektiver, erfaringer og utfordringer (Aarø & Klepp, 2017, s. 53). En stor utfordring er å finne balansen mellom å utnytte sosiale medier i det helsefremmende arbeidet, samtidig som de negative effektene må reduseres (Helsedirektoratet, 2022). I lys av dette vil det være relevant å undersøke ungdommers opplevelser og erfaringer med sosiale mediers betydning for deres helsefremmende valg, og hvordan de navigerer mellom positive og negative påvirkninger fra sosiale medier. Det vil også være relevant å undersøke ungdommers helsekompetanse og bevissthet rundt bruk av sosiale medier for å kunne utvikle mer effektive tiltak for å fremme sunne valg og øke deres empowerment i denne digitale tidsalderen.

1.2 Kunnskapsgrunlaget

For å hente inn tidligere forskning ble det gjennomført systematiske søk i Epistemonikos, Web of Science, Medline og Cochrane Library, med søkeord som «youth», «adolescent», «teen», «social media», «health», «nutrition», «exercise», «health promotion», «health literacy» og «health behaviour». Søkeordene ble kombinert med «and» eller «or», og søkene ble avgrenset til engelsk- og norskspråklige artikler fra de siste ti årene. Ved bruk av disse søkeordene eksisterte det lite norsk forskning, og ingen systematiske oversiktsartikler. På bakgrunn av dette har vi bevisst fokusert på europeisk forskning. Likevel ble forskning fra andre land inkludert, der vi anså det som relevant for denne studien. I de følgende avsnittene presenteres noen sentrale funn.

Påvirkning fra jevnaldrende har stor betydning for unge. Gjennom ungdomsårene blir spisevaner påvirket av sosiale normer som kan skape press (Chung et al., 2021). Helsekompetanse er en avgjørende faktor for hva ungdom spiser (Qutteina et al., 2022). Tidligere forskning konkluderer med at sosiale medier har en stor påvirkning på ungdommers hverdag og at det har en viktig rolle i helsespørsmål (Chung et al., 2021). Det innholdet som unge møter på sosiale medier kan enten hjelpe eller forvrengte deres helsekompetanse (Qutteina et al., 2022). Sosiale medier kan ha både positiv og negativ innflytelse på folkehelsen. Barneombudet utarbeidet i 2019 en ekspertgruppe med ungdommer som skulle diskutere sosiale medier, som en del av barneombudets arbeid for å sikre barn og unge en trygg digital hverdag. Selv om ungdommene rapporterte om stress, press, mobbing og påvirkning, var de også opptatt av at sosiale medier var en positiv påvirkning. De mente at sosiale medier var en plattform der de kan uttrykke seg, finne informasjon, holde seg oppdatert og være sosial (Barneombudet, 2019, s. 7–9). Beyens et al. (2020) presenterer i sin artikkel at sammenhengen mellom bruken av sosiale medier og trivsel varierer sterkt blant ungdom. I resultatene fant de at 46% følte seg bedre etter passiv bruk av sosiale medier, 10% følte seg verre, og 44% hadde ingen endring (Beyens et al., 2020). Plaisime et al. (2020) hadde som mål med sin studie å undersøke hvordan sosiale medier ble brukt, strategier for å engasjere ungdom og anbefalinger for helsefremmende tiltak. Funnene tydet på at sosiale medier skaper motivasjon og oppmuntring til endring av vaner og atferd (Plaisime et al., 2020). Dette bekreftes av Chung et al. (2021) som i sin studie rapporterte at sosiale medier har et stort rekkevidde og er en effektiv plattform for å engasjere ungdom, en målgruppe som er vanskelig å engasjere i folkehelsearbeid. Plattformene kan brukes til å informere, påvirke og overbevise (Chung et al., 2021). Samtidig er det mye forskning rundt sosiale mediers negative innflytelse på ungdommer. Tidligere forskning viser at ungdom har økt sannsynlighet for å spise mat som de har sett på sosiale medier, og at de som brukte sosiale medier hadde større sannsynlighet for å innta usunn mat (Kucharczuk et al., 2022). Den voksende bruken av sosiale medier kan utvikle seg til en helsefarlig avhengighet (Paakkari et al., 2021). Nadkarni & Hofmann (2012) konkluderte i sin artikkel at grunnene til at vi bruker sosiale medier er behovet for tilhørighet og behovet for selvframstilling. Dette bekreftes av studien til Fabris et al.

(2020) som presenterte at en redsel for å falle utenfor eller gå glipp av noe på sosiale medier fører til økt stress, som igjen kan føre til avhengighet og en negativ innvirkning på ungdommens helse (Fabris et al., 2020; Nadkarni & Hofmann, 2012). Funnene til Winstone et al. (2022) som undersøkte sammenhengen mellom sosiale medier og stress hos ungdom, refererte også til at sosiale medier førte til en skyldfølelse for tidsbruken og avhengigheten. I tillegg var forventningene til tilgjengelighet og respons fra jevnaldrende sett på som en kilde til stress (Winstone et al., 2023). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) publiserte i 2017 en rapport om stress og press blant ungdom. Deltakerne i forskningen knyttet sosiale medier til både avslapping og stress (Eriksen et al., 2017, s. 10). Ifølge rapporten er sosiale medier en stor kilde til press for unge, samt en forventning om alltid å være tilgjengelig. Selv ved denne påvirkningen var det ikke et valg for ungdommen å være uten sosiale medier, da de mente det gikk ut over deres sosiale liv (Eriksen et al., 2017, s. 73). Studien til Buda et al. (2020) konkluderer med at problematisk bruk av sosiale medier er assosiert med dobbelt så høy risiko for dårlig søvnkvalitet, samt lavere livstilfredshet. Resultatene i studien viste også at bruk av sosiale medier hos jenter var knyttet til lavere fysisk aktivitet, mens det blant gutter var knyttet til høyere fysisk aktivitet (Buda et al., 2021). Kucharczuk et al. (2022) presenterer i sine resultater at sosiale medier påvirket ungdom til å konsumere usunn mat og drikke. Studien bemerket seg også rollen kjendiser og influensere spiller i unges matpreferanser. Selv om deltakerne mente at deres innflytelse kunne være både negativ og positiv, var det flest negative konsekvenser (Kucharczuk et al., 2022). Den høye eksponeringen fra jevnaldrende på sosiale medier kan påvirke oppfatningen om hva andre spiser og dermed hva ungdommen burde spise selv. Ofte var denne maten som ble presentert usunn mat (Qutteina et al., 2022).

Goodyear et al. (2021) presenterer i sin artikkel en systematisk gjennomgang av studier om effekten av sosiale medie-intervensjoner på fysisk aktivitet og kosthold hos unge og voksne. Bakgrunnen for studien er at sosiale medier er et kraftig verktøy for å nå ut til, påvirke og endre fysisk aktivitet og kostholdsrelatert atferd. Studien legger frem at funksjonaliteten til sosiale medier blir mer mangfoldig, noe som gir

flere muligheter når det kommer til bruken av sosiale medier i helsefremmende arbeid (Goodyear et al., 2021). Studiene som ble inkludert i gjennomgangen indikerer at sosiale medier ble brukt både passivt, gjennom å se hva andre legger ut, og aktivt, gjennom deling, likes og kommentarer, og konkluderer med at sosiale medie-intervensjoner kan ha positiv virkning på fysisk aktivitet og kosthold (Goodyear et al., 2021). Ifølge Pei et al. (2018) er sosiale medie-kampanjer en god måte å fremme helse hos ungdom, og at de er effektive i å endre helseoppfatning og helseatferd. Hsu et al. (2018) ønsket i sin studie å undersøke sosiale medie-intervensjoners effekt på ernæring. Resultatene her var at sosiale medier kunne føre til økt inntak av sunn mat, men også en liten reduksjon i ugunstige matvaner (Hsu et al., 2018). Plaisime et al. (2020) trekker frem at ungdom bruker sosiale medier for å søke om helseinformasjon og at det er en plattform der alle kan dele meninger og erfaringer. Det gjør at informasjonen som deles ikke nødvendigvis er korrekt, og det gjør det vanskelig for ungdom å være sikre på gyldigheten til det de ser (Plaisime et al., 2020). Forskning er delt når det kommer til om ungdom vurderer påliteligheten til det som legges ut på sosiale medier. Flere uttrykker at de tror på informasjonene om de ser den flere steder. (Plaisime et al., 2020). Rapporten til NOVA kom det frem at deltakerne ofte er kritiske til det de finner på nettet når det kommer til skolearbeid, men at det ellers er vanskelig å huske at bilder ofte er redigerte (Eriksen et al., 2017). Sosiale medier er også en plattform for reklame og business, som gjør at det kan være interessekonflikter (Plaisime et al., 2020).

Sosiale medier er oversvømt av helserelatert innhold. Paakkari et al. (2021) konkluderte med at det var behov for mer forskning på helsekompetanse og skolens rolle i å gi ungdommer kontroll over bruken av sosiale medier (Paakkari et al., 2021). Tidligere studier fremlegger at det er behov for mer forskning på mediemiljøet til unge, samt hvordan sosiale medier kan knyttes til endring i fysisk aktivitet og kostholdsrelatert atferd (Goodyear et al., 2021; Kucharczuk et al., 2022). Dette grunnet at det sosiale medie-landskapet er i kontinuerlig endring. Suarez-Lledo & Alvarez-Galves (2021) identifiserer i sin forskning flere kunnskapshull innen helsefremming. De mener det trengs mer forskning på hvor helseinformasjon kommer fra, og påvirkningen på de som mottar informasjonen (Suarez-Lledo &

Alvarez-Galvez, 2021). Sosiale medier tar en økende plass i ungdommers liv. Det finnes mye forskning på innvirkningen det har på psykisk helse, men begrenset forskning om fysisk helse. Det finnes spesielt få studier som omhandler ungdom, selv om det er denne aldersgruppen som bruker sosiale medier mest (Goodyear et al., 2021; Kucharczuk et al., 2022). På bakgrunn av dette har vi i denne studien valgt å fremskaffe kunnskap om unges forhold til helsefremming, og sosiale medier sin rolle når det kommer til deres helsefremmende valg, mest relatert til fysisk aktivitet og kosthold. Andre aspekter som psykisk helse ble også trukket frem av deltakerne, men på bakgrunn av mangelfull forskning relatert til kosthold og fysisk aktivitet har dette vært fokuset i denne studien. I tillegg er det lite forskning relatert til ungdom og helsefremming.

1.3 Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å undersøke hva videregående elever mener helsefremming er, og hvilken betydning sosiale medier har når det kommer til helsefremmende valg. Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om sosiale mediers betydning og dermed få innsikt i hvordan ungdommers helsefremmende atferd formes av sosiale medier. Det er viktig å holde seg oppdatert på sosiale mediers kontinuerlige utvikling og deres innflytelse på unges helse, slik at tiltak som fremmer god helse kan optimaliseres.

1.4 Tema og forskningsspørsmål

Under temaet elever i videregående skole og deres forhold til helsefremming og sosiale medier er det valgt følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken forståelse har elever i videregående skole rundt helsefremming?
2. Hvilke opplevelser og erfaringer har elever i videregående skole med sosiale mediers betydning på helsefremmende valg og atferd?

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. I første kapittel er bakgrunnen for valg av tema gjort rede for. Kapittel én presenterer også tidligere forskning, hensikt, forskningsspørsmål og oppgavens oppbygning. I andre kapittel redegjøres det for teori og teoretiske perspektiver. Neste kapittel inneholder en beskrivelse av metode, derunder planlegging, gjennomføring, arbeid med datamaterialet og etiske overveielser. Funnene i studien presenteres i kapittel fire. Deretter drøftes disse funnene, samt metoden som er brukt i kapittel fem. Oppgaven avsluttes med konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 Teori og begrepsavklaringer

I dette kapitlet presenteres relevante begreper og teorier som skal ligge til grunn for å belyse forskningsspørsmålene og resultatene i studien.

2.1 Helsefremmende arbeid

Hva som legges i begrepet «helse» er omdiskutert og det viser seg å være vanskelig å bare ha én definisjon (Mæland, 2019, s. 26). Mæland (2016) skriver at begrepet er flertydig og mye brukt i dagligtalen uten at folk nødvendigvis tenker noe over hva det betyr. I nyere tid er det tydelig at ordet livskvalitet på noen måter erstatter helsebegrepet, og fokuserer mer på psykologiske og sosiale aspekter. Livskvalitet kan også ha flere betydninger som gjenspeiles av folks ulike oppfatninger på hva «det gode liv» er (Mæland, 2019, s. 26). WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakheter» (WHO, 2020). I følge Mæland (2016) må denne definisjonen forstås på som et ideal og tolker det som «*et fysisk og mentalt overskudd, at man opplever velvære og harmoni, at man har gode relasjoner til andre mennesker, og at man får bukt med seg selv*». Denne tolkningen kan tenkes å ligge nær begrepet «livskvalitet» og at begrepet «helse» blir vurdert mer etter det biomedisinske perspektivet (Mæland, 2019, s. 26–27).

Ifølge WHO er helsefremmende arbeid en prosess som handler om å gjøre mennesker i stand til å ha kontroll over og forbedre helsen sin. Det handler ikke bare om individuell atferd, men også om sosiale og miljømessige faktorer. Målet er å utvikle folks helsekompetanse, gjøre dem mer motstandsdyktige mot truende forhold for helsa og fremme livskvalitet (WHO, u.å.). Mæland (2016) bruker ordene forebyggende helsearbeid og definerer det som en prosess for å fremme befolkningens helse samtidig som risikoen for sykdom reduseres (Mæland, 2019, s. 17). Tveiten (2020) skriver at faktorene som må være tilstede for å fremme helse er anerkjennelse av egen kompetanse, at hver enkelt tar ansvar for egen helse og aktivt deltar i ivaretagelsen av egen helse (Tveiten, 2020, s. 33). Før det helsefremmende arbeidet fikk økt oppmerksomhet handlet det stort sett om en sykdomsforebyggende tankegang når det gjaldt folkehelse. Selv om det i litteraturen ofte blir fokusert på

hvordan helsefremmende atferd kan hindre sykdom og død, handler ikke god helse bare om å utsette eller kurere sykdom, men mer som et middel for å skape muligheter for å øke livskvaliteten (Aarø & Klepp, 2017, s. 44; Mæland, 2019, s. 16–17). Ifølge Aarø & Klepp (2017) har livskvalitet og helsefremming klar sammenheng med en persons livsstil. Magne Nylenna definerer livsstil som summen av de vanene enkeltindivider har. Disse vanene relaterer han til døgnrytme, kosthold, seksualliv, alkohol, tobakk, fysisk aktivitet, arbeidsliv og det sosiale livet (Aarø & Klepp, 2017, s. 40). Et viktig bidrag til nytenkning og engasjement i det forebyggende helsearbeidet er Ottawa-charteret, som i utgangspunktet var et rammeverk for hvordan en skulle tilnærme seg utfordringer i henhold til hygiene på 1900-tallet. Charteret har sterke historiske røtter og ble utviklet i en tid med mye endringer kulturelt, økonomisk og politisk. Det ble fastslått at “helse skapes i hverdagslivets kontekst: der folk lever, elsker, arbeider og leker”, og en ny tankegang om en aktiv og interaktiv forståelse av helse ble introdusert (Gammersvik & Bogsnes Larsen, 2018, s. 29–30). Dokumentet tok for seg fem hovedstrategier for hva som må inkluderes i et slikt arbeid; føre en helsefremmende politikk, skape støttende miljøer for helse, styrke mulighetene og helsearbeidet for lokalsamfunnet og helsetjenesten og sette folk i stand til å ta gode valg for sin egen helse (Gammersvik & Bogsnes Larsen, 2018, s. 29–30; Klepp et al., 2017, s. 22).

2.2 Helsekompetanse

Helsekompetanse er evnen til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon (Tveiten, 2020, s. 15). En persons helsekompetanse kan påvirkes av faktorer som sosioøkonomisk status, utdanningsnivå og kulturelle faktorer, og en persons helsekompetanse kan påvirke helseutfall (Helsedirektoratet, 2018).

Helseopplysninger kommuniseres i dag gjennom mange kanaler, der internett og sosiale medier blir stadig større, dette uten at noen har det faglige ansvaret for hvordan denne informasjonen gis, tas imot eller oppfattes. Hvordan denne store mengden av helseinformasjon oppfattes og forstås, er av stor helsefremmende betydning. Kritisk vurdering av helseinformasjon fra sosiale medier er dermed viktig,

spesielt for ungdom (Tveiten, 2020, s. 44 og 52). Ungdommer er fortsatt i en utviklingsfase når det gjelder kompetanse til risikovurdering og impulsivitet (Plessen & Kabicheva, 2010). Regjeringens strategi for økt helsekompetanse presenterer et økende behov for helsekompetanse, på grunn av den hyppige eksponeringen av påstander og informasjon fra sosiale medier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er avgjørende at ungdom har de nødvendige ferdighetene til å finne helseinformasjon, men også å kunne vurdere troverdigheten til denne informasjonen.

2.3 Empowerment

Empowerment er sentralt i helsefremmende arbeid. Empowerment defineres ifølge WHO (2006) som en prosess der mennesker øker sin makt og kontroll over egen livssituasjon (Tveiten, 2020, s. 33). Empowerment kan beskrives på individ, gruppe og samfunnsnivå, og disse nivåene må sees i sammenheng med hverandre. Empowerment på individnivå handler om individets evne til å ta beslutninger og kontroll over eget liv (Tveiten & Boge, 2014, s. 17). Empowerment handler om å styrke folks egne evner og ressurser, og gi dem muligheten til å ta informerte valg og handle på egne vegne, gjennom økt kunnskap, bevissthet og deltakelse (Tveiten, 2020, s. 33). Empowerment består av tre grunnleggende prinsipper: omfordeling av makt, medvirkning og synet på bruker som ekspert på seg selv (Tveiten & Boge, 2014, s. 16) (Tveiten & Boge, 2014, s. 16). Makt kan beskrives som evnen til å påvirke andre til å utføre handlinger som de normalt sett ikke ville gjort av seg selv (Rønning, 2007). Makt kan også relateres til evnen eller kraften til å ha innflytelse over seg selv (Aanesen, 2021). Ideen om at folk skal ha makten over sin egen helse står høyt, og som skaper et skille mellom det sykdomsforebyggende og det helsefremmende (Mæland, 2019, s. 17). At hver enkelt er ekspert på seg selv er grunnleggende i empowerment-tenkningen (Tveiten, 2020, s. 41). Dette betyr at ungdommens kompetanse må anerkjennes og at deres opplevelser og erfaringer er viktige. Klepp (2017) beskriver derimot at økt makt i seg selv ikke nødvendigvis vil gi en bedre helse, og at det handler om hvordan makten brukes. Målet vil fremdeles handle om å påvirke faktorer som personlighet, miljø og kultur i en retning for å

fremme helsen, og å sikre gode muligheter for en god helse og trivsel hos ungdom (Aarø & Klepp, 2017, s. 59). Sosiale medier bidrar til at informasjon spres til store deler av befolkningen. Sosiale medier gir ungdom en plattform til å uttrykke seg, dele meninger og få tilgang til informasjon. Dette gir folk muligheter til å tilegne seg kunnskap som er viktig for å styrke deres helsekompetanse. Økt kunnskap gir også mulighet til større medvirkning og påvirkning, som igjen vil øke folkets empowerment. Ved at ungdom får informasjon gjennom sosiale medier, gir dem muligheten til å tilegne seg kunnskap og ressursene de trenger for å kunne ta egne beslutninger. Det fører til at de kan ta ansvar over eget liv, og dermed øke sin empowerment (Mæland, 2019, s. 79).

2.4 Ungdom og helse

Ungdom defineres av WHO som aldersgruppen 10 til 19 år (Klepp et al., 2017, s. 19). Helserelatert atferd og ferdigheter formes allerede fra barndommen, og ungdomstiden er en viktig periode for utvikling av helsevaner og livsstil (Szabo et al., 2019). I overgangen til ungdomstiden blir flere inaktive og kostholdet gjennomgående mer usunt (Mæland, 2019, s. 199). Ungdommer er i et kritisk stadium i livsløpsutviklingen, og blir mye påvirket av miljøet de lever i. De er i en brytningsfase i livet der de må ta et større ansvar når det kommer til egen helse. Selv om deres helseatferd fortsetter å bli påvirket av familien og skolen, blir de nå også mer påvirket av sosiale normer og jevnaldrende (Aarø & Klepp, 2017, s. 38). Ungdom er utsatte og sårbare når det kommer til gruppepress og et ønske om å passe inn (Qutteina et al., 2022). Et psykisk helsefremmende arbeid for unge kan defineres som «å styrke den enkeltes evne til å takle utfordringene vedkommende står overfor under oppveksten, å utvikle et positivt selvbilde, mestringsevne, velvære og å klare seg i motgang» (Aarø et al., 2017, s. 97). Det er flere faktorer som påvirker unges helseatferd, deriblant personlige faktorer, sosial kontekst og kulturell kontekst (Aarø & Klepp, 2017, s. 51–52). Sosiale medier er en stor del av ungdommens hverdag, og blir da en viktig faktor i deres handlinger. Helsevalg tatt som ungdom kan være avgjørende for langsiktige helseutfordringer (Pei et al., 2019). Derfor kan målrettet

arbeid med folkehelseintervensjoner til unge være viktig for å forebygge fremtidige helseproblemer (Bröder et al., 2017). En helhetlig forståelse av ungdoms helseatferd er nødvendig for å kunne utvikle effektive intervensjoner og strategier for å fremme helseatferd hos ungdom. For å få til dette er det viktig å få innsikt i hvordan sosiale medier påvirker unges oppfatning av hva som er sunt. Dette gjennom en forståelse av hvordan den kontinuerlige strømmen av informasjon tolkes av de som mottar den, og om ungdom greier å skille mellom det som er riktig og feil informasjon med tanke på helsefremmende valg. Skolen og skolehelsetjenesten er sentrale aktører i unges liv, da disse arenaene er med på å forme unges livsstil, både i skoletiden, men også i livet ellers. Et fokus på helsekompetanse og helsefremming i skolen er derfor avgjørende (Haugland, 2017, s. 332–337). I den nye læreplanen på skolen skal det nye tverrfaglige temaet «folkehelse og livsmestring» bidra til å gi elevene økt kompetanse som kan fremme psykisk og fysisk helse, og øke deres muligheter til å ta gode livsvalg. Begrunnelsen er at det er betydningsfullt å kunne forstå og påvirke faktorer som kan ha innflytelse på eget liv. Både fysisk helse, levevaner og mediebruk står som aktuelle temaer (Udir, u.å.).

2.5 Sosiale medier

Sosiale medier er en samlebetegnelse på digitale plattformer og verktøy som gjør det mulig for brukerne å skape og dele innhold. De første sosiale nettverkstjenestene i Norge kom i 2002, mens utbredelsen vokste etter at Facebook ekspanderte internasjonalt (Enli & Aalen, 2023). Sosiale medier gjør det mulig for privatpersoner å kommunisere og samhandle med hverandre, og brukes også til nyhetsformidling, markedsføring, politiske ytringer og offentlig informasjon (Enli & Aalen, 2023). Gjennom sosiale medier har enkeltindivider mye makt og innflytelse (Liverød, 2010). Plattformene gjør at ungdom kan dele meninger og handlinger med hverandre, i tillegg til at de gjennom likes og kommentarer kan engasjere seg (Fabris et al., 2020; Goodyear et al., 2021). Sosiale medier bruker algoritmer for å distribuere nyheter. Dette gjør at brukerne blir eksponert for nyheter og saker som algoritmen tror vil interessere dem basert på tidligere handlinger og brukerdata. Dette kan resultere i at

nyhetstilbudet blir begrenset til bestemte temaer, vinklinger og perspektiver som ikke nødvendigvis gir et helhetlig og variert bilde av virkeligheten (Enli & Aalen, 2023). Ifølge en rapport fra medietilsynet i 2022 er tilnærmet alle barn over 13 år på sosiale medier, Youtube, Snapchat og TikTok er de mest brukte (Medietilsynet, 2022). I aldersgruppen 16 til 18 år er det over 90% av jenter og over 70% av gutter som bruker TikTok, over 80% av jenter og over 90% av gutter som bruker Youtube, og Snapchat brukes av over 90% av både gutter og jenter (Medietilsynet, 2022). Norske ungdommer bruker i gjennomsnitt over tre timer på sosiale medier daglig (Heimen, 2022). Sosiale medier kan ha både positive og negative effekter på ungdommens helse (Helleve & Klepp, 2017, s. 402). Det kan ha en innvirkning på unges holdninger og oppfatninger om hva som er viktig for å ivareta god helse. På den ene siden kan overdreven eksponering av idealer og kropp på sosiale medier føre til usunne tanker om kroppsbilde og selvoppfatning (Fardouly & Vartanian, 2015). På den andre siden kan sosiale medier også fungere som en positiv plattform for inspirasjon og informasjon om sunne valg (Goodyear et al., 2021). Sosiale medier kan være en plattform for å få helsefremmende budskap direkte ut til ungdommen, og på den måten gi tilgang på helseinformasjon som kan øke helsekompetansen (Helleve & Klepp, 2017, s. 406). Likevel kan det være utfordringer med å skille mellom kvalitetssikret helseinformasjon og informasjon som kan være skadelig for ungdommenes helse (Plaisime et al., 2020).

3. 0 Metode

I dette kapitlet presenteres studiens valg av metode. Gjennomføringen og vurderinger av forskningsprosessen blir beskrevet, samt refleksjoner og etiske aspekter.

3.1 Vitenskapelig forankring

I denne studien ble det valgt en hermeneutisk tilnærming, som handler om å tolke tekster og utforske en dypere mening. Spørsmålene som stilles og svarene deltakerne kommer med blir gjort om til tekst, og målet er å oppnå en pålitelig og allmenn tolkning av denne teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73–74).

Hermeneutikken baserer seg på fortolkningsprinsipper som omhandler en kontinuerlig tilnærming der en beveger seg frem og tilbake i materialet. Prosessen innebærer å dele opp teksten og sette disse delene sammen i relasjon til helheten, som skjer gjennom flere omganger. Først må teksten grundig leses for å få et inntrykk av hva som er helheten. Dette inntrykket utvikles til nye forståelser av helheten og danner et nytt grunnlag for vår forståelse. Denne tilnærming kalles for den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237; Lærgreid & Skorgen, 2014, s. 11).

3.2 Forforståelse

I følge Malterud (2017) er forforståelsen individuelle erfaringer og forutsetninger som danner tolkningsgrunnlaget forskeren bringer med seg inn i et forskningsprosjekt (Malterud, 2017, s. 44). Fangen (2014) trekker frem at det er umulig å gå inn i et forskningsprosjekt uten å inneha forkunnskap og poenget handler om å klargjøre denne forkunnskapen (Fangen, 2014, s. 43). For å sikre en dypere forståelse av informantenes opplevelser og uttalelser, er det viktig at forskeren er bevisst på sin egen forforståelse og hvordan denne kan påvirke tolkningsprosessen. En åpen og reflekterende tilnærming vil bidra til en mer nøyaktig tolkning av informantenes

erfaringer og uttalelser, og dermed føre til en mer omfattende analyse av forskningsdataene (Dalen, 2011, s. 18).

Vår forforståelse i denne sammenheng er på bakgrunn av at vi begge har en helsefaglig utdanning og et helsefaglig perspektiv, som sykepleier og osteopat. Masterstudiet i Empowerment og Helsefremmende arbeid har gitt oss et helsefremmende perspektiv, og begrepet helsefremming er noe vi har arbeidet mye med, noe som kan føre til at vi har en annen oppfattelse og forståelse av begrepet enn deltakerne har. Videre kan også vår alder og erfaring medføre en annen forståelse av både helsefremming og sosiale medier. Vi har forsøkt å holde oss nøytrale gjennom hele forskningsprosessen, og deltakernes forståelse av helsefremming og sosiale medier har vært i fokus. Likevel vil vi automatisk skyve noe av vår forforståelse med i valg av teori og drøfting. Sosiale medier er en viktig del av dette prosjektet og vi er selv aktive brukere av sosiale medier, noe som kan ha en påvirkning på vår forståelse av resultatet og gjennomføring av analysen. En av oss har i tillegg en søster på alder med deltakerne i studien, noe som kan påvirke hennes forforståelse relatert til ungdom og sosiale medier.

3.3 Kvalitativ tilnærming

For å besvare problemstillingen ble et kvalitativt forskningsdesign benyttet. Den kvalitative metodens egenart handler om å utforske og fortolke meningen med ulike sosiale fenomener på den måten det oppleves for de involverte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Denne metoden kan bidra til å belyse ulike nyanser, mangfold og subjektivitet (Malterud, 2017, s. 30). Et kvalitativt design egner seg godt for å lære om erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger, og kan utvide vår innsikt i motivasjonen bak menneskelige handlinger. Det legger grunnlaget for å stille nye spørsmål fremfor å lete etter gamle svar og for å kunne utvikle nye beskrivelser eller begreper (Malterud, 2017, s. 32). Studien ønsker å synliggjøre sosiale medias betydning for helsefremmende valg og et kvalitativt design vil da bidra til å utforske individualiteten, og få en bredere forståelse av de involverte sine subjektive

erfaringer, opplevelser og meninger om dette fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). På bakgrunn av dette mente vi at kvalitativ tilnærming var mest passende for denne studiens formål.

3.4 Fokusgruppeintervju

Forskningsdesignet som ble benyttet i studien var kvalitative fokusgruppeintervjuer som handler om å samle en gruppe mennesker for å diskutere et tema. Ambisjonen var å oppmuntre til diskusjon og refleksjon rundt deltakernes ulike synspunkter. I tillegg utnytte samhandlingen i gruppen for å få frem andre erfaringer og fortellinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 80). Begge masterstudentene deltok i intervjuene, den ene som moderator og den andre som sekretær. Sekretæren deltok ikke i samtalen, men kunne ta notater når noen snakket lavt og navnfeste replikker (Malterud, 2017, s. 138). Det ble gjennomført fire intervjuer, for å få god informasjonsstyrke, samtidig som tidsrammen til masteren kunne overholdes. Vi valgte å bruke fokusgruppeintervjuer for å få en bredde av synspunkter, og gjennom diskusjonen deltakerne i mellom få et mer omfattende bilde av betydningen av helsefremming og sosiale medier for målgruppen.

3.5 Intervjuguide

I forkant av intervjuene ble en intervjuguide (vedlegg 1) utarbeidet i den hensikt å fungere som en veiledning i intervjuene. Utarbeidelsen ble nøye gjennomtenkt for å skjerpe forskningsfokuset og for å utfordre forforståelsen. Det ble valgt en semistrukturert tilnærming med 14 spørsmål som ble skrevet ned på forhånd. Ifølge Brinkmann & Kvale (2018) brukes et semistrukturert intervju når intervjupersonenes perspektiver skal undersøkes. Det er en fleksibel guide der det blir gitt rom for deltakerne til å komme med dimensjoner som de mener er viktige i relasjon til temaet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 16). Spørsmålene ble nøye utarbeidet slik at det var en tydelig sammenheng med temaet og forskningsspørsmålene. Svaralternativene var åpne, ettersom ja og nei-spørsmål er lite egnet i en kvalitativ studie og det ble stilt

oppfølgende spørsmål på bakgrunn av hva deltakerne fortalte (Malterud, 2012, s. 33). En semistrukturert intervjuguide ble derfor brukt i vår studie, da vi skulle undersøke videregående elevers egne opplevelser og erfaringer om helsefremming og sosiale medier.

3.6 Utvalg og rekruttering

Studien baserte seg på et strategisk utvalg. Ifølge Wibeck (2011) bør det etterstrebes å strategisk velge ut deltakere for å få de beste forutsetningene for å belyse problemstillingen (Wibeck, 2011, s. 18). Inklusjonskriteriene for utvalget var elever fra andre og tredje klasse i videregående skole, som var mellom 16 og 19 år. I kvalitative intervjuer er det ofte hensiktsmessig med forholdsvis små utvalg, som er nært knyttet opp mot fokuset i studien (Dalen, 2011, s. 95). I vår studie besto hver fokusgruppe av fem til ni deltakere, for å få et bredt nok mangfold av data, samtidig som det ga rom for at alle kunne delta i diskusjonen. Dette antallet deltakere ble vurdert som tilstrekkelig nok dersom det skulle bli frafall kort tid før gjennomføring (Wibeck, 2011, s. 19; Malterud, 2012, s. 40). Malterud (2012) påpeker at for å få empiriske data med godt analysepotensial er det viktig at det er en god balanse mellom fellesskap og mangfold (Malterud, 2012, s. 42). Utvalget var forholdsvis homogene med tanke på alder og bakgrunn, som er gunstig når tanker og ideer skal utveksles med hverandre. Vi valgte likevel å inkludere begge kjønn, for å få bredden i erfaringer (Wibeck, 2011, s. 18–19).

For å sikre tilstrekkelige mengde deltakere benyttet vi et tilgjengelighetsutvalg. Et tilgjengelighetsutvalg er et strategisk utvalg der en inkluderer de deltakerne det er mulighet å få tak i (Malterud, 2017, s. 59). Utvalget ble rekruttert gjennom kontakt med rektorer på aktuelle skoler som ble våre kontaktpersoner. Rektor identifiserte aktuelle klasser, tok kontakt med lærere, og sendte informasjonen om studien videre til elevene. Rekrutteringen av deltakere var en lang og tidkrevende prosess. Vi tok kontakt med mange skoler, der de fleste skolene ikke hadde mulighet til å delta, eller hadde vansker med å rekruttere nok antall elever til intervjuene. Opprinnelig skulle

hver fokusgruppe bestå av elever fra samme klasse. Dette viste seg å være vanskelig å gjennomføre da skolene på forhånd hadde satt sammen gruppene. Vi endte opp med tre intervjuer der deltakerne var fra samme klasse, og ett intervju med deltakere fra forskjellige klasser. To grupper med elever fra en skole på Vestlandet og to grupper med elever fra en skole på Østlandet.

3.7 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Før intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju der vi fikk mulighet til å prøve ut spørsmålene og lydopptaket. Under fokusgruppeintervjuer er moderator den som styrer intervjuet og samtalen mellom deltakerne, mens en sekretærs oppgave er å følge med og ta notater (Malterud, 2012, s. 66–67). Ettersom vi er to masterstudenter, en fra Østlandet og en fra Vestlandet, valgte vi å bruke moderator med den samme dialekten som deltakerne til å gjennomføre intervjuene. Dette med et håp om å styrke tilliten og gi en følelse av fellesskap. Intervjuene ble gjennomført på grupperom på de aktuelle skolene. Tidspunkt og sted for intervjuene ble bestemt i samarbeid med skolene, og hva som passet best for elevene. Vi fikk gjennomført intervjuene i skoletiden, som var en god måte å hindre frafall på. Det ble servert frukt, snacks og drikke under intervjuet.

Ved fremmøte fikk deltakerne utdelt informasjonsskrivet og et samtykkeskjema som ble signert. I og med at de er over 16 år var det ikke krav om foreldresamtykke for deltagelse (Helseforskningsloven, 2009, §17, n.d.). Vi startet intervjuet med å presentere oss selv og prosjektet. Deretter hadde vi en kort presentasjonsrunde med navn og klasse, som Malterud (2012) skriver at er nyttig ved senere transkribering. Under presentasjonen av studiet ble det understreket at vi var interessert i elevenes tanker, meninger, erfaringer og at vi var der for å lære av dem (Malterud, 2012, s. 69). Intervjuene varte mellom 60 til 80 minutter og ble avsluttet ved å spørre om deltakerne fortsatt ville delta i studien. Ingen av deltakerne valgte å trekke seg.

3.8 Transkribering

Alle opptakene ble transkribert og strukturert i tekstform for å gjøre materialet tilgjengelig for analyse. Fire intervjuer utgjorde totalt 85 maskinskrevne sider med skrifttype Calibri og skriftstørrelse 12. Transkriberingen ble gjennomført av masterstudentene og ingen lydbasert direktekodning eller sekretær ble benyttet. Når forskerne selv har vært til stede i intervjuene er det lettere å forstå nyansene i opptakene under transkriberingen, og slik få en bedre oversikt over materialet. I tillegg kan dette bidra til å få nye perspektiver på andre problemstillinger eller oppdage løse tråder i materialet. Forskerens fokus utvides og det gir et bedre helhetsinntrykk av materialet. Det kan også gi nye tanker om ulike sosiale og emosjonelle aspekter, og allerede skape en begynnende meningsanalyse. Dette kan styrke kvaliteten i arbeidet og legge et godt grunnlag for analysen videre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207; Malterud, 2012, s. 96–97). Materialet ble ordrett transkribert, fyllord ble skrevet ned, for eksempel ord som «eh», «liksom» og «mhm», og for deler av samtalen som ikke var mulig å identifisere ble tegnet «[» brukt. Transkriberingen ble skrevet på bokmål og dialekt ble utelatt for å ivareta anonymiseringen til deltakerne. Lydkvaliteten var for det meste god, men i deler av opptakene var lyden lav og støy kunne forekomme. Dette gjorde arbeidet med transkriberingen mer tidkrevende og anstrengende ettersom det måtte spoles mye fram og tilbake for enkeltsetninger. Vi transkriberte to intervjuer hver og etterpå hørte vi gjennom hverandres intervjuer i sin helhet for å kvalitetssikre innholdet og sjekke at alt ble skrevet ned ordrett. Detaljer og presisjon ble lagt stor vekt på slik at strukturen ble mest mulig representativ for det deltakerne fortalte under intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207).

3.9 Analyse

Etter transkripsjonen utførte vi en grundig analyse av materialet. Vi benyttet Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering som analysemetode for å identifisere, analysere og rapportere de ulike mønstrene som kom frem i det innsamlede materialet. Ifølge Malterud (2017) er det avgjørende at analysen blir

utført på en systematisk og refleksiv måte, slik at gruppeintervjuene kan danne grunnlaget for pålitelig vitenskapelig forskning (Malterud, 2017, s. 17). Systematisk kritisk refleksjon handler om å kritisk vurdere kunnskapen som presenteres og vise til et resultat uten tilfeldige inntrykk eller selvverifiserende påstander. Å være reflekterende innebærer at forskeren har evne til å stille spørsmål til valg av metoder og konklusjoner (Malterud, 2017, s. 17–19). Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering gjennomføres i fire trinn som utgjør hovedstrukturen av metoden: 1) skape et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere innholdet av de meningsbærende enhetene i en kondensering og 4) sammenfatte betydningen av dette i en syntese (Malterud, 2017, s. 97–116).

I trinn 1 handlet det om å danne seg et helhetsinntrykk av de fire intervjuene og vurdere mulige temaer som representerte det elevene fortalte om deres opplevelser av sosiale medier og helsefremmende valg. Samtidig la vi til side vår forforståelse og teoretiske referanseramme. Vi var to masterstudenter som gjennomgikk analysen, og leste hver for oss for å skape vårt eget inntrykk før vi oppsummerte sammen. Etter første trinn satt vi igjen med fem foreløpige temaer. I trinn 2 ble materialet gjennomgått på nytt og ble mer organisert ved å trekke frem det vi ønsket å studere nærmere, resten ble lagt til side. Deretter gikk vi igjennom hver linje systematisk for å identifisere meningsbærende enheter som vi anså som relevante. Til slutt sammenlignet vi hverandres identifisering av materialet og ble enig om hva vi ønsket å gå videre med i prosessen som var mest hensiktsmessig for å belyse forskningsspørsmålene våre. Ettersom vi var to masterstudenter i prosessen ble utførelsen mer omfattende, men sjansen for å overse viktige detaljer ble desto mindre. Trinn 3 handlet om å hente ut mening fra de meningsbærende enhetene på en systematisk måte og deretter kode dette inn i grupper (Malterud, 2017, s. 100–105). Denne delen av analysen ble gjort for hånd og vi brukte fargekoder som hjelp til å sortere informasjonen inn i foreløpige kodegrupper. Denne gjennomgangen ble gjort totalt fire ganger slik at vi ble sikre på at det mest representative og relevante for temaet vårt ble trukket frem. Vi endte opp med tre hovedkategorier og to til tre undergrupper for hver av disse kategoriene, i tillegg tok vi de meningsbærende enhetene og skrev en sammenfattet tekst for å oppsummere hver kodegruppe. Siste

trinn gikk ut på å danne en syntese av de sammenfattede tekstene under kondenseringen. Syntesen ble skrevet i tredjeperson, da vår rolle var å formidle på vegne av deltakerne for å skape ny kunnskap. Noen av de meningsbærende enhetene ble bevart som direkte sitater, referert til som «gullsitater», da de fungerer som gode og utdypende eksempler for den analytiske teksten (Malterud, 2012, s. 108–116). Gjennom hele analyseprosessen samarbeidet vi med og fikk innspill fra veileder. Til slutt gjennomførte vi en avsluttende analyse som dannet grunnlaget for presentasjonen av studiens funn. Nedenfor i tabell 1 blir et utdrag fra analysen illustrert.

Tabell 1: utdrag fra analysetabellen

Hovedtema	Undertema	Meningsbærende enheter
Forståelse og holdninger til helsefremmende valg og atferd	Nåtid eller fremtid; kontrastrike perspektiver på helsefremming	<p>«Man trenger ikke nødvendigvis å spise sunt så lenge man spiser variert» (Deltaker 21).</p> <p>«Jeg føler det med helsefremmende valg er å ta på en måte valg som gjør at du får en sunn livsstil i fremtiden» (Deltaker 3).</p> <p>«Jeg tenker også litt på at det er på en måte de hverdags valgene man tar og heller holde seg i aktivitet» (Deltaker 28).</p> <p>«Være liksom sånn høre på kroppen, altså sånn trene mye men hvis du ikke føler for det, så ta det rolig. Også liksom, ja bare høre på kroppen liksom» (Deltaker 25).</p>
	Betydningen av livsstil og vaner for helsefremmende atferd	<p>«Jeg tenker at man tenker kanskje mest over at man ikke bør gjøre det etter at man har gjort det» (Deltaker 7).</p> <p>«Hvis du har gode vaner så blir det veldig naturlig. Og for eksempel spise variert da ...» (Deltaker 13).</p>

	<p>Følelsen av press og behovet for å passe inn</p>	<p>«... det stresset på en måte med at «å jeg må svare» eller «jeg må være aktiv» liksom» (Deltaker 29).</p> <p>«Jeg har hvertfall følt på det at oj shit nå har jeg bare ligget her nå, også har folk vært på fjellet og da kan man kjenne litt på det, på samvittigheten» (Deltaker 13).</p> <p>«Jeg tror at man vil også på en måte passe inn så da går man på sosiale medier for å se okei hva gjør andre også prøver man på en måte å etterligne også blir det bare sånn at alle gjør det som alle andre gjør» (Deltaker 28).</p>
	<p>Sosiale medier som avhengighet; påvirkning på konsentrasjon og tidsbruk</p>	<p>«... på TikTok da, så er det veldig korte videoer og det kan gjøre at vi får mye kortere konsentrasjonspenn som da gjør at vi ikke klarer å fokusere like bra i hverdagen, på skolen for eksempel» (Deltaker 4).</p> <p>«... det er negativt at den dopaminavhengigheten man får gjør at man kanskje blir sittende litt for lenge selv om det er andre ting man skal gjøre» (Deltaker 20).</p>
	<p>Balansen mellom inspirasjon og destruktivitet fra sosiale medier</p>	<p>«Jeg føler at sosiale medier kan ha to veldig ekstremt forskjellige påvirkninger på deg» (Deltaker 27).</p> <p>«...at du får dårlig samvittighet eller at du blir inspirert» (Deltaker 15).</p> <p>«Fordi en del ser jo på det som noe positivt, som lærdom og inspirasjon til hvordan man eventuelt skulle ønske at man så mer ut som, mens for andre blir det jo mer den destruktive delen hvor det er sånn «jeg kommer aldri til å se sånn ut», ehh ja «dette får jeg ikke til, og dette var trist å se opplegg» (Deltaker 27).</p>
<p>Troverdighet og tvil; Deltakernes bevissthet rundt sosiale mediers pålitelighet og fremstilling</p>	<p>Navigasjonen mellom sannhet og usannhet på sosiale medier</p>	<p>«...jeg trodde ikke på det sånn umiddelbart når jeg ser det på TikTok, for jeg tenker ikke det er en god kilde til kunnskap» (Deltaker 11).</p> <p>«Jeg tror at selv om man er veldig kildekritisk så er man fortsatt veldig blind til det» (Deltaker 6).</p> <p>«Ja, jeg skal være ærlig å si at jeg tror på det meste til det er motbevist av en mer troverdig kilde. Jeg tror på det, jeg går inn på flere videoer og ser mer om det og tror enda mer på det» (Deltaker 25).</p>

	<p>Fasade og urealistiske forventninger</p>	<p>«... grunnen til at vi legger ut ting på Instagram er jo fordi at vi ønsker å vise oss selv fram ... hvor mange ganger tenker man ikke over ting du legger ut, hva skal jeg skrive i caption, hvem skal jeg tagge, hva skal jeg skrive er lokasjonen min ... du vil jo fremstå som en kul person på sosiale medier» (Deltaker 7).</p> <p>«...dette er falskt, dette kan være retursjert, dette kan være staged. Og de blir betalt for å gjøre det. Forklare at dette er urealistisk for de fleste» (Deltaker 18).</p>
--	---	--

3.10 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet følger retningslinjene i Helsinkideklarasjonen og de forskningsetiske retningslinjene ved OsloMet (Førde, 2014; OsloMet, 2022). Innenfor den kvalitative metoden er det flere forskningsetiske prinsipper som er viktige å etterleve, som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av deltakernes integritet (Ehn & Öberg, 2014, s. 66–68). Respekt for og ivaretagelse av deltakernes integritet var sentralt både under intervjuene og i presentasjonen av resultatene. Kravet om konfidensialitet ble overholdt gjennom anonymisering og opprettholdelse av taushetsplikt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Etter gjennomføringen av intervjuene ble deltakernes identitet anonymisert, og forskningsmaterialet ble behandlet uten navn.

Ved rekruttering av videregående elever er det flere faktorer som er viktige å ta hensyn til. Da vi rekrutterte via skolen var det viktig å tenke på at deltakerne ikke følte press eller tvang til å delta (Malterud, 2012, s. 50). Vi fant ut at ved bruk av insentiver var det lettere å rekruttere denne aldersgruppen. Vi tilbydde snacks, frukt og drikke til de som deltok i intervjuet. Tveiten (2020) skriver at enkel servering av kjeks eller frukt kan lette stemningen og fremme samhandling. Men det er viktig å tenke på at når deltakerne skal gi et frivillig samtykke betyr det at det skal være et samtykke uten press. Det er da viktig at valget om å gi insentiver ikke påvirker denne frivilligheten (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Vi mener at valget om å tilby enkel servering ikke gikk ut over frivilligheten i deltakelse og at det heller ikke påvirket svarene i intervjuet.

God informasjon bygger tillit, og åpner for åpen og ærlig kommunikasjon. Elevene fikk et informasjonsskriv der det ble lagt frem at deltakelse er frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Krav om personvern og anonymitet ble også fremhevet (Malterud, 2017, s. 214). Informasjonsskrivet (vedlegg 2) ble formulert på en klar, forståelig og tilpasset måte for deltakernes aldersgruppe (Sikt, u.å.). Det ble innhentet frivillig og informert samtykke fra deltakerne, både muntlig og skriftlig og deltakerne fikk klar beskjed om at de kunne trekke seg fra studien uten noen begrunnelse eller konsekvenser. Samtykkeskjema er vedlagt i vedlegg 3. Lydopptak betraktes som personlig informasjon ettersom informantens stemme og samtaleinnhold kan være gjenkjennbart (Malterud, 2012, s. 95–96), derfor ble studien meldt inn til NSD (nåværende SIKT). Godkjennelse fra SIKT ligger ved (vedlegg 4). Lydfilene fra intervjuene ble transkribert og aidentifisert umiddelbart etter gjennomføringen og datamaterialet vil bli slettet ved utgangen av 2024. Intervjuene ble tatt opp med en digital diktafon app fra UiO nettskjema. Vi valgte å bruke to mobiler med diktafon appen, for å ha en dobbelsikring av opptakene. Opptakene ble lagret direkte på en nettside der det kreves pålogging med passord fra OsloMet. Signert samtykkeskjema ble oppbevart innelåst i et skap på veileders kontor. For å vurdere risikoen og sårbarheten ble det gjennomført en ROS analyse, arkivnummer 10/10901-150.

4.0 Resultater

I dette kapitlet vil funnene i studien presenteres. Analysen avdekket tre hovedtemaer med undertemaer, som skal belyse videregående elevers forhold til helsefremming og sosiale medier. For å illustrere utsagn fra deltakerne blir det inkludert direkte sitater fra empirien som blir presentert i kursiv.

4.1 Ungdommers oppfatninger og holdninger til helsefremmende valg og atferd

4.1.1 Nåtid eller fremtid; kontrastrike perspektiver på helsefremming

Resultatene viser at mange deltakere er engasjerte i helsefremmende valg og tar aktive valg for å opprettholde en sunn livsstil. Deltakerne er bevisste på betydningen av å ta vare på sin egen helse og ønsker å gjøre valg som fremmer deres fysiske velvære. Deltakerne knyttet helsefremming til å lytte til kroppens behov og ta gode valg i hverdagen. Fysisk aktivitet, kosthold og søvn ble fremhevet som viktige faktorer for å opprettholde god helse.

«Å ta liksom de valgene som du mener er bra for deg og din helse» (Deltaker 25).

Flere deltakere understreket betydningen av en regelmessig døgnrytme og tilstrekkelig søvn, samt viktigheten av fysisk aktivitet. Mange deltakere var bevisst på hva de spiste, og prøvde å unngå fristelser, mens noen mente at et variert kosthold var tilstrekkelig. Deltakerne var enige om at det var viktig å unngå ting som var skadelige for helsen, som røyk og narkotika.

«Man trenger ikke nødvendigvis å spise sunt så lenge man spiser variert» (Deltaker 21).

Mange deltakere fremhevet betydningen av å ta vare på sin psykiske helse og mente at dette var essensielt for å opprettholde god fysisk helse. Det ble vektlagt at det var viktig å ha tid alene for å reflektere og unngå negative tanker og situasjoner som

kunne påvirke den mentale helsen. Sosialt samvær og omgang med mennesker ble også nevnt som avgjørende for trivsel. Deltakerne poengterte at det var nødvendig å dekke alle aspekter som påvirket helsen, inkludert de psykiske, sosiale og kulturelle aspektene.

«Ting som hjelper med at du har det godt psykisk, for hvis du ikke har det godt psykisk så er det vanskelig å ha det godt fysisk» (Deltaker 18).

Noen få av deltakerne mente at helsefremmende valg handlet om å ta valg som ville gi en langsiktig gevinst og forebygge fremtidige sykdommer. Enkelte deltakere uttrykte bekymring for langsiktige helseproblemer og valgte derfor å trene og spise sunt som forebyggende tiltak.

«Jeg føler det med helsefremmende valg er å ta på en måte valg som gjør at du får en sunn livsstil i fremtiden» (Deltaker 3).

4.1.2 Betydningen av livsstil og vaner for helsefremmende atferd

Deltakerne uttrykte at under perioder med mye stress følte flere at å ha fokus på å ta gode valg for helsen ble nedprioritert, og de beskrev det med å "glemme seg bort". Noen deltakere erkjente at de ofte tok dårlige valg, uten å tenke bevisst på konsekvensene. For eksempel kunne de velge å skrolle på TikTok i flere timer i stedet for å få nok søvn.

«Men ofte så skjer jo ting automatisk, også glemmer man av det. Sånn hvis jeg tenker på et valg, skal jeg skrolle på TikTok i to timer eller skal jeg sove. Så kan jeg jo velge å sove, men ofte så skjer det automatisk og jeg tenker ikke over det og sånn» (Deltaker 15).

Flere deltakere mente at å ha gode vaner var nøkkelen til å ta sunne valg. De poengterte at ved etablering av sunne rutiner, blir det naturlig å spise variert og sunt. Selv om deltakerne ofte reflekterte over å ta gode valg for sin egen helse, var det likevel vanskelig å omsette disse tankene til handling. Mange erkjente at de ofte

utviklet et tankesett hvor de hadde en tendens til å utsette valg eller endringer de ønsket å gjøre. En deltaker delte at refleksjon over dårlige valg ofte kom etter at handlingen hadde funnet sted.

«Jeg tenker at man tenker kanskje mest over at man ikke bør gjøre det etter at man har gjort det» (Deltaker 7).

4.2 Sosiale mediers betydning for helsefremmende valg og atferd

4.2.1 Følelsen av press og behovet for å passe inn

Resultatene i studien avdekker at sosiale medier har en betydelig innvirkning på ungdommers liv, med negative konsekvenser for deres helse og velvære. Alle deltakerne brukte sosiale medier hyppig. Mest brukt var TikTok, men deltakerne snakket også mye om Snapchat, Youtube og Instagram. Det varierte hvor mye tid deltakerne brukte på sosiale medier. Mange lå på rundt fire til seks timer med mobiltid hver dag, mens noen av deltakerne brukte over åtte timer daglig.

Deltakerne ga uttrykk for at sosiale medier skaper et betydelig press og stress i hverdagen. En vanlig kilde til stress var forventningen om å være tilgjengelig til enhver tid og svare raskt på meldinger og kommentarer.

«Det er veldig rart sånn hvordan det har blitt at man alltid er forventet at man skal være på konstant» (Deltaker 27).

Flere av deltakerne mente at ungdom vil prøve å etterligne andre på sosiale medier for å passe inn. Flere deltakere fortalte at dersom de ikke fulgte med på sosiale medier, så følte de at de ble satt litt utenfor. Sosiale medier ble sett på som viktig for å henge med i det sosiale fellesskapet. På TikTok kommer det fort nye trender som deltakerne følte de måtte følge, og en deltaker beskrev det som;

«Jeg tror at man vil også på en måte passe inn så da går man på sosiale medier for å se, okei, hva gjør andre også prøver man på en måte å etterligne også blir det bare sånn at alle gjør det som alle andre gjør» (Deltaker 28).

De sammenlignet seg med andre og fikk dårlig samvittighet fordi de følte at de ikke levde opp til det perfekte bildet som ble presentert. Dette førte til en følelse av utilstrekkelighet og stress. Mange av deltakerne mente at de ikke fikk så mye positivt ut av sosiale medier og brukte ordet «byrde» når det kom til å se andres prestasjoner og livsstiler. En annen deltaker beskrev det som:

«Hvis liksom en sunn frokost blir trendy på TikTok, så vil man jo spise det liksom. For å være den kule tøffe personen. Altså jeg har laget meg proteinpannekaker for at det var trendy på TikTok liksom. Jeg trener ikke en gang, så det hjelper jo meg ingenting. Men bare for å kunne si at jeg har gjort det da. At jeg er med på en måte» (Deltaker 25).

Mange mente at det ofte var verre når venner la ut ting på sosiale medier. De så på både Instagram og Snapchat at vennene var på trening, og dette påvirket dem ofte mer siden de visste at vennene hadde samme forutsetningene som dem. En deltaker uttalte:

«Hvorfor klarer de å være så flinke når vi har veldig mange av de samme forutsetningene» (Deltaker 1).

4.2.2 Sosiale medier og avhengighet; påvirkning på konsentrasjon og tidsbruk

Sosiale medier viser seg å ha en negativ innvirkning når det gjelder ungdommers daglige rutiner. Noen mente at det påvirket dem mer negativt enn positivt. Sosiale medier ble beskrevet som en kilde til distraksjon og tap av konsentrasjon.

«... på TikTok da, så er det veldig korte videoer og det kan gjøre at vi får mye kortere konsentrasjonspenn som da gjør at vi ikke klarer å fokusere like bra i hverdagen, på skolen for eksempel» (Deltaker 4).

Det kom også frem at deltakerne opplevde en avhengighet etter det de kalte den konstante «dopaminrushen» som sosiale medier gir. De brukte mye tid på sosiale medier, som førte til at de gikk glipp av andre aktiviteter. Noen deltakere så også på

sosiale medier som en måte å unngå å være alene med egne tanker, eller som en avkobling fra virkeligheten. Enkelte deltakere oppga at de brukte TikTok som en måte å slappe av på.

«... jeg er ikke så glad i å være alene med egne tanker, hvis det gir mening. Da er det litt deilig å drive å skrolle for å ha noe annet å tenke på da enn å liksom tenke selv på ting» (Deltaker 28).

Det var også en utbredt oppfatning blant deltakerne at sosiale medier påvirket søvnen negativt. Lange samtaler på Snapchat og timer brukt på sosiale medier før leggetid, førte til sen leggetid og svekket søvnkvalitet. Pauser fra sosiale medier ble fremhevet som viktig. Deltakerne var bevisste på skjermtid og forsøkte å begrense sin eksponering for sosiale medier. De ønsket å unngå å bli påvirket av usunne trender og valgte å ikke la sosiale medier styre deres valg. En deltaker uttrykte at selv om hun prøvde å unngå bilder og videoer med negative påvirkninger, var det vanskelig å unngå på grunn av algoritmen.

4.2.3 Balansen mellom inspirasjon og destruktivitet fra sosiale medier

Flere av deltakerne så på sosiale medier som en kilde til inspirasjon og motivasjon. Noen uttrykte også at de brukte sosiale medier som en søkemotor, både for å søke etter kunnskap og inspirasjon. De mente at TikToks format med korte videoer gjorde det lettere å bli interessert i et emne. De fortalte at de fikk inspirasjon til å prøve ut nye treningsøvelser og matoppskrifter. Det å se venner på sosiale medier bidro også til en form for motivasjon, en deltaker mente at sosiale medier var «det lille dyttet» en trengte for å bli motivert.

« Sånn personlig da så føler jeg at jeg blir litt mer motivert mange ganger til å trene oftere da, med å være på sosiale medier og komme på for eksempel treningssider» (Deltaker 23).

Selv om noen så på sosiale medier som en kilde til inspirasjon og lærdom, opplevde andre det som destruktivt når de ikke nådde opp til idealet. En deltaker uttrykker seg

som at det er en hårfin linje mellom hva som er sunt og hva som ikke er sunt på sosiale medier, for enkelte kan det skape motivasjon og for andre så kan det skape urealistiske mål.

«Så føler jeg at jeg kunne enten sett det på sånn en slags motivasjon sånn «oj de er pene, sånn har jeg lyst til å se ut, nå fikk jeg lyst til å dra på gymmen» ... Men jeg føler også at jeg kan bli veldig destruktivt hvis man ikke greier å se på det som motivasjon, men heller bare at man bryter seg selv ned fordi man ikke ser sånn ut sånn som de. Så jeg føler at sosiale medier kan ha to veldig ekstremt forskjellige påvirkninger på deg» (Deltaker 27).

Deltakerne mente at innlegg på sosiale medier ofte kan ha en positiv hensikt, men at mottaker kan koble det med noe negativt med seg selv.

«Jeg tror det har veldig mye med hvordan man tolker det man ser da. At for noen kan det være en avlastning og for noen så kan det være mer stress» (Deltaker 21).

4.3 Troverdighet og tvil: Ungdommens refleksjoner rundt sosiale mediers pålitelighet og fremstilling

4.3.1 Navigasjonen mellom sannhet og usannhet på sosiale medier

Deltakerne mente at sosiale medier kan være en kilde til mye informasjon, men at det kan være vanskelig å vite hva som er pålitelig og hva som ikke er det. De er bevisste på å være kildekritiske og er forsiktig med å stole blindt på tilfeldige mennesker som uttaler seg på plattformene. De antydte at selv om de prøvde å være kildekritiske, kunne de fortsatt være blinde for enkelte saker, og påpekte at det ofte kan være en tendens til ensidig informasjon fra sosiale medier. De føler at enkelte plattformer som TikTok kan klippe bort en del bakgrunnsinformasjon og kontekst, som igjen kan føre til misforståelser og feilinformasjon.

«...jeg trodde ikke på det sånn umiddelbart når jeg ser det på TikTok, for jeg tenker ikke det er en god kilde til kunnskap» (Deltaker 11).

Noen deltakere fortalte at de søkte på andre plattformer for å dobbeltsjekke opplysningene som gis på sosiale medier. Samlet sett er flertallet av deltakerne enige i at det er viktig å være bevisst på at sosiale medier kan gi både god og dårlig informasjon, og å være forsiktig med å stole blindt på alt som ses og høres på disse plattformene. De er kritiske til mye av informasjon som deles på sosiale medier og mener at mye av det er ubekreftede påstander. Likevel så nevnes det også at det er lett å være åpen for å tro på de fleste ting inntil de blir motbevist. Så selv om påstandene undersøkes, vil det alltid være en grad av usikkerhet og tvil om hvorvidt informasjonen er pålitelig eller ikke, forteller flere av deltakerne.

«Jeg tror selv om man er veldig kildekritisk så er man fortsatt veldig blind til det» (Deltaker 6).

4.3.2 Fasade og urealistiske forventninger

Deltakerne mente at sosiale medier er en plattform for å vise frem seg selv og sin egen livsstil, og de fremsto som skeptiske til innholdet og påvirkningen det kan ha på andre. De fortalte at det er viktig å fremstå som en kul person på sosiale medier, og at dette kan påvirke hvilket innhold som legges ut. De uttrykte at mye av det som blir lagt ut er en fasade for å øke selvbildet til den som legger ut innholdet, og at det kan virke negativt på de som tar det imot. Deltakerne var bevisste på at influensere tjener penger på å vise en falsk virkelighet, og de hadde ikke like stor tillit til influensere som de hadde til andre kilder.

«... grunnen til at vi legger ut ting på Instagram er jo fordi at vi ønsker å vise oss selv fram ... hvor mange ganger tenker man ikke over ting du legger ut, hva skal jeg skrive i caption, hvem skal jeg tagge, hva skal jeg skrive er lokasjonen min ... du vil jo fremstå som en kul person på sosiale medier» (Deltaker 7).

Deltakerne uttrykte at det er en forskjell mellom virkeligheten og det som blir vist på sosiale medier. De mente at mye av innholdet som postes på er staged og falskt.

Deltakerne uttrykte også at det er viktig å være bevisst på hvordan sosiale medier brukes og hvordan de påvirkes av innholdet som blir delt der. De uttrykte viktigheten av å kunne skille mellom ekte og falskt innhold, og ikke la seg påvirke negativt av det som blir presentert på sosiale medier.

«...dette er falskt, dette kan være retursjert, dette kan være staged. Og de blir betalt for å gjøre det. Forklare at dette er urealistisk for de fleste» (Deltaker 18).

5.0 Diskusjon av resultater og metode

I dette kapitlet vil vi diskutere resultatene våre i lys av relevant teori og tidligere forskning. Kapitlet er strukturert etter de to forskningsspørsmålene: 1) Hvilken forståelse har elever i videregående skole rundt helsefremmende valg? 2) Hvilke opplevelser og erfaringer har elever i videregående skole med sosiale medier sin betydning på helsefremmende valg? Forskningsspørsmål to deles ytterligere inn i to underoverskrifter; 1) Balansen mellom sosiale medier som kompetanseplattform og som en trussel mot en helsefremmende livsstil og 2) Paradokset mellom kritisk tenkning og påvirkning: Ungdommens utfordringer med sosiale mediers innflytelse. Deretter blir studiens styrker og svakheter diskutert.

5.1 Hvilken forståelse har elever i videregående skole rundt helsefremmende valg?

Funnene i studien indikerer at deltakerne er reflekterte og forstår viktigheten av helsefremming, samtidig som de erkjente behovet for at de selv må ta aktive valg for å opprettholde en god helse. Denne holdningen utgjør et sentralt element for å ta kontroll over eget liv, som kan bidra til å styrke deres selvtillit og motivasjon for endring. Sett i forhold til empowerment er dette essensielt og blir sett på som kjernen for å fremme helse og forebygge sykdom (Tveiten, 2020, s. 33). Dette fremkommer også som et viktig mål i folkehelsemeldingen st. 15 (2022-2023), hvor det står at barn og unge skal utnytte deres fulle evne til å ta styringen i sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Deltakernes holdning til helsefremmende valg gjenspeiler den økende trenden i dagens samfunn, hvor fokuset på sunnere valg stadig blir viktigere (Finbråten et al., 2023). Likevel er det en økende trend for overvekt og fedme hos de unge (Lien & Klepp, 2017, s. 255). Dette understreker viktigheten av å forstå hva som ligger til grunn for de valgene som blir tatt, hva som kan motivere dem til å ta sunne valg, og hvordan disse valgene kan implementeres i samfunnet for å fremme en sunnere livsstil blant de unge.

Deltakerne i studien mente at helsefremmende valg og atferd var knyttet opp mot kosthold, trening, aktivitet, døgnrytme, skjermtid og sosial omgang med andre. Disse faktorene passer inn under Magne Nylennas definisjon på livsstil, som tyder på at deltakerne knytter helsefremmende atferd opp mot å ha en god livsstil (Aarø & Klepp, 2017, s. 41). Dette passer også med det Tveiten (2020) skriver der hun trekker frem livsstil og velvære som viktige nøkkelfaktorer for helsefremmende arbeid (Tveiten, 2020, s. 26). Deltakerne i studien mente at presset fra sosiale medier var negativt med tanke på stress og dårlig samvittighet. De mente derfor at dette ikke var helsefremmende. Men dersom denne dårlige samvittigheten førte til økt fysisk aktivitet, var det da ikke helsefremmende likevel? Nylennas liste over faktorer som spiller inn i livsstilen sier ingenting om hva som er sunt og ikke sunt, det er folk avhengig av å vite selv (Aarø & Klepp, 2017, s. 42). Det er da avgjørende at ungdommen har helsekompetanse for å kunne avgjøre hva som er helsefremmende atferd og ikke.

Hos deltakerne fremkom det at deres fokus på helsefremming stort sett handlet om valgene de tok her og nå, og det var et tydelig fravær av et langsiktig perspektiv. Dette er motstridende til det som står om helsefremming i litteraturen, der det ofte blir lagt vekt på hvordan helsefremmende atferd kan hindre sykdom og dødelighet (Aarø & Klepp, 2017, s. 44). Likevel kommer det også frem at hos unge kan en tilfredsstillelse av umiddelbare behov og aksept blant venner ofte bli prioritert på bekostning av fremtidig helse (Mæland, 2019, s. 109). Aarø & Klepp (2017) mener at et her og nå-perspektiv ikke nødvendigvis trenger å være bekymringsfullt, på grunn av at faktorer som har en positiv innvirkning på helsen gjelder både for kortsiktige og langsiktige perspektiver. Likevel, dersom de kortsiktige valgene som tas ikke fremmer en god helse, er det sannsynlig at disse valgene vedvarer i senere alder og gir negative konsekvenser for helsen. Dette er en bekymringsfull trend hos ungdom i dag (Qutteina et al., 2022).

Deltakerne uttrykte at valg og handlinger ofte skjedde automatisk, uten at de tenkte over det. I tillegg kom det frem at deltakerne ofte ikke tenkte på konsekvensene av handlinger før etter de hadde skjedd. Den manglende evnen ungdom har til å tenke

grundig på konsekvensene av handlingene før de utfører dem kan skyldes ulike faktorer. Ungdomshjerner er fremdeles under utvikling, spesielt områder knyttet til impulsivitet og risikotaking (Hsu et al., 2018; Plessen & Kabicheva, 2010). I tillegg er ungdomstiden en dynamisk og kompleks periode i livet som former identitet og har stor påvirkning på utvikling, helse og velvære (Aceves-Martins et al., 2019). Dette reiser spørsmål om ungdommens evne til å ta fullt ansvar for sin egen helse. Deltakerne i studien bekrefter at blant annet kosthold er noe de tenker lite over i hverdagen, ettersom de ofte spiser det de får servert hjemme. De fleste elever på videregående skole bor hjemme hos sine foreldre og deres forhold til et sunt kosthold er avhengig av faktorer som familiens helsekompetanse, tid og økonomi. Problematikken ligger i at ungdom ikke alltid har full innsikt, nok ressurser eller støtte til å ta ansvar for egen helse. Spørsmålet blir da om ungdom kan oppleve empowerment når disse faktorene ikke er tilstede. Selv om ungdom ikke kan ta kontroll over alle aspekter ved egen helse, kan de likevel være empowered i den grad at de kan ta kontroll over de områdene de har innflytelse over (Tveiten, 2020, s. 52). Det er viktig å identifisere barrierene som ungdom kan møte, både strukturelle, sosiale og individuelle.

Aceves-Martins et al. (2019) trekker frem flere tiltak som har som mål å styrke unges empowerment og helsekompetanse. Økt involvering og deltakelse av unge i beslutningstaking om egen helse, ble nevnt som et viktig tiltak (Aceves-Martins et al., 2019). Tveiten (2020) skriver at anerkjennelse for egen kompetanse og aktiv deltakelse i egen helse er viktig for empowerment. Ungdom kan ved enkelte anledninger bli undervurdert, noe som kan føre til at de mister tro på egen kompetanse. De er på en reise når det gjelder å ta valg og ansvar for egen helse, og i denne prosessen er det viktig med støtte og mestring (Helsedirektoratet, 2022). Sett i sammenheng med empowerment kan det å ta hensyn til ungdommens perspektiv og anerkjenne valgene de tar for deres liv og situasjon være viktig. De må inkluderes i prosessen slik at de kan komme med innspill, siden det er de som vet mest om situasjonene de står i (Samdal, 2017, s. 348). Ungdommene må ses på som eksperter på seg selv (Tveiten, 2020, s. 41). Ved å lytte til deres perspektiver og erfaringer når helsefremmende tiltak skal utformes, kan ungdommen føle seg mer

involvert og ta eierskap til disse tiltakene. På denne måten kan de unges selvstendighet og ansvar for egen helse økes. Videre fører det til økt empowerment og motivasjon, som er avgjørende for endring av helseatferd (Samdal, 2017, s. 348 og 352). Dette bekreftes i en systematisk oversiktsartikkel som sammenfattede forskning om helsekompetanse hos barn og unge (Bröder et al., 2017). Denne studien bekrefter at engasjement og beslutningstaking om unges egen helse best oppnås ved å sikre at de unge blir anerkjent for deres verdifulle perspektiver og bidrag. Ved å respektere deres evne til å handle fritt og autonomt kan unge mennesker bli mer empowered i å forme deres fremtid (Bröder et al., 2017).

En deltaker uttrykte at gjennom å etablere en god livsstil og gode vaner er det naturlig å ta valg som fremmer god helse over tid. Ungdomstiden er en periode i livet som er av stor betydning for å etablere en helsefremmende atferd som kan vare livet ut, men er også en periode med stor risiko for å etablere vedvarende dårlige vaner (Pei et al., 2019). På bakgrunn av dette er det viktig at barn og unge tidlig får økt kunnskap og utvikler ferdigheter til å forstå og anvende informasjon som skal fremme god helse, med andre ord utvikle helsekompetanse. Aceves-Marines et al. (2019) trekker frem at det er viktig med fokus på å gi ungdom tilgang på informasjon og kunnskap om helsefremming, samtidig som de oppmuntres til å være mer kritiske. Dette i tillegg til å gi de praktiske verktøy og ferdigheter innenfor blant annet ernæring, fysisk aktivitet, bruk av sosiale medier og skjermtid. Et annet tiltak handler om å skape støttende og inkluderende miljøer for all ungdom uavhengig av deres bakgrunn (Aceves-Martins et al., 2019). Slike miljøer kan brukes for å danne ernærings- og aktivitetstiltak på for eksempel skoler eller organiserte fritidsaktiviteter. Gjennom disse tiltakene kan ungdom få bekreftelse på at deres synspunkter og holdninger har betydning. De kan utvikle en følelse av økt kontroll, som igjen kan ha innvirkning på deres helse og velvære (Aceves-Martins et al., 2019). På den andre siden trenger ikke det at ungdom har makt over eget liv nødvendigvis å gi en bedre helse (Aarø & Klepp, 2017, s. 59). Skolen og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i forming av unges livsstil, både i og utenfor skoletiden (Haugland, 2017, s. 337). Gjennom undervisning, støtte og et trygt miljø kan ungdommen lære om

mestringsstrategier og ta et større ansvar for egen helse også i stressende situasjoner.

5.2 Sosiale mediers rolle for ungdom sin helse

Resultatene i studien indikerer at deltakerne bruker mye tid på sosiale medier i hverdagen. De fleste uttrykte at de hadde en skjermtid på omtrent fire til seks timer hver dag, mens noen fortalte at de i gjennomsnitt hadde åtte timer daglig. Statistikk om skjermbruken til norsk ungdom viser også at et stort flertall bruker over tre timer på sosiale medier hver dag (Heimen, 2022). Det stilles spørsmål til hva denne skjermtiden blir brukt på. Forskning viser at ungdom bruker mye sosiale medier til blant annet å søke etter helserelatert informasjon knyttet til ernæring og fitness (Plaisime et al., 2020). Dette samsvarer også med funn fra denne studien, hvor flere deltakere uttrykte at de brukte sosiale medier som et verktøy for å innhente informasjon. Ifølge Goodyear et al. (2021) har sosiale medier en stor påvirkningskraft og kan brukes til et forebyggende helsearbeid rettet mot ungdom. Å få innsikt i hvordan informasjon fra sosiale medier påvirker ungdom vil være viktig (Goodyear et al., 2021). Livsstil og atferd blir påvirket av det som skjer i familien, på skolen og i fritiden. I praksis betyr dette at ungdom blir påvirket av det som skjer i alle områder av livet deres (Aarø & Klepp, 2017, s. 38). Siden helserelatert atferd og ferdigheter formes tidlig i livet, og sosiale medier tar en så stor del av ungdommers tid, er det klart at bruken av sosiale medier kan ha en betydelig innvirkning på ungdommers hverdag (Pei et al., 2019).

5.2.1 Balansen mellom sosiale medier som kompetanseplattform og som en trussel mot en helsefremmende livsstil

Deltakerne i studien fikk mye inspirasjon og motivasjon gjennom å bruke sosiale medier, spesielt relatert til kosthold og trening. Dette bekreftes av tidligere studier som viser at sosiale medier kan være et verktøy for å øke kunnskap, motivere og

fremme engasjement (Goodyear et al., 2021; Hsu et al., 2018; Plaisime et al., 2020) Sosiale medier gir ungdom en plattform for deling og få tilgang til oppdatert informasjon og kunnskap. Dette åpner opp for nye perspektiver og en bredere forståelse av sosiale sammenhenger, kulturelle uttrykk og samfunnsmessige forhold (Liverød, 2010). Tilgang til informasjon gjennom sosiale medier kan styrke deres bevissthet, forståelse, evne til å ta informerte beslutninger og dermed øke følelsen av kontroll over eget liv. Disse faktorene kan styrke ungdommens empowerment og deres tro på egen evne til å ta sunne og helsefremmende valg. Sosiale medier kan derfor ses på som en ressurs for å fremme god helse.

Funn fra studien viser også at bruken av sosiale medier kunne føre til en del negative konsekvenser for deltakerne, som blant annet redusert konsentrasjon, søvn og økt stress. Dette bekrefter også tidligere forskning, hvor det nevnes at sosiale medier blant annet kan virke negativt ved promotering av usunn mat, øke stress og press, samt bidra til dårlig samvittighet hos unge (Barneombudet, 2019; Chung et al., 2021; Kucharczuk et al., 2022; Qutteina et al., 2022). Dersom disse faktorene gir ungdom en følelse av å miste kontrollen over eget liv, hvordan vil det da påvirke deres empowerment? De fleste deltakerne hadde blandede følelser, og mente at sosiale medier kunne ha både en positiv og negativ påvirkning på dem. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser til at sosiale medier kan ha en todelt innflytelse. På en side kan det være en kompetansebygger og hjelpe unge til å ta ansvar over egen helse, men en annen siden være en trussel mot helsefremming (Beyens et al., 2020; Qutteina et al., 2022).

Deltakerne fortalte at sosiale medier ofte ble brukt til å fylle dødtid og at det kunne føre til en avhengighet av konstant tilførsel av dopamin. En av de viktigste bekymringene knyttet til sosiale medier er avhengighet (Buda et al., 2021; Paakkari et al., 2021). Plattformene er utformet for å være engasjerende og skape et behov for å være tilgjengelig, gjennom funksjoner som likes, kommentarer og delinger (Goodyear et al., 2021). Deltakerne i vår studie mente at denne kontinuerlige tilførselen av positiv feedback kunne føre til en trang for å sjekke og oppdatere profilene jevnlig og at det videre kunnen ha negative konsekvenser for deres evne til

å konsentrere seg om skolearbeid og andre viktige oppgaver. Helleve & Klepp sier i sin artikkel «Mest alvorleg vil det vera dersom bruken av sosiale medium kan påverka konsentrasjonsevna hjå dei unge...» (Helleve & Klepp, 2017, s. 405). Dette mener deltakerne i vår studie allerede har skjedd. Deltakerne påpekte at bruken av sosiale medier, spesielt TikTok, førte til at deltakerne fikk lavere konsentrasjon og problemer med å fokusere på skolen og i andre områder av livet.

En annen negativ konsekvens av sosiale medier som fremkom var redusert kvalitet på søvn og døgnrytme. Deltakerne uttrykte at de ofte glemte tiden og at de kunne bruke mange timer på sosiale medier, spesielt på kveldstid. Ofte kunne det være et gjentakende problem som gikk utover nattesøvnen, ettersom timer til søvn heller ble brukt på sosiale medier. Dette stemmer overens med flere studier relatert til søvnproblemer og sosiale medier. Vanskeligheter med innsovning, reduksjon av sammenhengende søvn, og en dårlig søvnkvalitet ble trukket fram som en etterfølge av økt skjermtid på sosiale medier (Buda et al., 2021; Paakkari et al., 2021). Mangel på søvn er et utbredt problem blant norsk ungdom, noe som kan resultere i dårligere trivsel og læreevne, som igjen kan gå utover ungdom sin konsentrasjonsevne og oppmerksomhet (Aarø & Klepp, 2017, s. 43). Disse faktorene kan føre til tap av kontroll og maktesløshet, og påvirke valgene de tar for sitt eget liv og helse. Videre kan dette resultere i at ungdommens empowerment blir svekket.

Videre viser funn i denne studien at sosiale medier skaper et økt press på å være tilgjengelig. De fleste deltakerne opplevde en forventning om å være konstant koblet på sosiale medier, for å svare på meldinger og kommentarer, og at dette var en betydelig kilde til stress. Dette bekreftes av tidligere forskning og rapporter som også presenterer at disse forventningene bidrar til at unge føler seg presset til å være tilgjengelig hele tiden gjennom sosiale medier (Eriksen et al., 2017; Helleve & Klepp, 2017, s. 405; Winstone et al., 2023). Deltakerne i studien mente at de brukte mer tid på sosiale medier enn de selv ønsket, og brukte ordet «tidstyv». Presset ungdommene opplever kan påvirke deres prioriteringer relatert til tidsforbruk på sosiale medier, som bekreftes av forskning som viser at økt skjermbruk er knyttet til redusert fysisk aktivitet (Qutteina et al., 2022; Wold, 2017, s. 214). Dette indikerer at

ungdom kan oppleve å miste kontrollen over sin egen tid og prioriteringer, og føle seg mindre empowered. Hvordan og hva sosiale medier blir brukt til, er av stor betydning for helsefremming. Og det er viktig å finne balansen mellom å bruke sosiale medier som et verktøy for å informere og motivere ungdom, samtidig som de negative effektene unngås (Helsedirektoratet, 2022).

5.2.2 Paradokset mellom kritisk tenkning og påvirkning: Ungdommens utfordringer med sosiale mediers innflytelse

Studien viste at mange av deltakerne brukte sosiale medier som et verktøy til å søke kunnskap. Deltakerne uttrykte at det var utfordrende å skille mellom sann og usann informasjon, men flertallet var kritisk til mye av innholdet de så på sosiale medier. På sosiale medier presenteres helseopplysninger uten at det er noen faglig ansvarlig for informasjonen som blir gitt, eller hvordan den blir mottatt eller oppfattet (Tveiten, 2020, s. 51). Det vil si at ved å presentere helseinformasjon på sosiale medier innebærer det at noe av kontrollen over meningsinnholdet forsvinner (Helleve & Klepp, 2017, s. 407). Helsekompetanse inkluderer å kunne vurdere hvilke kilder som burde brukes til å skaffe seg helseinformasjon (Tveiten, 2020, s. 52). Deltakerne var bevisste på at sosiale medier ikke nødvendigvis var en troverdig kilde, men at de kunne bli påvirket likevel og understreket at det alltid vil være en grad av usikkerhet om det som ble lagt ut var sant eller ikke. Sosiale medier er en stor del av unges dagligliv og fungerer som en kilde til omfattende informasjon. Dermed kan sosiale medier brukes som effektivt verktøy for helsekommunikasjon. Imidlertid må informasjonen være pålitelig, godt sammensatt og være skreddersydd for ungdommen (Plaisime et al., 2020). Ved å styrke deres evne til å analysere og være kritisk til innhold på sosiale medier, kan de ta informerte valg om hva de skal tro på eller hva de skal la seg påvirke av (Bröder et al., 2017). Dette bidrar til å redusere risikoen for å bli ukritisk påvirket, ta kontroll over egen mediebruk og bli mer empowered.

Deltakerne i studien mente at det som ble lagt ut på sosiale medier ofte var en fasade som ikke gjenspeilet virkeligheten. På sosiale medier har brukeren mulighet til

å konstruere sin egen fremstilling (Helleve & Klepp, 2017, s. 402). Deltakerne bruker sosiale medier til å vise seg selv frem, og innrømmer at store deler av det er en fasade og en måte å øke selvbildet på. I rapporten fra barneombudet kom det frem at ungdommen mente at det de viste frem i sosiale medier ofte ikke gjenspeilet i virkeligheten. De mente selv at dette skapte urealistiske forventninger (Barneombudet, 2019). Forskning viser at mange unge er klar over at bildene ofte kan være redigerte, men at de blir påvirket likevel (Eriksen et al., 2017).

Selv om deltakerne var kritiske til sosiale medier, viste funn i vår studie at sosiale medier har en påvirkning når det gjelder trender og populære dietter. Det at deltakerne lar seg påvirke av sosiale medier til et usunt kosthold kan indikere at noen unge ikke har tilstrekkelig helsekompetanse til å vite hva som er sunt og ikke sunt, og at de derfor er sårbare for påvirkning fra sosiale medier. På en annen side kan det også finnes unge som har god helsekompetanse, men likevel lar seg påvirke av trendene på sosiale medier. Nyere studier har antydnet at falsk eller villedende helseinformasjon ofte spres lettere enn vitenskapelig kunnskap gjennom sosiale medier (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021). Sosiale medier kan skape et miljø der feilinformasjon spres raskt og enkelt. Dette kan tenkes å være spesielt utfordrende for ungdom som er i en fase hvor de utvikler sin kritiske tenkning og søker etter pålitelige kilder. Det er derfor avgjørende at ungdommen utvikler ferdigheter til å kritisk vurdere informasjonen de møter på sosiale medier, som faller tilbake på det å inneha en god helsekompetanse. Ifølge WHO kan helsekompetanse forbedres gjennom informasjon, effektiv kommunikasjon og opplæring. Et annet verdifullt tiltak er sosiale medier-kampanjer, da dette er en plattform som når ut til de unge og forskning viser at sosiale medier-kampanjer er effektive helsefremmende virkemidler (Pei et al., 2019).

Funnene i studien indikerte at det var jevnaldrende, gjennom sosiale medier, som hadde den største påvirkningen på deltakerenes helsefremmende valg.

Ungdomstiden er en periode i livet der påvirkning av venner forventes å ha en stor betydning. Påvirkningen av venner gjennom sosiale medier kan komme fra behovet om å passe inn (Qutteina et al., 2022; Wold, 2017, s. 220). Hvis noe blir populært

eller trendy på sosiale medier, kan ungdom oppleve et press om å følge strømmen for å passe inn. Dette kan føre til at de adopterer visse holdninger eller oppførsel som de ellers ikke ville gjort (Goodyear et al., 2021). Aarø & Klepp (2017) presenterer flere faktorer som påvirker ungdom sin helseatferd. Sosial kontekst trekkes frem som betydningsfullt, og som inkluderer faktorer som stress og sosiale normer (Aarø & Klepp, 2017, s. 51). Sett i lys av empowerment kan det virke som ungdom føler på et press om å følge trender og sosiale normer, som påvirker deres kontroll over eget liv. Deltakerne i vår studie mente at sosiale medier kunne skape mye dårlig samvittighet gjennom at de sammenlignet seg med hva andre fikk til og deres tilsynelatende «perfekte» liv. Spesielt følte deltakerne på den dårlige samvittigheten når de sammenlignet seg med andre som hadde de samme forutsetningene som dem selv. Wold (2017) påpeker at sosiale medier kan være en fin plattform for å fremme blant annet økt fysisk aktivitet hos ungdom. Likevel tyder det på at for noen kan slikt innhold være vanskelig å oppnå, og at ungdom får dårlig samvittighet fordi de ikke får til å trene på samme måte, like mye eller ikke i det hele tatt (Wold, 2017, s. 228). På bakgrunn av dette vil det være viktig med en god helsekompetanse, for å ikke bli styrt på feil vei av sosiale medier.

Flere av ungdommene i studien opplevde at de ikke har et annet valg enn å være mye på sosiale medier, fordi de ellers detter ut av det sosiale fellesskapet. Dette stemmer overens med tidligere undersøkelser som viser at en stor grunn til at folk bruker sosiale medier er fordi de har et behov for å høre til og er redd for å gå glipp av noe (Eriksen et al., 2017, s. 73; Fabris et al., 2020; Nadkarni & Hofmann, 2012). På den andre siden uttrykte noen andre av deltakerne at de var opptatt av å begrense tiden de brukte på sosiale medier for å prøve å ikke la seg påvirke for mye av det de ser. Disse deltakerne tok kontroll over egen helse ved å begrense denne eksponeringen fra sosiale medier, og ved å ta egne valg om kosthold og fysisk aktivitet. Dette argumenterer for at deltakerne gjennom disse valgene øker sin selvbestemmelse og er empowered. De motstridende funnene tyder på at sosiale medier har en ambivalent påvirkning på ungdommene.

5.3 Studiens styrker og svakheter

Det er viktig å vurdere studiens reliabilitet og validitet for å sikre studiens troverdighet. Validiteten i en studie handler om studiens gyldighet, om studien undersøker det den påstår å undersøke (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 143). Det handler om i hvor stor grad metoden og verktøyene vi bruker er i samsvar med spørsmålene vi har stilt (Malterud, 2017, s. 23). Reliabilitet handler om påliteligheten i forskningen, og spørsmålet er ofte om hvorvidt et funn kan gjenskapes ved andre tidspunkter eller av andre forskere (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 142). En styrke for både gyldighet og pålitelighet er at vi har vært to masterstudenter underveis i hele forskningsprosessen. Dette har gjort at vi kunne tolke materialet vårt uavhengig av hverandre, og bringe frem ulike tolkninger og perspektiver av materialet. Vi kunne diskutere med hverandre og komme frem til konklusjoner som kan tenkes å være av høyere kvalitet enn dersom vi som masterstudenter hadde arbeidet alene. Muligheten til å diskutere og få hjelp av veileder har også vært en stor styrke i prosessen. Subjektivitet og skjevheter i studien tenkes å reduseres, og troverdighet og pålitelig styrkes som resultat av dette.

Bruken av en semistrukturert intervjuguide var også en styrke i denne studien da det gjorde at samtalen holdt seg rundt temaet, men samtidig ga rom for at deltakerne kunne komme med meninger og perspektiver utover spørsmålene. Intervjuguiden ble evaluert av medstudenter og veileder i forkant av datainnsamlingen. Dette bidro til justeringer og forbedringer av guiden. En annen fordel ved studien er at vi gjennomførte et pilotintervju der vi fikk testet spørsmålene og lydopptaket. I løpet av intervjuene ble de samme spørsmålene fra intervjuguiden benyttet for å sikre en viss grad av standardisering. Imidlertid ble oppfølgingsspørsmålene tilpasset hver enkelt deltakers unike svar og perspektiver, som potensielt kan ha ført til en begrensning av studiens pålitelighet. En variasjon av oppfølgingsspørsmål kan bidra til ulike tolkninger og tolkningsforskjeller mellom intervjuene, og som igjen muligens kan påvirke konsistensen og påliteligheten av funnene som presenteres. På en annen side påpeker Malterud (2012) at å følge en intervjuguide slavisk kan påvirke utforskningen av konstruktive sidespor og opprettholdelsen av spontaniteten under

intervjuene (Malterud, 2012, s. 72). Oppfølgingsspørsmål og kontrollspørsmål underveis i intervjuet er også positive aspekter for å unngå misforståelser, samt skape en felles forståelse av det som blir sagt (Malterud, 2017, s. 193). Etter å ha gjennomført første intervju, reflekterte vi over mulighetene for forbedring. Vi erkjente at det kunne vært nyttig å forenkle noen av spørsmålene, da visse setninger ble for akademiske. Videre oppdaget vi en tendens til å legge ord i munnen på deltakerne når samtalen begynte å avvike fra temaet. Dette kan ha vært en nødvendighet for å styre samtalen i riktig retning, men igjen kan det tyde på at spørsmålene i intervjuguiden ikke var tydelige nok, og anses som en svakhet. På den andre siden opplevde vi derimot også en del gjentakelser underveis i intervjuene som styrker metningen av materialet. Ettersom flere av deltakerne gjentok at de hadde lignende erfaringer og refleksjoner kan det tyde på et gjennomgående mønster som viser seg å være viktig for dem. Dette gir oss et styrket kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å forstå ulike utfordringer og perspektiver deltakerne innehar og som kan tenkes å øke resultatenes tillit og validitet.

Bruken av fokusgruppeintervjuer kan være både en styrke og en svakhet i studien. Gjennom fokusgruppeintervjuer blir det lagt til rette for en diskusjon mellom deltakerne som kan bidra til å få frem fortellinger og erfaringer som ellers ikke hadde blitt identifisert ved individuelle intervjuer (Malterud, 2012, s. 20). Gruppene var forholdsvis homogene som kan styrke gruppedynamikken ved at assosiasjonseffekten øker, som gjør at deltakerne kan kjenne seg igjen i hverandres erfaringer (Malterud, 2012, s. 44; Wibeck, 2014, s. 18–19). Flertallet av deltakerne i studien kjente hverandre på forhånd. Dette kan ha påvirket deres svar under intervjuene, da de kan ha vært tilbøyelige til å tilpasse seg eller bli påvirket av andres meninger. Malterud (2012) påpeker derimot at «allerede eksisterende grupper», som er kjent med hverandre, kan være fordelaktige. Disse gruppene kan dra nytte av et bredere spekter av felles opplevelser og erfaringer sammenlignet med når en møtes som fremmede (Malterud, 2012, s. 45). En svakhet ved vår studie er at vi som masterstudenter innehar lite erfaring og trening med å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. I tillegg kan bruk av fokusgruppe som metode være begrensende da det kan være vanskelig å kontrollere gruppedynamikken, og noen

deltakere kan dominere diskusjonen mer enn andre. For å inkludere alle ble det ved noen anledninger tatt runder rundt der alle fikk mulighet å snakke. Selv om dette kan ha påvirket dynamikken, resulterte det i en mer variert respons på spørsmålene. Noen kan synes det er vanskelig å dele egne perspektiver med en gruppe, og hadde kanskje vært mer aktive i individuelle intervjuer. For å adressere dette forsøkte moderator å skape et åpent miljø der deltakerne følte seg komfortable med å uttrykke sine egne synspunkter. Intervjuene ble gjennomført på deltakernes skoler som også kunne bidra til en følelse av trygghet.

I tråd med Malteruds (2017) anbefalinger transkriberte vi intervjuene selv, rett etter at intervjuene ble gjennomført. Vi transkriberte intervjuene til bokmål for å anonymisere innholdet. En svakhet med dette er at det kan føre til at meningsinnhold forsvinner eller at oversettelsen av dialekter fører til misforståelser. Dette motarbeidet vi ved at vi begge to gikk gjennom hverandre sine transkriberinger, på denne måten fikk vi kvalitetssikret innholdet og siden en av oss snakket samme dialekt som deltakerne fikk vi sikret forståelsen. En styrke ved transkriberingen var at vi under intervjuene hadde to opptakere som vi hadde plassert på to ender av rommet. Dette bidro til en kvalitetssikring av innholdet gjennom at dersom den ene hadde dårlig lyd kunne vi bruke den andre. Det at vi hadde både moderator og sekretær under intervjuet var også en styrke da det gjorde at sekretær kunne ta notater underveis dersom noen snakket lavt.

Sosiale medier er en stor del av vår hverdag, det er derfor essensielt å være bevisst når det kommer til egen forforståelse. En styrke ved denne forforståelsen er at vi har en innsikt og opplevelse av sosiale mediers påvirkning som kan skape en forståelse av det deltakerne snakker om. Likevel kan det være en svakhet da det gjør oss mer tilbøyelig for å lete etter svar som bekrefter og samsvarer med våre oppfatninger av fenomenet. På grunn av dette var vi kritiske og reflekterte over disse svakhetene, for å sikre at vi opprettholdt objektivitet i størst mulig grad. Forforståelsen vår kan ha påvirket utformingen av intervjuguiden med tanke på hvilke aspekter ved sosiale medier vi har prioritert å utforske, som mulig kan ha ført til en selektiv innsamling av materialet. Analysen og diskusjonen kan ha blitt påvirket ved at våre tolkninger blir

formet på bakgrunn av forforståelsen vår. Derfor har vi forsøkt å kritisk reflektere og være bevisste på våre forkunnskaper og holdninger for å sikre mest mulig valide tolkninger av resultatene i studien.

En begrensning i denne studien er knyttet til omfanget og kompleksiteten av begrepet empowerment. Ettersom det er bredt og flerdimensjonalt begrep som omfatter mange aspekter fra individ til gruppe og samfunn (Tveiten, 2020, s. 36 og 47). På grunn av oppgavens begrensninger har vi bare vært inne på deler av empowerment-begrepet. Likevel valgte vi dette teoretiske rammeverket da vi anerkjenner det som et viktig perspektiv når det gjelder helsefremming. Det er verdt å merke seg at dersom et annet teoretisk rammeverk hadde blitt valgt, kan resultatene potensielt vært annerledes. Videre er dette en vid oppgave som går inn i mange temaer innenfor helsefremming og sosiale medier, noe som har gjort at vi bare har streift overflaten til problemene. Dette var et valg vi tok da vi ønsket å oppnå et helhetlig perspektiv på sosiale mediers betydning for videregående elevers helsefremmende valg og atferd.

Et annet viktig punkt i vurderingen om studiens validitet er overførbarhet.

Overførbarhet handler om hvorvidt studiens resultater kan overføres til andre kontekster eller populasjoner (Malterud, 2017, s. 24). Malterud (2012) spesifiserer at utvalget er av betydning for studiens overførbarhet. Dette handler om hvorvidt deltakerne er et representativt utvalg for ungdom. Deltakerne anses å være relevante og representative ettersom målet med studien var å forstå hvordan ungdom forholder seg til sosiale medier og helsefremmende valg. Deltakerne var mellom 16 og 19 år gamle og sosiale medier er en viktig del av deres hverdag. En styrke her er at intervjuene er gjennomført to ulike steder i Norge, noe som gjør at vi har fått innblikk i ulike kulturer og miljøer ved to forskjellige videregående skoler. Ved å inkludere deltakere fra ulike regioner kan det bidra til å få et bredere spekter av perspektiver og erfaringer, som kan ha betydning på resultatets representativitet. Imidlertid er det viktig å være forsiktig med å generalisere funnene og ta hensyn til andre faktorer som kan påvirke resultatene. I kvalitative studier er ofte overførbarheten begrenset, da funnene er basert på deltakernes individuelle erfaringer og perspektiver, og at det som gjelder for noen ikke nødvendigvis gjelder for alle andre (Malterud, 2017, s. 24–

25). For at resultatene i studien høyest grad kan være troverdige og overførbare er det avgjørende at kunnskapsgrunnlaget synliggjøres. Forskningsprosessen og bakgrunnen for våre valg underveis er grundig gjennomgått i metodekapittelet. I tillegg til å beskrive det teoretiske rammeverket, forforståelsen vi hadde og den vitenskapsteoretiske forankringen som ligger til grunn. Denne synliggjøringen bidrar til å styrke tilliten til resultatene og som gjør at andre forskere selv kan vurdere studiens relevans og gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 291).

6.0 Avslutning

Denne masteroppgaven har utforsket elever i videregående skoles forhold til helsefremming og sosiale medier, med fokus på to forskningsspørsmål: hvilken forståelse har elever i videregående skole rundt helsefremming, og hvilke opplevelser og erfaringer har de med sosiale mediers betydning for helsefremmende valg og atferd? Det ble gjennomført fire semi-strukturerte fokusgruppeintervjuer, som ble analysert med inspirasjon fra Malteruds systematiske tekstkondensering. Funnene ble diskutert opp mot empowerment.

6.1 Konklusjon

Det er et økende fokus på helsefremming og forebyggende arbeid i samfunnet, og myndighetene har sett behovet for mer forskning rundt sosiale mediers betydning i denne sammenheng. Sosiale medier utgjør en voksende del av unges hverdag, og det er en plattform som er under kontinuerlig endring. Dersom regjeringens målsetting skal oppfylles, er det viktig med en forståelse av unges perspektiver og erfaringer. Resultatene av studien indikerer at ungdommene er reflekterte rundt og erkjenner behovet for helsefremming. De er bevisste på viktigheten av helsefremmende valg, men møter utfordringer i å omskape denne bevisstheten til handling. Faktorer som at handlinger ofte skjedde automatisk og at de ikke tenkte på konsekvensene før i ettertid, ble sett på som hindringer for helsefremmende atferd. Funnene kunne tyde på at ungdommen hadde et her og nå-perspektiv på helsefremming. Dette i sammenheng med hindringene kunne føre til at de prioriterte valg på bekostning av fremtidig helse. For å adressere denne utfordringen er det viktig å identifisere ungdommers barrierer for å fremme helse. For at ungdom skal ta ansvar for egen helse trengs det økt kunnskapsutvikling, ressurser og støtte. I tillegg til å anerkjenne deres holdninger, erfaringer og inkludere de i beslutningstaking i henhold til ernæring, fysisk aktivitet og bruk av sosiale medier. På bakgrunn av dette kan skolen og skolehelsetjenesten spille en sentral rolle for å styrke empowerment og helsekompetanse for unge.

Konklusjonen av studien er at elever i videregående skole er i en kompleks situasjon når det gjelder helsefremming og sosiale medier. Sosiale medier spiller en betydelig rolle i deres hverdag, med både negative og positive påvirkninger på deres helse og velvære. Deltakerne opplevde at sosiale medier kunne være både en ressurs for å fremme helse, men også en kilde til utfordring. For noen var sosiale medier en kilde til informasjon, inspirasjon og motivasjon, som kan hjelpe ungdommen til å ta informerte beslutninger og ta økt kontroll over eget liv. Men for andre kunne det være en kilde til stress, press og sammenligning som kunne påvirke selvoppfattelse og atferd, føre til tap av kontroll og empowerment. Deltakerne uttrykte at det kunne være vanskelig å skille mellom sann og usann informasjon på sosiale medier. Mange var kritiske til det de så på sosiale medier, men uttrykte at de ofte ble påvirket likevel. For å adressere dette er det viktig å oppmuntre ungdom til å opprettholde kritisk tenkning, øke deres helsekompetanse, mediekompetanse og selvfølelse.

Undervisning på skolen om sosiale mediers påvirkning fra tidlig alder kan ha stor betydning. Ved å styrke deres evne til å analysere innholdet på sosiale medier, kan de ta informerte valg om hva de skal tro på eller hva de skal la seg påvirke av. Dette bidrar til å redusere risikoen for å bli ukritisk påvirket og i stedet ta kontroll over egen mediebruk.

I sum bidrar denne masteroppgaven til en økt forståelse av videregående elevers perspektiver på helsefremming og betydningen av sosiale medier. Den peker på viktigheten av å utvikle tiltak og strategier som tar hensyn til elevers behov og erfaringer, samtidig som potensialet som sosiale medier kan ha for å fremme helse blant ungdom utnyttes. Evnen sosiale medier har til å engasjere og tiltrekke oppmerksomhet fra et stort publikum skaper et potensial for å fremme atferdsendringer knyttet til helsefremmende tiltak. Sosiale medier er kommet for å bli, vi må bare finne ut hvordan vi best mulig kan bruke de positive aspektene, samtidig som den negative innflytelsen reduseres. Våre funn og konklusjoner kan være nyttige for fagpersoner og beslutningstakere som ønsker å støtte ungdommers helsefremmende valg og fremme en sunn bruk av sosiale medier blant denne målgruppen.

6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Implikasjoner for praksis kan være å øke unges helsekompetanse ved å inkludere opplæring i kritisk tenkning, kildekritikk og deling av informasjon fra pålitelige kilder. Skolen har allerede startet arbeidet gjennom det tverrfaglige temaet om folkehelse og livsmestring. Dette arbeidet må fortsette, samt å styrke skolens arbeid med sosiale medier ved å utvikle nye retningslinjer og tiltak for å fremme bruk av sosiale medier på sunn måte. Ved å bruke sosiale medier på en effektiv måte som er informativ og motiverende, kan plattformene benyttes som et verktøy for å stimulere til økt fysisk aktivitet og sunne ernæringsvalg. Potensielt kan det tenkes at et samarbeid med influensere som bruker sosiale medier, kan påvirke til sunne livsstilsvalg ettersom de har stor innflytelse på unge. Hvor for eksempel helsedirektoratet kan inngå samarbeid med influensere, for å bidra med faglig innhold og informasjon som kan formidles gjennom deres kanal til følgere.

Studiens funn og fortolkninger indikerer at dette er et felt hvor det er behov for mer forskning. Det trengs mer kunnskap om både de negative og de positive sidene ved sosiale mediers betydning for unges helsefremmende valg. Det kunne vært interessant å undersøke om det kom frem andre synspunkter i individuelle intervjuer, eller om det er noen forskjeller mellom gutter og jenter. Videre trengs det flere studier som går i dybden på informasjonen unge finner på sosiale medier, gjennom å identifisere risikofaktorer, kvaliteten på og påvirkningen informasjonen har. Dette for å utvikle strategier til hvordan helseinformasjon på forsvarlig vis kan brukes og finnes. Dessuten er det behov for mer forskning på ungdommers perspektiver når det kommer til løsninger på de negative aspektene ved sosiale medier. I videre forskning hadde det vært interessant og sett på forskningsspørsmålene ved hjelp av andre metoder, blant annet longitudinelle studier, der det forskes over en lengre tidsperiode. Den digitale verden er under kontinuerlig endring, og siden ungdom er i en utviklingsfase er det viktig å forske på hvordan deres helse påvirkes av denne utviklingen.

7.0 Referanseliste

- Aanesen, K. H. (2021). *Hva er makt?* Nasjonal digital læringsarena
<https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:f77c8919-a904-41b3-88a4-34281c13627c/topic:1:7c9d84be-98d0-45cb-8b9d-29d371d2235a/resource:bac4ee6f-af15-4435-b389-cdf9e3990682>
- Aarø, L. E., & Klepp, K. I. (2017). Hva former vår helserelaterte atferd. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 38–62). Gyldendal Akademisk.
- Aarø, L. E., Samdal, O., & Wold, B. (2017). Psykisk helse blant ungdom. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 82–101). Gyldendal Akademisk.
- Aceves-Martins, M., Aleman-Diaz, A. Y., Giralt, M., & Sola, R. (2019). Involving young people in health promotion, research and policy-making: Practical recommendations. *International Journal for Quality in Health Care*, *31*(2), 147–153. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy113>
- Barneombudet. (2019). *Ungdom om digitale medier*.
<https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Ungdom-om-digitale-medier.pdf>
- Beyens, I., Pouwels, J. L., van Driel, I. I., Keijsers, L., & Valkenburg, P. M. (2020). The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. *Scientific Reports*, *10*(1), 10763. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-67727-7>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (2. utg.). Sage Publications Ltd (UK).
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, *17*(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>

- Buda, G., Lukoševičiūtė, Šalčiūnaitė, & Šmigelskas. (2021). *Possible Effects of Social Media Use on Adolescent Health Behaviors and Perceptions. Psychological Reports, 124(3), 1031-1048.*
<https://doi.org/10.1177/0033294120922481>
- Chung, A., Vieira, D., Donley, T., Tan, N., Jean-Louis, G., Gouley, K. K., & Seixas, A. (2021). Adolescent Peer Influence on Eating Behaviors via Social Media: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research, 23(6), e19697.*
<https://doi.org/10.2196/19697>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora.*
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Ehn, B., & Öberg, P. (2014). Biografisk intervjumetode. I K. Fangen & A.-M. Sellerberg (Red.), *Mange ulike metoder* (1. utg, s. 57-66). Gyldendal Akademisk.
- Enli, G., & Aalen, I. (2023). *Sosiale medier*. Store norske leksikon.
https://snl.no/sosiale_medier
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., & Bakken, A. (2017). *Stress og press blant ungdom*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/3480/Nettutg-Stress-og-press-blant-ungdom-NOVA-Rapport-6-17-bokmerk.pdf?sequence=1>
- Fabris, M. A., Marengo, D., Longobardi, C., & Settanni, M. (2020). Investigating the links between fear of missing out, social media addiction, and emotional symptoms in adolescence: The role of stress associated with neglect and negative reactions on social media. *Addictive Behaviors, 106, 106364.*
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106364>
- Fangen, K. (2014). Deltagende observasjon. I K. Fangen & A.-M. Sellerberg (Red.), *Mange ulike metoder* (1. utg, s. 37-55). Gyldendal Akademisk.
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2015). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body

- image concerns. *Body Image*, 12, 82–88.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.004>
- Finbråten, H. S., Romedal, S., Borge, C. R., & Eie, A. (2023). Helsekompetanse i pasient- og pårørendeopplæring – en tematisk analyse. *Sykepleien Forskning*, 91893, e-91893. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91893>
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2021-06-18-122). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gammersvik, Å., & Bogsnes Larsen, T. (2018). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Goodyear, V. A., Wood, G., Skinner, B., & Thompson, J. L. (2021). The effect of social media interventions on physical activity and dietary behaviours in young people and adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01138-3>
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: En unik posisjon. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 329-342). Gyldendal Akademisk.
- Heimen, F. (2022). *Sosiale Medier & Statistikk 2022*. SEOpp.
<https://seopp.no/blokka/sosiale-medier-statistikk-2022/>
- Helleve, A., & Klepp, K. I. (2017). Trådlaus og sårbar ungdom: Helserelevansen ved bruken av sosiale medium. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 399–410). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Meld. St. 15 (2022–2023)* [Stortingsmelding]. Regjeringa.no; regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

- Helsedirektoratet. (2018). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Helsedirektoratet. (2022). *De største utfordringene nå og i tiden fremover*.
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2020-12-04-133)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#§16
- Hsu, M. S. H., Rouf, A., & Allman-Farinelli, M. (2018). Effectiveness and Behavioral Mechanisms of Social Media Interventions for Positive Nutrition Behaviors in Adolescents: A Systematic Review. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 63(5), 531–545.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.009>
- Klepp, K. I., Stigen, O. T., & Aarø, L. E. (2017). Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s.17-36) Gyldendal Akademisk.
- Kucharczuk, A. J., Oliver, T. L., & Dowdell, E. B. (2022). Social media's influence on adolescents' food choices: A mixed studies systematic literature review. *Appetite*, 168, 105765. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105765>
- Kunnskapsdepartementet. (2023). *Regjeringen vil vite mer om konsekvensene av barns skjermbruk*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-vite-mer-om-konsekvensene-av-barns-skjermbruk/id2972425/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lægreid, S., & Skorgen, T. (2014). *Hermeneutisk lesebok*. Scandinavian academic press.

- Lien, N., & Klepp, K. I. (2017). Overvekt og fedme: Den tunge folkehelseutfordringen. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 255-268) Gyldendal Akademisk.
- Liverød, S. R. (2010). *Makt og Innflytelse i sosiale medier. Webpsykologen*.
<https://www.webpsykologen.no/artikler/makt-og-innflytelse-i-sosiale-medier/>
- Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Medietilsynet. (2022). *Barn og unges bruk av sosiale medier*.
https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2022/Barn_og_unges_bruk_av_sosiale_medier.pdf
- Nadkarni, A., & Hofmann, S. G. (2012). Why do people use Facebook? *Personality and Individual Differences*, 52(3), 243–249.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.007>
- OsloMet. (2022). *Etiske retningslinjer for forskning ved OsloMet*.
<https://ansatt.oslomet.no/etiske-retningslinjer-for-forskning-ved-oslomet>
- Paakkari, L., Tynjälä, J., Lahti, H., Ojala, K., & Lyyra, N. (2021). Problematic Social Media Use and Health among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 4.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041885>
- Pei, R., Kranzler, E. C., Suleiman, A. B., & Falk, E. B. (2019). Promoting adolescent health: Insights from developmental and communication neuroscience. *Behavioural Public Policy*, 3(1), 47–71. <https://doi.org/10.1017/bpp.2018.30>
- Plaisime, M., Robertson-James, C., Mejia, L., Nunez, A., Wolf, J., & Reels, S. (2020). Social Media and Teens: A Needs Assessment Exploring the Potential Role of Social Media in Promoting Health. *Social Media + Society*, 6(1), 2056305119886025. <https://doi.org/10.1177/2056305119886025>

- Plessen, K. J., & Kabicheva, G. (2010). Hjernen og følelser – fra barn til voksen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, 932-935.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0255>
- Qutteina, Y., Hallez, L., Raedschelders, M., De Backer, C., & Smits, T. (2022). Food for teens: How social media is associated with adolescent eating outcomes. *Public Health Nutrition*, 25(2), 290–302.
<https://doi.org/10.1017/S1368980021003116>
- Samdal, O. (2017). Trivsels- og helsefremmende arbeid i skolen. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 345-369) Gyldendal Akademisk.
- Sikt. (u.å.). *Informasjon til deltakarane i forskingsprosjekt*. <https://sikt.no/informasjontil-deltakarane-i-forskingsprosjekt>
- Skjerdingsstad, N. (2022). Digitale blindflekker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7). <https://psykologtidsskriftet.no/forskningsintervju/2022/07/digitale-blindflekker>
- Suarez-Lledo, V., & Alvarez-Galvez, J. (2021). Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17187. <https://doi.org/10.2196/17187>
- Szabo, K., Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M. (2019). Adolescents' attitudes towards healthy eating: The role of self-control, motives and self-risk perception. *Appetite*, 143, 104416. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104416>
- Folkehelseinstituttet (2019). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* (<https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>)
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten & K. Boge, *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver* (2. utg., s. 13–25). Gyldendal Akademisk.

- Udir. (u.å.). *2.5.1 Folkehelse og livsmestring*. <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>
- WHO. (u.å.). *Improving health literacy*. <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- WHO. (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition*.
https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf
- Wibeck, V. (2014). Med fokus på interaksjon- om å fange opp samspillet mellom deltakere, ideer og argumenter i fokusgruppetudier. I K. Fangen & A.-M. Sellerberg (Red.). *Mange ulike metoder*, s. 15-34. Gyldendal Akademisk.
- Winstone, L., Mars, B., Haworth, C. M. A., & Kidger, J. (2023). Types of Social Media Use and Digital Stress in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 43(3), 294–319. <https://doi.org/10.1177/02724316221105560>
- Wold, B. (2017). Ungdom og fysisk aktivitet: Helse, motivasjon og tiltak. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 208–234). Gyldendal Akademisk.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg nr. 1: Intervjuguide

Før intervjuet

- Navnet vårt og intervjutidspunkt
- Kort forklaring av prosjektet, at det er frivillig å delta, at de er anonyme og at det blir brukt lydopptak.
- Fortelle at det er ingen riktige eller gale svar på spørsmålene jeg stiller. At jeg ønsker å lære mer om deres tanker, meninger og erfaringer.

Start av opptak

- Fornavnene til ungdommene (Erstattes med pseudonym ved transkribering)
- Innhente muntlig samtykke

Hva er helsefremming for dere?

- *Hva tenker dere er helsefremmende atferd?*
- *Hva legger dere i ordet helsefremmende valg?*
- *Er helsefremmende valg noe dere tenker over i hverdagen?*

Hvilke kilder til kunnskap om helsefremmende valg er viktige for dere?

- *Hva påvirker deres helsefremmende valg?*
- *Hvordan søker dere kunnskap? (Om det er ting dere lurer på, hvordan går dere frem for å skaffe denne informasjonen?)*

Sosiale medier

- *Hvor mye tid bruker dere på sosiale medier hver dag?*
- *Utenom kommunikasjon med hverandre, hva bruker dere sosiale medier til?*

Kosthold

- *Hva påvirker deres tanker om hva som er sunt og usunt kosthold?*
- *Hvilken innflytelse har sosiale medier på deres helsefremmende valg om kosthold?*

Fysisk aktivitet

- *Hva legger dere i ordet fysisk aktivitet?*
- *Hva påvirker deres fysiske aktivitet?*
- *Hvilken innflytelse har sosiale medier på deres helsefremmende valg om fysisk aktivitet?*

Avslutning

Hvordan synes dere intervjuet har vært?

- *Er det noe mer dere ønsker å fortelle om i forbindelse med det vi har snakket om her i dag?*
- *Er det slik at dere nå etter intervjuet fortsatt ønsker å delta i studien?*

8.2 Vedlegg nr. 2 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«En kvalitativ studie om sosiale mediers innflytelse på videregående elevers helsefremmende valg»

Hei!

Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt? I vår masteroppgave ønsker vi å finne ut om sosiale medier har innflytelse på helsefremmende valg om kosthold og fysisk aktivitet.

Formål

I dette masterprosjektet vil vi finne ut om sosiale medier har innflytelse på hva elever i videregående skole tenker om sosiale medier og helsefremmende valg. Vi har lyst å snakke med grupper på seks elever fra andre og tredje klasse på videregående skole. Håper du vil være med!

Vi vil for eksempel stille dere spørsmål som:

- *Hva mener dere helsefremming er?*
- *Hvilken innflytelse har sosiale medier på deres helsefremmende valg om kosthold?*

Dette prosjektet er en masteroppgave fra OsloMet.

Hvem leder forskningsprosjektet?

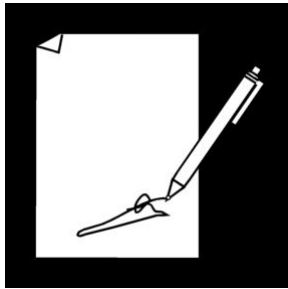
Vi heter Karoline Sjørdal Gaustadnes og Marie Sundby, og er de to masterstudentene som vil møte dere.

Det er også en veileder med i prosjektet. Hun heter Marita Nordhaug og er førsteamanuensis ved OsloMet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du går i andre eller tredje klasse på en videregående skole, og er over 16 år.

Hvis du har lyst å være med i forskningsprosjektet må du si fra, så tar vi kontakt med deg. Om du ikke har lyst å være med, tar vi ikke kontakt med deg.



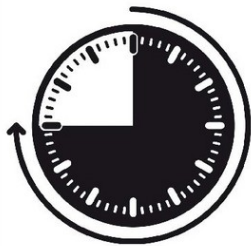
Dersom du har lyst til å være med på prosjektet vil du få informasjon om studien når du kommer på intervjudagen og vil da ha mulighet til å stille spørsmål. Hvis du etter dette fortsatt har lyst å være med i studien, må du skrive under på siste ark i dette brevet. Du har også mulighet for å trekke deg etter intervjuet er gjennomført.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et gruppeintervju med deg og fem andre fra din klasse. Et gruppeintervju er en samtale der vi snakker om forskjellige temaer. Vi vil stille dere forskjellige spørsmål som vi diskuterer i gruppen. Spørsmålene vil handle om helsefremming, sosiale medier, kosthold og fysisk aktivitet. Vi er ikke ute etter å teste dine kunnskaper eller vurdere om dere tar gode eller dårlige valg, men ønsker å finne ut hva som er viktig for dere.

Intervjuet vil foregå på skolen i et klasserom. Det er bare vi to som vil være tilstede under intervjuet, sammen med dere, og det vil gjøres lydopptak av intervjuet.

Intervjuet vil vare ca. 60-90 minutter.



Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.



Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei».

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen om deg til å finne ut om sosiale medier påvirker dine helsefremmende valg. Informasjonen om deg vil være alder, kjønn, klassetrinn og det dere forteller i intervjuet.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare forskerne (Karoline og Marie) som har tilgang til informasjonen.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.

Vi følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet senest ved utgangen av 2024.

Da vil vi passe på at all informasjon om deg er slettet.

Dine rettigheter

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som vi skriver, eller har i dokumentene våre, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som vi samler inn. Du kan også be om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Dersom det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be forskeren rette dem. Du kan også klage til Datatilsynet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg bare hvis du sier at det er greit og du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?



Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med:

Karoline Sjørdal Gaustadnes, epost: s358124@oslomet.no

Marie Sundby, epost: s361803@oslomet.no

OsloMet ved Marita Nordhaug, epost: maritano@oslomet.no

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, epost: ingrid.jacobsen@oslomet.no

Denne studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), og har referansenummer 467540.

Med vennlig hilsen Karoline Sjørdal Gaustadnes og Marie Sundby

8.3 Vedlegg nr. 3: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”*En kvalitativ studie om sosiale mediers påvirkning på videregående elevers helsefremmende valg*”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i fokusgruppe intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.4 Vedlegg nr. 4: Godkjenning fra Sikt



Norsk ▾ Karoline Sørdal Gaustadnes ▾

Meldeskjema / En kvalitativ studie om sosiale mediers innflytelse på videregående elevers helsefre... / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 16.08.2022 ▾

Referansenummer 467540 **Vurderingstype** Standard **Dato** 16.08.2022

Prosjekttittel

En kvalitativ studie om sosiale mediers innflytelse på videregående elevers helsefremmende valg

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig

Marita Nordhaug

Student

Karoline Sørdal Gaustadnes

Prosjektperiode

15.08.2022 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skyklagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.12.2024.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemalerverandør, skyklagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

b6515db63

