

Titelblad

Sundhedsfortællinger - En undersøgelse af overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner og investering i sundhed

Fortrolig

Ikke fortrolig

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Portfolio	Speciale X	Skriftlig hjemmeopgave
--------------------------	---------	----------	-----------	----------------------	------------------------

Uddannelsens navn	Cand.mag. i Læring og forandringsprocesser, Aalborg Universitet, København													
Semester	10. semester													
Prøvens navn	Kandidatspeciale													
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift												
Navn: Julie Vestergaard Larsen	20131695													
Navn: Sofie Bloch-Jørgensen	20131698													
Afleveringsdato	1. juni 2015													
Speciale titel	Sundhedsfortællinger – En undersøgelse af overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner og investering i sundhed													
I henhold til studieordningen må specialet i alt maks. fylde antal tegn	336.000 (Antal tegn med mellemrum)													
Det afleverede speciale fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"><p style="text-align: center;">Ordoptælling</p><p>Statistik:</p><table><tr><td>Sider</td><td>134</td></tr><tr><td>Ord</td><td>44.336</td></tr><tr><td>Tegn (ingen mellemrum)</td><td>250.194</td></tr><tr><td>Tegn (med mellemrum)</td><td>293.929</td></tr><tr><td>Afsnit</td><td>1.062</td></tr><tr><td>Linjer</td><td>3.791</td></tr></table></div> <p>293.929 tegn svarende til 122,5 normalsider</p>		Sider	134	Ord	44.336	Tegn (ingen mellemrum)	250.194	Tegn (med mellemrum)	293.929	Afsnit	1.062	Linjer	3.791
Sider	134													
Ord	44.336													
Tegn (ingen mellemrum)	250.194													
Tegn (med mellemrum)	293.929													
Afsnit	1.062													
Linjer	3.791													
Vejleder	Kristian Larsen													

Vi bekræfter hermed, at dette er vores originale arbejde, og at vi alene er ansvarlig for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler):

<http://www.plagiat.aau.dk/regler/>

Abstrakt

In Denmark, the state is the only institution with power to perform legitimate violence and the health field consists of different stakeholders in relation to health, for example *Sundhedsstyrelsen* and the municipalities. Both help regulate what the dominant norm in health is, which means that the health field is under continuous alteration, as it is dependent on the context. The context of this study is a service from the municipality directed to children and adolescents with problem of overweight, called *Jump4Fun*.

The aim of this thesis is to study how health is structured among overweight children and adolescents based on an empirical and a theoretical basis. This is done to explain and understand how overweight children and young people perceive and invest in health. The above is examined on the basis of theory based on *habitus, field and capital*, by Pierre Bourdieu (1986, 1996, 1997) and theory by Janet Shim (2010) and Kristian Larsen (2010,2013) that investigate *the further development of health capital* and finally theory of *stigma* by Erving Goffman (2009).

The empirical structure of the thesis, is based on twelve interviews of overweight children and adolescents, a survey with responses from 30 parents who have a overweight child who participate in *Jump4Fun*, and field notes based on the recruitment of interviewees. Above methods have been chosen to obtain a better understanding of the subject matter field. The results have furthermore been processed on the background of the analytical framework of the thesis, in order to answer the research question of the thesis.

The analysis in this dissertation is an alternation between a micro level and a societal level. The micro level involved overweight children and young people's practices related to health, and the analysis is also on a societal level, since the health field and the state accounted for in the analysis of children's and young people's health practices.

The thesis contains both a methodological, theoretical and reflective discussion. The thesis emphasizes that overweight children and adolescents construct their view upon health from their position in the social field, the dominant societal discourses in the health field and their amount of cultural health capital. *Jump4fun* becomes a free space where overweight children and adolescents experiencing can interact with others peers and invest in their health capital. *Jump4fun* manifests a network where overweight children and adolescent's social relationships are being strengthened and be contributed to the overweight children and adolescents find it worth it to invest in health capital.

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1. INDLEDNING	5
1.1. STATEN SOM ET METAMAGTFELT	5
1.1.1. <i>Sundhed som felt</i>	6
1.2. SUNDHED I ET SOCIOLOGISK PERSPEKTIV	8
1.2.1. <i>Sundhedsbegrebet</i>	8
1.2.2. <i>Sundhedsdiskurser</i>	9
1.2.3. <i>Social ulighed i relation til overvægt</i>	10
1.4. PROBLEMFELT	11
1.5. SPECIALETS UNDERSØGELSESPØRGSMÅL	12
1.6. BESKRIVELSE AF CASE	12
1.6.1. <i>Samarbejdspartnerne i Jump4fun</i>	13
1.6.2. <i>Kommunerne</i>	14
1.7. EKSISTERENDE VIDEN PÅ OMRÅDET	14
1.7.1. <i>Udvælgelseskriterier i relation til inddragede undersøgelser</i>	15
1.7.2. <i>Præsentation af eksisterende viden</i>	15
1.7.3. <i>Den eksisterende videns bidrag til vores konstruktionsarbejde</i>	15
1.7.4. <i>Opsamling på eksisterende viden</i>	17
1.8. NÆRVÆRENDE SPECIALES FORMÅL	17
1.9. SPECIALETS STRUKTUR	18
KAPITEL 2. SPECIALETS TEORETISKE TILGANG OG ANALYTISKE BEGREBER.....	20
2.1. PIERRE BOURDIEUS BEGREBSAPPARAT	20
2.1.1. <i>Habitus i relation til sundhedspraksisser</i>	21
2.1.2. <i>Kapitalformer som en ressource</i>	22
2.1.3. <i>Feltbegrebet i relation til position og positioneringer</i>	24
2.2. TO TILGANGE TIL SUNDHEDSKAPITAL	25
2.2.1. <i>Ulighed i sundhed set i lyset af kulturel sundhedskapital</i>	25
2.2.2. <i>Sundhedskapital som oparbejdet ressource</i>	26
2.2.3. <i>Distinktive blikke på kropsidealer</i>	28
2.3. ERVING GOFFMANS STIGMA	28
2.3.1. <i>Social stigmatisering</i>	28
2.3.2. <i>Stigmaets betydning på et mikroniveau</i>	30
2.4. ARBEJDSANTAGELSER PÅ BAGGRUND AF OVENSTÅENDE ANALYSERAMME	30
KAPITEL 3. VIDENSKABSTEORETISK AFSÆT.....	32
3.1. BOURDIEUS VIDENSKABSTEORETISKE POSITION	32
3.2. DET DOBBELTE BRUD	33
3.2.1. <i>Refleksioner omkring agenternes selvforståelse</i>	33
3.2.2. <i>Refleksioner over vores position som undersøgere</i>	34
3.3. EN PRAKSEOLOGISK TILGANG	36
KAPITEL 4. UNDERSØGELSENS METODOLOGISKE STRATEGI OG EMPIRISKE GRUNDLAG	38
4.1. METODETRIANGULERING	38
4.2. DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW	38
4.2.1. <i>Børn og unge som interviewpersoner</i>	40
4.2.2. <i>Rekruttering af interviewpersoner</i>	40
4.2.3. <i>Interviewguide til det kvalitative forskningsinterview</i>	42
4.3. SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE SOM METODISK REDSKAB	43
4.3.1. <i>Forældre som respondenter til spørgeskemaundersøgelse</i>	44
4.3.2. <i>Spørgeskemaets struktur</i>	44
4.3.3. <i>Pilottestning</i>	45

4.4. TILGANG TIL UNDERSØGELSESFELTET	45
4.5. ETISKE OVERVEJELSER	47
4.6. ANALYSESTRATEGI.....	47
4.6.1. <i>Det kvalitative forskningsinterview</i>	47
4.6.2. <i>Spørgeskemaundersøgelse</i>	49
KAPITEL 5. PRÆSENTATION AF DET EMPIRISKE MATERIALE	50
5.1. PORTRÆTTER AF INTERVIEWPERSONER	50
5.2. FREMTRÆDENDE TEMATIKKER I INTERVIEWENE	52
5.3. DATAMATERIALE FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN.....	54
KAPITEL 6. ANALYSE	58
6.1. AGENTERNES POSITION I DET SOCIALE RUM.....	58
6.2. INVESTERING I SUNDHEDSKAPITAL	64
6.3. OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGES SPROGLIGE SUNDHEDSREPERTOIRE.....	69
6.4. STRUKTUREREDE SUNDHEDSKONSTRUKTIONER	76
6.5. OPVÆKSTBETINGELSER I RELATION TIL KULTUREL SUNDHEDSKAPITAL OG SUNDHEDSKAPITAL	80
6.6. SOCIALE RELATIONERS BETYDNING FOR INVESTERING I SUNDHEDSKAPITALEN	85
6.7. FORÆLDRENES LIGHEDER OG FORSKELLE.....	91
6.8. STIGMA I SIN KROPSLIGE FORM	95
6.9. FRIRUMMET	102
6.10. KROPSIDEALER	105
6.11. SAMFUNDSMÆSSIGE DISKURSER OM KROPPEN	110
KAPITEL 7. METODISK DISKUSSION.....	114
7.1. REFLEKSIONER OVER ARBEJDET MED ET PRAKSEOLOGISK BLIK.....	114
7.1.1. <i>Refleksioner omhandlende det dobbelte brud i relation til vores undersøgelsespraksis</i>	114
7.1.2. <i>Relationel tænkning og historisering</i>	116
7.2. DISKUSSION AF BØRN OG UNGE SOM INTERVIEWPERSONER	118
7.2.1. <i>Interviewpersonernes konstruktion af os som undersøgere</i>	118
7.2.2. <i>Interviewpersonernes ordforråd i relation til sundhed</i>	119
7.2.3. <i>Lokalitet på interviewstedet</i>	120
KAPITEL 8. DISKUSSION.....	122
8.1. TEORETISK DISKUSSION.....	122
8.1.1. <i>Diskussion af brugen af Bourdieu</i>	122
8.1.2. <i>Refleksioner over inddragelsen af Goffman</i>	123
8.1.3. <i>Refleksioner over brugen af Shim og Larsen</i>	124
8.2. REFLEKTERENDE DISKUSSION	125
8.2.1. <i>Hvordan er staten virksom i de overvægtige børn og unges investering i sundhedskapital?</i>	125
8.2.2. <i>Hvem har ansvaret for den enkeltes sundhed?</i>	126
KAPITEL 9. SAMMENFATTENDE FUND	128
9.1. DISTINKTIONER I SUNDHEDSKAPITALEN OG KULTUREL SUNDHEDSKAPITAL	128
9.2. SUNDHEDSKONSTRUKTIONER.....	128
9.3. DEN SOCIALE BAGGRUND OG BETYDNINGEN FOR INVESTERING OG FORSTÅElsen AF SUNDHED	129
9.4. OVERVÆGT SOM STIGMA I SIN KROPSLIGE FORM	130
9.5. HVORDAN KONSTRUERER OG INVESTERER OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGE I SUNDHED?	130
10. LITTERATUR.....	131
11. BILAGSOVERSIGT	137
ARTIKEL	139

Kapitel 1. Indledning

Hensigten med dette afsnit er at klarlægge nærværende speciales relevans i en sundhedskontekst med udgangspunkt i overvægtige børn og unge. I det følgende vil fokus være på sundhedsbegrebet, sundhedsdiskurser og social ulighed i relation til overvægtig, statens indvirkning på undersøgelsesfeltet samt et oprids af sundhed som felt for at tydeliggøre specialets omdrejningspunkt.

1.1. Staten som et metamagtfelt

Professor Kristian Larsen beskriver, at det er statens effekter, der er virksomme i os, når vi som individer orienterer os mod en sund krop, og hvordan denne skal se ud (Larsen 2010, 56-57). Dermed opstår der ulige betingelser i forhold til sundhed, da det er de dominerendes livsstil, der bliver den legitime, og sundhed kommer i den forstand til at fungere som symbolsk vold¹. Dette på baggrund af, at der er ulige betingelser for agenter i forhold til at opnå viden om krop og motion, købe sunde fødevarer og gå til fritidsaktiviteter grundet vores levevilkår, og de ikke dominerende agenter kan dermed opleve at blive ekskluderet (Esmark og Larsen 2010, 15). I det følgende vil fokus være på statens betydning for undersøgelsesfeltet.

Staten defineres af den franske sociolog Pierre Bourdieu som et metamagtfelt, da denne ikke kan konkretiseres som et fysisk sted med konkrete agenter. Staten kan siges at være skabt af os som agenter, og dermed er det de dominerendes synspunkt der, grundet deres dominans, sætter sig igennem som værende et universelt synspunkt. Staten som felt kan opdeles i det Bourdieu kalder statens højre og venstre hånd. Statens højre hånd er den økonomiske magt som eksempelvis finansministeriet og skattevæsenet og modsat figurerer statens venstre hånd, som er den sociale magt og hertil er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og sundhedsvæsenet eksempler. Statens venstre hånd betegnes ifølge Bourdieu som værende de udgiftskrævende ministerier, og dermed udspiller der sig interesse modsætninger mellem den højre og den venstre hånd, da de kæmper hver for sig for at opretholde den dominerende position i statsfeltet (Bourdieu 2010 B, 113-114). Eksempelvis kan der ved implementering af sundhedslovgivninger opstå stridigheder mellem statens venstre og højre hånd og hermed kamp om magt og dominansstrukturer i det pågældende felt. Disse stridigheder vil finde sted, eftersom den ene side vil opretholde den eksisterende sociale orden, mens der modsat på

¹ ”... at man anerkender og accepterer en vold, der udøves mod en, præcis fordi man ikke opfatter den som vold” (Bourdieu og Wacquant 1996, 152).

den anden side ønskes en forandring, og dermed bliver et kompromis nødvendigt i kampen om dominansstrukturen i feltet.

Staten har mulighed for at regulere spillet i andre felter for eksempel igennem lovgivning inden for sundhedsområdet, samt hvem der kan opnå autoritet inden for sundhedsfeltet. Dermed har staten også som den eneste institution magten til at udøve legitim fysisk og symbolsk vold i den forståelse, at staten eksempelvis kan gennemtvunge sundhedslove (Larsen 2010, 56-57). I relation hertil har staten med sin autoritet, magten til at få agenter til at se og forstå verden på en bestemt måde, hvilket ifølge Bourdieu forstås som symbolsk magt (Esmark 1993). Dette betyder, at når staten udøver sin dominans med gennemslagskraft og lethed, så er det fordi den er i stand til at påtvinge os individer statens tænkemåde (Bourdieu 2010 A, 125). Ifølge Signild Vallgård, professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab og forsker i social ulighed og folkesundhedspolitik, er den statslige regulering inden for sundhedsområdet blevet mere omfattende. En undersøgelse foretaget af Vallgård omhandlende sundhedspolitikker fra 1930 til 1987 i Danmark viser, at indførslen af lovgivning på sundhedsområdet har udviklet sig siden 1930, og lovgivningsarbejdet i dag tager kortere tid. Ifølge Vallgård har danskere et specielt forhold til staten, fordi de ikke stiller sig undrende overfor de tilbud, som staten står bag, og herved bliver det ikke diskuteret, om der skulle være tale om et overgreb (Vallgård 2013, 165). Staten kan ifølge Bourdieu siges at producere og inkorporere en række mentale kategorier i den befolkning, som lever indenfor dens område. Derfor er staten ikke kun noget, som eksisterer i form af forskellige institutioner, men noget der er indlejret i statens agenter gennem skolegang og det sociale liv (Hammerslev og Hansen 2010, 14). Hertil bliver staten regulerende for, hvordan agenter opfatter og forstår verden. Bourdieu beskriver samtidig, at agenter fødes ind i den sociale verden, som medfører, at agenter tager en række påstande for givet, som de ikke sætter spørgsmålstegn ved, og dermed ikke kræver nogen officielle forklaringer (Bourdieu og Wacquant 1996, 152).

1.1.1. Sundhed som felt

Selv om staten ikke kan konkretiseres som et fysisk sted med konkrete agenter, så findes der forskellige felter, hvor der ageres på statens vegne (Hammerslev og Hansen 2010, 13). Et af disse felter er sundhedsfeltet, som i det følgende afsnit vil blive konkretiseret, da vi vil forsøge at skitsere sundhed tænkt som et felt.

Staten har gennem de sidste årtier haft øget fokus på sundhedsfremmende tiltag, og herigennem er både stat og felter relateret til sundhed under forandring (Esmark og Larsen 2013 5-6). Gennem dette øget fokus på sundhed synes kroppen at have fået en indflydelse i forhold til social difference, inklusion og eksklusion. Herved tænkes på agenteres fysiognomi, BMI, kostindtag og deres måde at bruge disse indikatorer til at begå sig i uddannelsesinstitutioner og finde sociale relationer (Esmark og Larsen 2010, 9-10). Ifølge undersøgelsen *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987* (Statens Institut for Folkesundhed 2012) er der i perioden 1994 til 2010 sket en stigning i andelen af individer, der aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Hertil angiver en stor andel, at de for bevare eller forbedre deres helbred, er fysisk aktive, har sunde kostvaner samt nævner familie og venner (ibid., 12).

Sundhedsfeltet involverer forskellige interessenter såsom professioner, brugergrupper, teknologier og livsstile, men også statslige institutioner som eksempelvis Sundhedsstyrelsen, Fødevarestyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, forskningsenheder og kommuner. Disse interessenter er alle medvirkende til at regulere viden omkring sundhed, og hvad der er den dominerende norm indenfor sundhed, og derfor kan sundhedsfeltet siges at være foranderligt, eftersom det er kontekstafhængigt (Esmark og Larsen 2010, 9-10). Inden for sundhed figurerer der udover de nationale positioner samtidig også internationale dominerende positioner. Eksempler på dette er institutioner inden for EU og FN, lægemiddelindustrien samt humanitære hjælpeorganisationer (Larsen 2010, 61). I det følgende vil to forskellige interessenters betydning i sundhedsfeltet præsenteres. Sundhedsstyrelsen, der er den øverste sundheds- og lægemiddelfaglige myndighed i Danmark, blev stiftet i 1909. I 2012 blev Sundhedsstyrelsen ændret til den form som den er i dag hvor der skete en sammenlægning af Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen B 2015). I og med Lægemiddelstyrelsen blev en del heraf, kan sundhedsfeltet siges at være en del af det medicinske felt. Sundhedsstyrelsen sætter fokus på sundhed gennem at udsende kampagner omhandlende folkesundhedsmæssige faktorer (Sundhedsstyrelsen A 2015). Indenfor nærværende speciales kontekst med overvægtige børn og unge kan kampagnen fra 2008 *En lettere barndom*, der henvendte sig til familier med overvægtige børn nævnes. Hertil har Sundhedsstyrelsen forsøgt at informere om sundhedsmæssige følger af overvægt, og kampagnen henvender sig til familier med overvægtige førskolebørn (Sundhedsstyrelsen B 2009). I 2006 udsendte Sundhedsstyrelsen kampagnen *Get moving*, der skulle gøre forældre opmærksomme på deres rolle i forhold til, at børn og unge lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om 60 min. fysisk aktivitet om dagen til børn og unge (Sundhedsstyrelsen C 2009). *Get moving* har siden 2006 været en tilbagevendende kampagne, der ligeledes blev

relanceret i maj 2015 (Get Moving 2015). Sundhedsstyrelsen medvirker samtidig til at overvåge, at professioner inden for sundhed følger lovene, og at de udfører deres arbejde sundhedsfagligt ansvarligt. Herunder har Sundhedsstyrelsen en betydning i forhold til statens udlægning af sundhedsopfattelser, eftersom Sundhedsstyrelsens medarbejdere kan rådgive politikere indenfor sundhed (Vallgård 2013, 140). En anden interessant inden for sundhedsfeltet er kommunerne, og i Danmark har kommunerne siden 1. januar 2007 haft ansvaret for at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Dette skete i forbindelse med indførelsen af den nye sundhedslov fra 2005. Med den nye sundhedslov fulgte et større kommunalt sundhedsansvar, hvis hensigt var at etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne (Sundhedsstyrelsen 2006, 5).

1.2. Sundhed i et sociologisk perspektiv

I det følgende fokuseres der på sundhedsdiskurser samt begrebet sundhed, eftersom afsættet for nærværende speciale er sundhed, tænkt som et socialt konstrueret fænomen, der er relationelt og dermed kontekstafhængigt.

1.2.1. Sundhedsbegrebet

Ifølge Lene Otto, ph.d. lektor i etnologi, kan sundhedsbegrebet anses som værende en foranderlig konstruktion, da det ændres over tid i takt med ny viden på området. Hertil er definitionen af sundhed og opfattelsen af den sunde krop forskellige i forskellige kulturer. På baggrund af ovenstående bliver sundhedsbegrebet mere og mere bredt, mens nogle eksperter forsøger at indsnævre sundhedsbegrebet (Otto 2009, 33).

Sundhedsbegrebet og forståelsen af sundhed er ifølge Otto et resultat af faglige kampe og påvirkes af forskellige faktorer, og disse kampe foregår imellem ekspertgrupper på politisk internationalt niveau og World Health Organization (WHO). Samtidig kan forståelsen af sundhed være struktureret gennem de forskellige statslige institutioner såsom sundhedscentre og hospitaler. Det snævre sundhedsbegreb relaterer sig til forhold, der kan måles i objektive tal såsom dødelighed og sygelighed (Otto 2009, 33-34). WHO forsøgte i 1948 at bryde med det snævre sundhedsbegreb, hvor fokus blot var på fravær af sygdom og lidelse. Dette resulterede i følgende ideologiske perspektiv på sundhed: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO 1948). Denne definition er WHO's ideologiske udlægning af sundhedsbegrebet, og er blevet central i den vestlige verdens forståelse af sundhed (Otto 2009, 31-34).

1.2.2. Sundhedsdiskurser

I det følgende fokuseres på diskurser, og hertil definerer Otto diskurs som værende en konstruktion, der gør at bestemte handlinger og opfattelser fremstår mere betydningsfulde end andre. Sundhed som diskurs kan sættes i relation til måderne, hvorpå sundhed gives opmærksomhed og tillægges betydning. Diskursen kan dermed siges at være, hvad der i en konkret kontekst anses som værende sundt og usundt (Otto 2009, 38). Hertil kan det sunde og det usunde i en sociologisk optik ikke tænkes som værende universelt, men i en konstant forandring, da disse forståelser er produkter af stridende diskurser og praksisser (Larsen og Esmark 2013, 10). Ifølge Otto bliver sundhedsdiskursen formet gennem praksis og hertil inddrages aspekter som sociale relationer samt selvopfattelse, og ikke kun det kroppen fysisk bliver udsat for i forbindelse med motion og kost (Otto 2009, 39). Således er der ifølge Otto tale om en helhedstænkning, hvorved sundhed ikke kan defineres som værende fælles, fordi sundhedskonstruktioner og oplevelsen herfra er socialt og kulturelt bestemt (Otto 2009, 39).

I et dansk perspektiv er en af de største undersøgelser, der er foretaget af danskernes sundhed KRAM-undersøgelsen. De faktorer, der her var fokus på var Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Det Nationale Råd for Folkesundhed tog initiativ til undersøgelsen, der blev gennemført af Statens Institut for Folkesundhed. Hertil blev undersøgelsen finansieret af Trygfonden og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Formålet med KRAM-undersøgelsen var at øge danskernes kendskab til faktorerne betydning for sundhed og sygelighed (Statens Institut for Folkesundhed 2011 A).

I relation til samfundsmæssige forståelser af overvægt er der ifølge Ditte-Marie From, adjunkt i sundhedsfremme, dominerende diskurser, som overvægtige agenter underlægger sig, og derved kan de opleve deres vægt som et sundhedsproblem. Hertil anses sundhed som et positivt ladet fænomen, som er værd at efterstræbe både individuelt og samfundsmæssigt. Sundhed som fænomen kan samtidig betragtes som værende både situationelt og relationelt. Hermed kan overvægtige ikke betragtes som værende sunde eller usunde, da dette er afhængigt af de relationer og situationer, som de overvægtige indgår i. Dermed rykkes fokus på sundhed som værende en krops-tilstand over til også at være en relations- og situationsbestemt tilstand (From 2012, 240-244). I og med overvægt kan anses som et sundhedsproblem, kan der opstå stigmatisering af overvægtige subjekter. Hvis overvægtige bliver kategoriseret som værende for eksempel usunde, vil der opstå en risiko for stigmatisering, da de vil anses som værende afvigerne, der ikke tager det samfundsmæssige ansvar for deres egen sundhed. Hertil kan de samfundsmæssige diskurser i relation til sundhed siges at være stigmatisere-

rende på et makroniveau (Glasdam 2009, 21). Der findes flere forskellige definitioner af stigmatisering, og i nærværende speciale inddrages sociologen Erving Goffmans perspektiv på begrebet. Ifølge Erving Goffman defineres stigma som et kendetegn, der kan distancere sig fra andre, og hertil kan overvægt anses som værende et stigma (Goffman 2009, 45-46). En af de faktorer, der kan have betydning for, at overvægt kan anses som et stigma, er mediernes udlægning af den tynde krop og marginaliseringen af den overvægtige (Hansen og Larsen 2013, 30).

1.2.3. Social ulighed i relation til overvægt

Fænomenet overvægt beskrives som et stigende problem for folkesundheden i Danmark ifølge *Den nationale sundhedsprofil fra 2010* (Sundhedsstyrelsen 2011). Hertil er forekomsten af overvægt i Danmark stigende især hos de yngste aldersgrupper samt hos personer med lav indkomst eller uddannelse (Ibid.,5). Yderligere er overvægt ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet et samfundsøkonomisk problem, da der er direkte og indirekte omkostninger forbundet med overvægt i forhold til behandling og sygefravær (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007, 9). Sundhedsstyrelsen definerer overvægt i forhold til Body Mass Index (BMI), der er forholdet mellem kropsvægt og højde og hertil anvendes WHO's klassifikation af overvægt i henhold til BMI (Sundhedsstyrelsen A 2009).

Overvægt kan både betegnes som et biomedicinsk fænomen, men samtidig også et sociologisk fænomen. Et biomedicinsk fænomen involverer blandt andet gener, metabolisme, fedtvæv, BMI og muskelvæv. Overvægt som et sociologisk fænomen involverer familie, netværk, opvækstvilkår, dagligdag, indkøb, spisemønstre, boligforhold og aktivitetsniveau. Individet kan siges at være biologiske kroppe, som kan formes og forstås socialt. I undersøgelsesprocesser hvor der forskes i social ulighed betyder dette, at sociale processer, livsforløb, historisk tid samt biologisk udgangspunkt skal medtænkes (Andersen og Timm 2010, 14).

Ifølge Sundhedsstyrelsen var andelen af overvægtige børn og unge i 2008 i Danmark 12 % (Sundhedsstyrelsen 2010, 7). Nyere tal fra *Børnedatabasen* (2012) og *Skolebørnsundersøgelsen* (2010) viser, at 14 procent af de 6 til 7-årige børn i Danmark er overvægtige, mens 18 procent af de 14 til 15-årige er overvægtige, hvilket er en stigning fra 2008 (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2013, 16). Ifølge Motions- og Ernæringsrådets rapport *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge* er børn og unges risiko for overvægt mere end fordoblet, hvis deres forældre er overvægtige (Motions- og Ernæringsrådet 2007, 53). Hertil påpegede *Skolebørnsundersøgelsen*, at der er mar-

kante sociale uligheder i helbred og sundhedsadfærd, hvilket relateres til børn og unges sociale vilkår (Statens Institut for Folkesundhed 2011 B, 96). I relation til ovenstående kan overvægt som sociologisk fænomen skabe social ulighed, da overvægtige børn og unge har forskellige levevilkår og ressourcer.

1.4. Problemfelt

Sundhed og overvægt er udbredte fænomener, og vi finder det interessant at undersøge dele af disse fænomener nærmere. Undersøgelser fremhæver, at der er sammenhæng mellem børn og unges sundhedsadfærd samt deres betingelser i forhold til social-, økonomisk- og kulturel kapital (Bilag A: Eksisterende viden). Inden for fænomenet sundhed i relation til overvægtige børn og unge er der flere sociologiske aspekter, som vi studerer nærmere.

Det første aspekt omhandler Bourdieus begreb habitus (Bourdieu og Wacquant 1996). Hertil vil vi undersøge, om overvægtige børn og unges habitus har betydning for deres sundhedskonstruktioner og investering i deres sundhedskapital. Derudover vil vi undersøge, hvilke ligheder og forskelle i relation til social baggrund og sundhed, der fremtræder blandt forældre til overvægtige børn og unge samt hvad eller hvem påvirker de overvægtige børn og unges investering i sundhedskapitalen?

Det andet aspekt vi undersøger nærmere omhandler, hvad sundhed er ifølge overvægtige børn? Og har overvægtige børn og unge differentierende sundhedskonstruktioner i forhold til den gængse nationale sundhedskonstruktion? Hvad anerkendes i forhold til kroppen, og hvordan ser den sunde krop ud blandt overvægtige børn og unge? Hvordan fremtræder overvægtige børn og unges kulturelle sundhedskapital? Og er der sammenhæng mellem børnenes kulturelle sundhedskapital og forældrenes kapitalsammensætning?

Det tredje aspekt angår social kapital i henhold til Bourdieus begrebsapparat. Undersøgelserne *Social kapital og sundhed – analyser fra Nordjylland* (Region Nordjylland 2013) og *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital* (Jensen et al. 2007) indikerer, at unges sundhedsadfærd og sundhedskonstruktioner formes af sociale relationer, sociale baggrund og opvækstvilkår. Hvilken betydning har social kapital for overvægtige børn og unge i relation til deres sundhedskonstruktioner og deres investering i sundhedskapitalen (Larsen 2010)? I forlængelse af dette, hvorfor og hvordan overvægtige børn og unge investerer i deres sundhedskapital?

Vi vil med inspiration fra stigma begrebet (Goffman 2009) samtidig undersøge, om overvægtige børn og unge oplever at blive ekskluderet i sociale sammenhænge på grund af deres overvægt? Og hvilken betydning dette har for deres investering i sundhedskapitalen?

1.5. Specialets undersøgelsesspørgsmål

Med udgangspunkt i ovenstående problemfelt ledes der frem til følgende undersøgelsesspørgsmål:

Gennem kvalitative forskningsinterviews og en spørgeskemaundersøgelse ønsker vi at forstå og forklare, hvordan overvægtige børn og unge konstruerer og investerer i sundhed?

I relation til at undersøge ovenstående nærmere tager vi udgangspunkt i Bourdieus begreber habitus, felt og kapitalformer, Shim og Larsens videreudvikling af kapitalformerne samt Goffmans begreb stigma. Gennem disse begreber er følgende arbejdsspørgsmål opstillet:

- Hvordan er overvægtige børn og unges ordforråd i relation til sundhed?
- Hvorfor vælger overvægtige børn og unge at gå til et bevægelsestilbud for overvægtige?
- Hvordan er de overvægtige børn og unge positioneret i det sociale rum i relation til hinanden?
- Hvordan fremtræder overvægtige børn og unges strukturerede sundhedskonstruktioner?
- Hvilken betydning har børnene og de unges overvægt i forhold til at blive inkluderet i fællesskabet?
- Hvilke ligheder og forskelle fremtræder i forældre til overvægtige børn og unges kapital sammensætning i forhold den danske befolkning?

Ovenstående arbejdsspørgsmål fungerer som et redskab til at besvare undersøgelsesspørgsmålet, og er derfor medvirkende til at gribe analysen an.

1.6. Beskrivelse af case

På baggrund af undersøgelsesspørgsmålet tog vi kontakt til Børnevægtcentret samt projektleder for Jump4fun i forhold til rekruttering af overvægtige børn og unge samt deres forældre. Empirien tager udgangspunkt i bevægelsestilbuddet Jump4Fun grundet projektlederens positive respons på vores henvendelse.

Jump4Fun er et bevægelsestilbud for overvægtige børn i alderen 6-16 år. DGI Nordsjælland², Julemærkehjemmene, Nordsjællands Hospital Hillerød og idrætsforeninger i Nordsjælland samarbejder om dette tilbud. Ifølge ovenstående er målet med Jump4Fun, at overvægtige børn finder det værdifuldt at deltage i bevægelsesaktiviteter, som passer til den enkeltes behov og forudsætninger. Derudover er et af målene, at bevægelsestilbuddene skal være tilgængelige og alsidige. Et tredje mål ifølge styregruppen i Jump4Fun er, at holdene vil udvikle og styrke børnenes motoriske formåen gennem leg, fælles glæde, og at børnene bliver introduceret for forskellige idrætsformer. Vægttab i sig selv er dermed ikke et mål i projektet (DGI 2014).

Tilbuddet støttes af kommuner, Trygfonden samt Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold. I forhold til det økonomiske er samarbejdspartnerne bag Jum4fun bevidste om, at nogle forældre ikke har mulighed for at betale høje kontingenter, hvilket de har imødekommet ved at deltagelse på holdene koster 60 kr. om måneden (DGI 2014).

Kommunernes rolle i bevægelsestilbuddet Jump4Fun er, at idrætsforeninger stiller faciliteterne til rådighed samt, at de skal sikre PR gennem kommunens hjemmeside, sundhed.dk og skoleintra (Bilag B: Drejebog om Jump4fun). Derudover skal sundhedsplejersker i kommunerne være orienteret om Jump4Fun, så de kan henvise børnene til holdene. Ud over henvisning fra de kommunale sundhedsplejersker, rekrutteres og henvises der fra Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital i Hillerød og Julemærkehjemmet Kildemose, men der er samtidig mulighed for at forældrene selv kan tilmelde deres barn til et hold (DGI 2014).

Evaluering af Jump4fun foretaget af styrgruppen i Jump4Fun i november 2014 viser, at der er tilmeldt 100 børn, hvortil 87 børn møder stabilt hver uge. De deltagende kommuner er Rudersdal, Egedal, Hillerød, Gribskov, Halsnæs og Helsingør (Bilag C: Evaluering af Jump4fun). Hillerød fremtræder ikke på evalueringen fra Jump4fun, da denne kommune er kommet til efterfølgende.

1.6.1. Samarbejdspartnerne i Jump4fun

Jump4fun er et samarbejde mellem DGI Nordsjælland, Julemærkehjemmene og Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospitals børne- og ungeafdeling. DGI er en nonprofitorganisation, der har til mål at gøre danskere mere aktive. Hertil har de fokus på, at deres aktiviteter ude i foreningerne har fokus på fællesskabet, glæden ved idræt og at alle kan være med. DGI er samtidig den

² DGI Nordsjælland er en af 15 landsdelsforeninger under landsforeningen DGI (Danske gymnastik- og idrætsforeninger)

næststørste idrætsorganisation i Danmark med mere end 1,5 millioner medlemmer (DGI A). DGI Nordsjælland er en af 15 landsdelsforeninger under landsforeningen DGI, der sammen med de nordsjællandske foreninger arbejder på at give foreningslivet de bedste muligheder (DGI B). Ligesom DGI har julemærkehjemmene ligeledes fokus på fællesskabet. Julemærkehjemmene hjælper børn til en bedre tilværelse ved at være medvirkende til, at børnene får selvtillid og taber sig. Det er Julemærkefonden, der står bag julemærkehjemmene og arbejder for at indsamle midler til driften heraf (Julemærket.dk). Den sidste samarbejdspartner Overvægtsambulatoriet har til opgave at hjælpe overvægtige børn og unge med at leve et sundt liv og forebygge livsstilssygdomme. De har ligesom julemærkehjemmene fokus på, at børnene skal tabe sig (Rudersdal Kommune 2015).

1.6.2. Kommunerne

I relation til specialets omdrejningspunkt finder vi det relevant at beskrive de deltagende kommuner. Udover de deltagende kommuner vil der ligeledes være fokus på Allerød og Frederikssund Kommune, da en større del af forældrene fra spørgeskemaundersøgelsen kom herfra. På bilag D fremgår en oversigt over de otte kommuner i forhold til deres indbyggere i alderen 25-64 år, foretaget af Økonomi- og Indenrigsministeriet i 2013 (Bilag D: Oversigt over de 8 kommuner). Den pågældende aldersgruppe er valgt, da det antages, at forældrene til de overvægtige børn og unge ligger indenfor dette interval. Faktorer der her er fokus på er indkomst, uddannelse, ledighed samt forsørgelse.

I forhold til Økonomi- og Indenrigsministeriets tal fremgår det, at Allerød og Rudersdal Kommune er de mest ressourcestærke kommuner i relation til de andre repræsenterede kommuner, hvorimod Halsnæs og Frederikssund er de mindst ressourcestærke. Ud fra ovenstående konstruerende faktorer er rækkefølgen af kommunerne i forhold til, hvor ressourcestærke de er i relation til hinanden som følgende: Allerød, Rudersdal, Egedal, Hillerød, Gribskov, Helsingør, Frederikssund og Halsnæs kommune.

1.7. Eksisterende viden på området

I dette afsnit præsenteres aktuelle undersøgelser omhandlende nærværende speciales undersøgelsesfelt, og afsnittet har til formål at fremskrive sundhedsfeltets udvikling. Afsnittet anvendes samtidig som en ramme for den eksisterende sundhedsforståelse i samfundet, og den eksisterende viden bruges til at konstruere vores undersøgelsesobjekt. Vi vil løbende forholde os til denne eksisterende viden ved at sammenholde denne med vores empiriske materiale i analyseafsnittet.

1.7.1. Udvalgelseskriterier i relation til inddragede undersøgelser

Undersøgelserne er valgt i relation til deres relevans i forhold til indholdet i undersøgelserne. Undersøgelserne er blandt andet fundet gennem kendskab til sundhedsfeltet gennem vores professionsbachelor i Ernæring og Sundhed og tidligere semesterprojekter på kandidaten Læring og Forandringsprocesser. Derudover er der via søgning på allerede eksisterende undersøgelses referencelister opnået et kendskab til de inddragede undersøgelser, og disse referencelister har fungeret som inspirationskilder. Derudover er der søgt på forskellige internetsider som eksempelvis Bibliotek.dk, Sundhedsstyrelsen.dk og Sfi.dk (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd), hvor der er foretaget søgninger på ord som sundhed, Bourdieu, kapitaler, ulighed i sundhed, overvægt og børn. I relation til sundhed har et udvælgelseskriterium været, at undersøgelserne skulle omhandle motion, kost, sociale relationer og mental sundhed, og fokus på to af KRAM-faktorerne, rygning og alkohol, er herved fravalgt, fordi målgruppen omhandler børn i alderen 11 til 16 år.

Et andet kriterium for undersøgelserne var, at de var udarbejdet i Danmark, eftersom sammenlignelsesgrundlaget til vores undersøgelsesfelt er større, eftersom deltagerne i nationale undersøgelser er underlagt den samme velfærdsstat og herunder samme struktur i samfundet.

1.7.2. Præsentation af eksisterende viden

De inddragede undersøgelser vil fremgå af en undersøgelsesoversigt (Bilag A: Eksisterende viden). I undersøgelsesoversigten præsenteres undersøgelsens titel, hvornår undersøgelsen er publiceret, hvem der står bag undersøgelsen, undersøgelsens metodiske tilgang, undersøgelsens deltagere samt konklusioner, der vurderes relevant i denne sammenhæng. Det vil sige, at undersøgelsesoversigten præsenterer de konklusioner, som er relevant i forhold til undersøgelsesfeltet, og det er således ikke alt materialet i de forskellige undersøgelser, som fremgår.

1.7.3. Den eksisterende videns bidrag til vores konstruktionsarbejde

Den eksisterende viden har bidraget til en baggrundsforståelse indenfor specialets område. Overordnet set er overvægt og fedme en stadigt stigende belastning for folkesundheden og samfundsøkonomien. Hertil er der sociale differencer i forbindelse med børns sundhedsadfærd og helbred, eftersom børnenes vilkår indenfor det materielle og sociale er forskellige. Eksempelvis er der sammenhæng mellem børns sociale vilkår og deres kostvaner samt fysisk aktivitetsniveau.

Undersøgelsen *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital* (Jensen et al. 2007) indikerer, at der er en sammenhæng mellem børn og unges mængde af kapital, og den måde de kon-

kret forholder sig til og handler i forhold til sundhed. Denne undersøgelse har bidraget til specialets analyseramme i henhold til Bourdieus begreber; habitus, kapitalformer og felt. Bourdieus begreber har dermed fungeret som en betragtningsmåde til at arbejde med empirien og som refleksionsredskab i den praktiske undersøgelsesproces. Yderligere har undersøgelsen bidraget til en forståelse af sundhed som en kapital, og at sundhedskapitalen er forskellig fordelt blandt unge i relation til deres sociale positionering i det sociale rum.

Undersøgelsen *Social kapital og sundhed – analyser fra Nordjylland* (Region Nordjylland 2013) har tydeliggjort, at unges sundhedsvaner og opfattelser af sundhed påvirkes af familie, venner og medier, hvilket har medført et fokus på dette i interviewguiden samt inddragelsen af forældreperspektivet ved spørgeskemaundersøgelsen. Samtidig er valget omkring at inddrage forældrene i relation til deres baggrund, taget på baggrund af undersøgelsen *Hvad kan børn svare på* (Andersen og Kjærulff 2003), da denne undersøgelse konkluderer, at nogle forhold om forældre skolebørn ikke kan svare fyldestgørende på.

I forhold til danskernes sundhed er undersøgelsen *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* (Sundhedsstyrelsen 2014) inddraget. Denne undersøgelse anvendes i analyseafsnittet, hvor undersøgelsens fund sammenlignes med datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor fokus er på ligheder og forskelle blandt forældre til overvægtige børn og unge.

I relation til valg af metodisk tilgang har rapporten: *Børneperspektiver* (Danmarks Evalueringsinstitut 2009) bidraget til vores konstruktionsarbejde i forhold til udarbejdelse af interviewguiden i forhold til spørgsmål og etiske overvejelser.

Konklusioner fra undersøgelsen *De sunde overvægtige* (From 2012) har bidraget til en øget viden i relation til Goffmans stigma begreb. I undersøgelsen konkluderes det, at en overfokusering på alt det, som formodes, at de overvægtige børn mangler, gør at børnene får oplevelsen af at være utilstrækkelige. Undersøgelsen har hermed været konstruerende i forhold til udarbejdelsen af interviewguiden til de kvalitative interviews i forhold til guidens temaer stigma og sundhedskonstruktioner.

Ud fra ovenstående præsentation af eksisterende videns bidrag til konstruktionsarbejdet bidrager dette afsnit til en baggrundsviden samt muligheden for at afprøve den viden, vi har indenfor undersøgelsesfeltet ved at sætte vores teoretiske konstruktion op imod specialets empiriske materiale.

1.7.4. Opsamling på eksisterende viden

Ud fra ovenstående præsentation eksisterer der forskellige undersøgelser, som belyser sundhed, social ulighed, børn, unge og overvægt. Overordnet set fremgår det af forskning på området, at sundhedskapitalen kan ses som en ressource, og at børn og unges mængde heraf kan sættes i relation til deres position i det sociale rum. Hertil kan unges sundhedsopfattelser påvirkes af familie, medierne og de unges omgangskreds kan være medvirkende til at opretholde usunde vaner. I flere undersøgelser fremgår der en sammenhæng mellem børn og unges vaner og sociale vilkår, som skaber sociale uligheder i sundhed. I forlængelse heraf fremhæver undersøgelser, at et barns risiko for overvægt er mere end fordoblet, hvis forældrene er svært overvægtige og hertil kan der siges at være sammenhæng mellem vægt og kapital. Undersøgelserne viser ligeledes, at det er relationelt og kontekstafhængigt, hvem der anses som værende sund og usund. I forlængelse heraf kan overvægtige siges at underlægge sig de herskende diskurser og sundhedsforståelse og kan dermed opleve sig selv som et problem. Afsnittet omhandlende eksisterende viden tendere til, at der i et sociologisk perspektiv mangler viden på undersøgelsesområdet i henhold til overvægtige børn og unge. Hertil findes der et begrænset antal studier, der inddrager de overvægtige børn og unges egne subjektive fortællinger om sundhed og kroppen.

1.8. Nærværende speciales formål

Et af formålene i nærværende speciale er at undersøge sundhedskonstruktioner blandt overvægtige børn og unge. På baggrund af et empirisk og teoretisk grundlag er formålet at forklare og forstå, hvordan overvægtige børn og unge opfatter og investerer i sundhed, og herigennem skabe en øget viden omkring, hvorvidt forskellige fordelte ressourcer kan skabe ulighed i sundhed. Ved at formidle disse sundhedskonstruktioner i relation til overvægtige børn og unge, vil der både være fokus på overensstemmelser og distinktioner i relation til det empiriske grundlag. Yderligere er formålet at diskutere disse sundhedskonstruktioner i relation til individuelle forhold og dominerende samfundsdiskurser indenfor sundhed.

Et andet formål er at forsøge at konstruere ligheder og forskelle blandt forældre til overvægtige børn og unge. Gennem det empiriske materiale er formålet at undersøge, hvorvidt der er diskrepans mellem overvægtige børn og unges forældres kapitalsammensætninger og den danske befolkning.

I relation til ovenstående har et overordnet formål været at sætte vores teoretiske konstruktion op imod de overvægtige børn og unges konstruktion af sundhed og herved afprøve den viden, vi har indenfor undersøgelsesfeltet.

1.9. Specialets struktur

Udover ovenstående kapitel 1 består specialet af 9 kapitler. Dette underafsnit giver en læsevejledning til dette speciale, og hvert afsnits indhold præsenteres kort nedenfor.

Kapitel 2 omhandler specialets analyseramme, der er essentielt i relation til fortolkning af de empiriske fund, vi har gjort os gennem dataindsamlingen samt konstruktionen af undersøgelsen. Analyserammen vil blive anvendt til at skabe forståelse for og forklaring af, hvordan overvægtige børn og unge forstår, agerer og investerer i sundhed.

Kapitel 3 præsenterer vores videnskabsteoretiske ståsted, da der i videnskabsteorien skabes en forståelse af, hvordan og hvorfra vi oplever den sociale verden. Med et Bourdieu inspireret videnskabsteoretisk afsæt i det dobbelte brud bidrager dette afsnit til at adskille empiriske fund samt forstå og forklare specialets undersøgelsesspørgsmål.

Kapitel 4 omhandler specialets metode, som består af kvalitative forskningsinterviews, der tildeles hovedfokus samt en spørgeskemaundersøgelse. Dette kapitel bidrager til at gøre specialets empiriske grundlag transparent.

Kapitel 5 er en præsentation af speciales empiriske grundlag, og heri fremgår portrætter af interviewpersonerne, indholdsbeskrivelser fra meningskondenseringen samt datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen.

Kapitel 6 er specialets analyseafsnit, som vil være inddelt i 11 analytiske nedslag i det empiriske materiale. Analyserammen anvendes til at bearbejde henholdsvis de empiriske fund, som er genereret gennem de kvalitative forskningsinterviews og datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen. Analyserne er en vekslen mellem et mikroniveau, hvor de overvægtige børn og unges sundhedspraksisser undersøges, men samtidig inddrages et samfundsmæssigt niveau, da sundhed som felt og staten medtænkes i analyserne af børnenes og de unges udsagn.

Kapitel 7 er en metodisk refleksion. Hertil diskuteres hvilken betydning metodiske valg såsom interviewsted, børn og unge som interviewpersoner samt vores position kan have på det empiriske materiale. Yderligere diskuteres vores praksisologiske tilgang.

Kapitel 8 er en diskussion, som indeholder refleksioner omhandlende specialets teoretiske forståelsesramme samt en reflekterende diskussion, der omhandler hvorvidt staten er virksom i de overvægtige børn og unge samt hvem der har ansvaret for børn og unges sundhed.

Kapitel 9 indeholder sammenfattende fund i relation til specialets undersøgelsesspørgsmål, delkonklusionerne fra analyseafsnittet, diskussionsafsnittet samt en opsamling på specialets formål.

Kapitel 2. Specialets teoretiske tilgang og analytiske begreber

Hensigten med dette afsnit er at skabe en forståelse for nærværende speciales teoretiske grundlag. Analyserammen anvendes som et værktøj i analysen af det empiriske materiale. Bourdieus begrebsapparat samt Shim og Larsens tilgange til sundhedskapital vil blive brugt analytisk i forhold til det empiriske materiale og specialets undersøgelsesspørgsmål. Dette afsnit er en videre bearbejdning af vores teoretiske forståelsesramme i vores 9. semesterprojekt (Bloch-Jørgensen og Vestergaard Larsen 2014, kap 4, 9-13), hvor Bourdieu, Shim og Larsen indgik som analyseramme. Yderligere inddrages Goffmans stigma begreb i forhold til, hvorvidt børnene og de unges overvægt kan resultere i ekskludering, og hvilken betydning dette kan have for den enkelte. Dette afsnit afsluttes med et fokus på kroppen og kropsidealer i et sociologisk perspektiv.

2.1. Pierre Bourdieus begrebsapparat

Inden Pierre Bourdieus (1930-2002) begrebsapparat udfoldes, finder vi det væsentligt at præsentere Bourdieu for at give et billede af hans bevæggrunde for at undersøge subjektets handlinger. På basis af empiriske studier af sociale forhold forsøgte Bourdieu blandt andet med hans begrebsapparat at skabe en praksisteori, der kunne rumme paradokset mellem objektiv og subjektiv handling, da han ikke mente, at der kunne forklares en konkret virkelighed ud fra en abstrakt teori. Alle Bourdieus begreber har dette paradoks mellem kollektiv norm på den ene side og individuel handling og interesse på den anden (Hastrup 2007, 7-10). Det, der adskiller Bourdieu fra andre sociologer, var hans ønske om at studere afgrænsede sociale fænomener frem for at fremstille en teori omkring, hvordan samfundet burde være. Hans ambition har dermed været at give en intellektuel rekonstruktion af den sociale virkelighed (Callewaert 1996, 13-14). Bourdieus begrebsapparat kan dermed bringe os som undersøgere videre i forståelsen af den sociale baggrunds betydning for børnene og de unges sundhedskonstruktioner og opfattelser. Udover Bourdieu finder vi det relevant kort at præsentere Loïc Wacquant, da han i samarbejde med Bourdieu har skrevet bogen *Refleksiv sociologi* (Bourdieu & Wacquant 1996). Wacquant er professor i sociologi, forskningsmedarbejder ved Institut for juridisk forskning samt forsker ved Centre de européen de Sociologie et de science politique i Paris (Loïc Wacquant 2014).

2.1.1. Habitus i relation til sundhedspraksisser

Begrebet habitus inddrages for at skabe en forståelse for de overvægtige børn og unges sundhedspraksisser. Bourdieus habitusbegreb er velegnet til at indfange sammenhænge mellem strukturelle forhold og den enkelte agents selvforståelse, positionering og position.

Habitusbegrebet bliver af Bourdieu beskrevet som: ”... *et socialt konstitueret system af struktureret og strukturerende holdninger, der er tilegnet i en praksis og konstant er orienteret mod praktiske mål.*” (Bourdieu og Wacquant 1996, 106-107). Habitus er ifølge Bourdieu socialiseret subjektivitet, og dermed er det subjektive socialt og kollektivt. At den menneskelige bevidsthed er socialt struktureret, forklarer Bourdieu med, at agentens handlinger er en følge af agentens sociale baggrund, herunder opdragelse og uddannelse (Bourdieu og Wacquant 1996, 111). De overvægtige børn og unge i nærværende speciale kan dermed siges at være produkter af sociale påvirkninger herunder deres opvækstbetingelser, der er med til at præge og forme dem igennem resten af deres liv. Habitus kan samtidig siges at være foranderligt, da habitus også er et produkt af agentens erfaringer, og nye erfaringer vil dermed enten forstærke eller forandre agentens holdninger (Bourdieu og Wacquant 1996, 118). Agenter inddrager og benytter erfaringer fra tidligere handlinger, som udgør en adfærd og vil munde ud i et mål. Agenten bruger dermed sine erfaringer som et redskab til at konstruere sin virkelighed. Ud fra ovenstående tydeliggøres det, at habitus er de indlejrede vaner, som er skabt af de erfaringer, der ligger forud. Habitus er et produkt af den enkeltes individuelle historie, hvor tidligere erfaringer, tænkemåder og handlinger bliver repræsenteret i individets respektive udfoldelser (Bourdieu 1997, 156-157).

Agenterne i nærværende speciale vil dermed formes gennem nye og ændrede strukturer, men deres opvækstbetingelser vil altid sætte aftryk og vil være virksomme gennem hele deres liv, enten som støtte eller udfordring. Habitus kan dermed siges både at være vedvarede, men samtidig foranderligt. I relation til ovenstående har der ved indsamling af empiri været fokus på interviewpersonernes baggrund, opvækstbetingelser samt tidligere erfaringer og oplevelser for at rekonstruere deres habitus. Staten spiller samtidig en rolle i forhold til agenternes habitus, da staten er medvirkende til at indprente nogle fælles opfattelser hos agenterne (Bourdieu 1997, 125). Her kan nævnes sundhed som værende et positivt ladet fænomen.

Agenternes handlemønstre er forskellig fra hinanden, idet en handling, som virker rigtig for en, kan virke helt forkert for en anden. Disse forskelligheder kommer til udtryk i agenternes handlinger, valg og fravalg samt holdninger (Bourdieu 1997, 24).

2.1.2. Kapitalformer som en ressource

I det følgende vil fokus være på Bourdieus kapitalformer, eftersom mængden og sammensætningen af de forskellige kapitalformer kan have betydning for, hvordan overvægtige børn og unge agerer i forhold til sundhed. I relation til habitus kan forældrenes kapitalmængder og kapitalsammensætninger være med til at skabe en forståelse og forklaring af denne. Ved at inddrage kapitalformerne kan vi opnå en viden omkring, hvordan børnenes og de unges forældre er positioneret i det sociale rum i relation til hinanden, og herigennem hvilken betydning kapitalsammensætning har for deres sundhedsadfærd. Selvom Bourdieu påpeger, at agenternes habitus er forskellig fra hinanden, har vi en antagelse omkring, at forældrene til børnene og de unge på Jump4fun har noget til fælles. Forældrene har ikke samme opvækstvilkår eller livshistoriske erfaring, men de har stadig mere, der binder dem sammen end der adskiller dem. I forhold til forældrene har vi empirisk haft fokus på forældrenes objektive strukturer for at kortlægge deres ligheder og forskelle i relation til socioøkonomiske faktorer, bopæl og uddannelsesniveau.

I Bourdieus begrebsapparatet opererer han grundlæggende med fire forskellige fremtrædelsesformer af kapital: Den økonomiske, den kulturelle, den sociale og den symbolske (Bourdieu og Wacquant 1996, 104). Med kapital menes en værdi eller ressource, som en agent er i besiddelse af. Kapitalen afhænger af det felt, som den bringes i spil i, og gennem sin kapital har agenten mulighed for at opnå indflydelse på feltet og derved magt (Bourdieu og Wacquant 1996, 86-87).

Den økonomiske kapitalform er agentens indkomst og materielle ressourcer herunder boligforhold (Bourdieu 1997, 34,174). Den økonomiske kapital kan medvirke til, at overvægtige børn og unge får økonomisk råderum til eksempelvis at være medlem af idrætsforeninger samt indkøb af det rette sportsudstyr til diverse idrætsaktiviteter.

Den kulturelle kapitalform har fokus på, hvad en agent efterstræber i et givent felt i forhold til finkulturel forståelse og adfærd. Den kulturelle kapital er afhængig af de interesser, agenten er opdraget til eller tilegner sig i forhold til uddannelse, finkulturel forståelse og adfærd. Det vil sige, at kulturel kapital er den viden agenten besidder og udforsker inden for et felt (Bourdieu 1986, 243-249). For at forstå den kulturelle kapitalens omfang påpegede Bourdieu, at den burde kaldes informations-

kapital. Informationskapitalen findes i tre forskellige former: En inkorporeret form, en objektiveret form og en institutionaliseret form (Bourdieu og Wacquant 2009, 104-105). Den inkorporeret form eksisterer i form af varige dispositioner af krop og sind. Kulturel kapital i dens objektiverende form defineres via medier og materielle genstande, og dette kan eksempelvis være bøger og malerier. For at eje bøger har agenten brug for økonomiske kapital, men for at kunne tilegne sig dem og bruge dem i forhold til deres formål skal agenten have adgang til den inkorporeret kulturelle kapital. Den institutionaliserede form af kulturel kapital skal ses i forhold til en agents uddannelsesmæssige kvalifikationer, hertil titler og diplomer (Bourdieu 1986, 250-254).

Bourdieu opererer yderligere med den sociale kapital, som kan defineres som summen af agentens ressourcer, som denne har til rådighed i form af et netværk af stabile relationer (Bourdieu og Wacquant 2009, 105). Social kapital i relation til overvægtige børn og unge kan være netværk i form af familie, klassekammerater, forældrenes sociale relationer, venner fra Jump4Fun eller andre netværk, som de tilhører. Ifølge Bourdieu har agenter en tendens til at danne sociale relationer med de agenter, der ligger en nært i forhold til deres økonomiske kapital og kulturelle kapital (Bourdieu 1997, 26-27). I relation til den sociale kapital, forstår vi, at Bourdieu mener, at agenter har større chance for at skabe og opretholde en social relation, jo tættere agenterne er på hinanden i det sociale rum. Agenterne vil kunne genkende sig selv i hinanden, da de ligner hinanden i deres sociale kapital (Bourdieu 1997, 53-54). Social kapital kan derfor give et indblik i, hvordan agenterne kan styrke hinanden i sociale relationer, hvilket er interessant i forbindelse med bevægelsestilbuddet Jump4Fun, fordi dette kan have indflydelse på børnenes og de unges investering i sundhedskapitalen. Den sociale kapital dannes af den position, agenten har. Det vil sige de betingelser og egenskaber som vedkommende har tilegnet sig under sin opvækst. Hertil gør habitus, at agenter vil være tilbøjelige til at få samme livsstil, som ens omgivelser og derved ens sociale relationer (Bourdieu 1997, 21-23).

Ifølge Bourdieu beskrives den sidste kapitalform, den symbolske, som en kapital, der primært er kognitiv og som baserer sig på genkendelse og anerkendelse (Bourdieu 1997, 163). Dette fremgår af følgende citat af Bourdieu:

"En hvilken som helst egenskab (en hvilken som helst kapitalform, økonomisk, kulturel, social) kan konstituere sig som en symbolsk kapital. Dette sker i det øjeblik denne egenskab opfattes af nogle sociale agenter der sidder inde med netop den type opfattelseskategorier som sætter dem i stand til at genkende og anerkende den, at tillægge den værdi" (Bourdieu 1997, 115).

Dermed kan symbolsk kapital beskrives, som dét overvægtige børn og unge anser som værdifuldt, og som de tillægger en værdi og anerkender i relation til sundhedsopfattelser og sundhedsadfærd.

2.1.3. Feltbegrebet i relation til position og positioneringer

I følgende er fokus på Bourdieus feltbegreb herunder positioner og positioneringer, eftersom disse kan indgå i forståelsen af overvægtige børn og unges handlinger i forhold til sundhed.

”På det empiriske plan kan man ikke konstruere et felt ved at presse en definition ned over det” (Bourdieu og Wacquant 2009, 88). Bourdieus feltbegreb vil blive anvendt i forhold til sundhedsfeltet. I beskrivelsen af sundhedsfeltet indgår der forskellige interessenter (brugergrupper, professioner, statslige institutioner) og herved forskellige positioner med forskellige kapitalsammensætninger. Sundhedsfeltet kan hermed betegnes som et felt. I nedenstående citat defineres et felt af Bourdieu: *”På det analytiske plan kan et felt defineres som et netværk eller en konfiguration af objektive relationer mellem positioner.”* (Bourdieu og Wacquant 2009, 84). Et kriterium inden for et felt er dermed, at der altid vil fremgå flere forskellige positioner. Agenternes positioner er konstituerende for et felts struktur, fordi agenterne enten vil besvare eller forandre fordelingsstrukturen i feltet og dermed ændre eller bevare spillereglerne i feltet (Bourdieu 1997, 68-69). En agents eller en gruppes positionelle placering i det sociale rum defineres ud fra fordelingen af kapitaler, og det har betydning for, hvor agenten befinder sig i det sociale rum (Bourdieu 1997, 20-21). I relation hertil forventer vi, at agenternes position i det sociale rum strukturerer deres konstruktion af sundhed. Ifølge Bourdieu er det sociale rum konstrueret således: *”De sociale agenter indtager alle en relation position i forhold til hinanden i et rum – det sociale rum”* (Bourdieu 1997, 21). Indenfor et hvert felt positionerer agenter sig, ligesom de indtager positioner. Bourdieu differentierer således den sociale virkelighed igennem positioneringer og positioner. En positionering er de distinktive valg en agent tager inden for dens praktik og det kan eksempelvis være valg inden for madlavning, sport eller politik (Bourdieu 1997, 20). I relation til ovenstående forstås positioneringer, som den måde en agent handler og forbruger på, og herigennem differentierer sig fra andre agenter. Disse differerende positioneringer forstår vi ikke som bevidste valg. Bourdieu beskriver en inkorporerede forståelse af, hvordan agenten gebærder sig, og den varierer alt efter, hvor i samfundet agenten befinder sig (Ibid.).

I det følgende sættes Bourdieus feltbegreb i relation til kapitalformerne, fordi Bourdieu efter vores opfattelse mener, at kapital og felt ikke kan forstås uafhængigt af hinanden (Bourdieu og Wacquant

2009, 86). Udover at der i et felt skal fremtræde forskellige positioner, er et felt ifølge Bourdieu yderligere kendetegnet ved at være et socialt rum, som har egne logikker og spilleregler i forhold til andre felter. Agenter i et felt kæmper om en belønning, og selve deltagelsen i feltet bekræfter agenterne i, at det kan betale sig at investere i feltet. Et felt er samtidig afhængig af, hvordan dets kapitalformers værdi kommer til udtryk, hvilket er forskelligt fra felt til felt (Bourdieu og Wacquant 2009, 85). Et felt udgøres således af én eller flere slags konflikter eller kampe om meningen med feltets specifikke praksis (Bourdieu og Wacquant 2009, 89). Dette skal ses i sammenhæng med Bourdieus begreb doxa. Feltets doxa kan siges at være den fælles opfattelse, der tages for givet og anerkendes af alle i feltet og de grundlæggende regler eller det tavse adgangskrav, som agenten må acceptere (Bourdieu 1997, 137).

2.2. To tilgange til sundhedskapital

I dette afsnit inddrages professorerne Kristian Larsen (2010) og Janet Shims (2010) videreudvikling af Bourdieus kapitalformer. I nærværende speciale anvendes de to tilgange til sundhedskapitalen som analytiske begreber for at få forståelse af social ulighed i sundhed samt overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner, og hvordan de investerer i sundhed. Først redegøres der for Shims begreb kulturel sundhedskapital og herefter Larsens begreb sundhedskapital. I relation til Larsen inddrages yderligere rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Larsen og Hansen 2013) i relation til kropsidealer.

2.2.1. Ulighed i sundhed set i lyset af kulturel sundhedskapital

I forlængelse af Bourdieus begreb kulturel kapital inddrages Shims begreb kulturel sundhedskapital. Kulturel sundhedskapital inddrages i relation til ulighed i sundhed, da Shim med begrebet ønskede at skabe en forståelse for, hvordan sociale uligheder opererer indenfor sundhedsvæsenet. Hertil den samfundsmæssige produktion af ulig behandling. Shim definerer kulturel sundhedskapital som:

“The repertoire of cultural skills, verbal and nonverbal competencies, attitudes and behaviors, and interactional styles, cultivated by patients and clinicians alike, that, when deployed, may result in more optimal health care relationships” (Shim 2010, 1).

I relation til ovenstående, hævder Shim at forskellige fordelte kompetencer og ressourcer er afgørende for evnen til at kommunikere med professionelle inden for sundhedsvæsenet. Dette kan sættes i forlængelse af Bourdieus definition af kulturel kapital, der bidrager til vedligeholdelse af ulighed i

samfundet (Shim 2010, 2). Kulturel sundhedskapital kan siges at omfatte sproglig facilitet, evnen til at forstå og anvende biomedicinsk information samt holdningsmæssige og adfærdsmæssige ressourcer. Disse ressourcer kan resultere i, at agenten bliver mødt med mere engagement og opmærksomhed af den sundhedsprofessionelle (Shim 2010, 2).

I forhold til agenterne i nærværende speciale kan den kulturelle sundhedskapital relateres til den enkeltes sundhedsfaglige viden, sproglige sundhedsrepertoire og dennes evne til at forstå og navigere indenfor det sundhedsfaglige felt. Mængden af kulturel sundhedskapital kan dermed skabe en ulighed blandt børnene og de unges mulighed for at navigere indenfor feltet. Agentens kulturelle sundhedskapital kan ofte kobles sammen med agentens allerede eksisterende viden og dispositioner. Eksempelvis vil et stort medicinsk ordforråd forbedre adgangen til og forståelsen af nye sundhedsrelaterede oplysninger (Shim 2010, 5). Hertil har vi en formodning om, at de overvægtige børn og unge som har forældre med sundhedsfaglig uddannelse har en højere kulturel sundhedskapital. Shim hævder, at den kulturelle sundhedskapital udvikler sig gennem vedtagelsen af sundhedsrelaterede praksis såsom viden (Ibid. 3-4). Kulturel sundhedskapital kan i nærværende speciale bruges analytisk til at forklare børnene og de unges muligheder for investering i sundhedskapitalen i forhold til at kunne navigere i sundhedsfeltet.

2.2.2. Sundhedskapital som oparbejdet ressource

I forlængelse af kulturel sundhedskapital og med inspiration af Kristian Larsen redegøres der i det følgende for sundhedskapitalen. Sundhedskapitalen inddrages, fordi den kan fremhæve, hvad overvægtige børn og unge er disponeret til at opnå i forhold til sundhed samt deres mulighed for at investering heri.

Med inspiration fra Larsen definerer vi sundhedskapitalen på mikroniveau som sundhedsopfattelser og sundhedsadfærd hos den enkelte agent. Hertil beskriver Larsen, at sundhedskapitalen bliver udformet i sammenspil med Bourdieus fire forskellige kapitalformer. Den økonomiske kapital i forhold til sundhedskapitalen skal forstås som, at penge eksempelvis kan være en nødvendighed for at kunne dyrke sport og handle sunde dagligvarer ind. I forhold til den sociale kapital kan relationer have en betydning for, hvor meget den enkelte agent investerer i sin sundhedskapital, da agentens relationer kan være medvirkende til støtte og opbakning. Kulturel kapital har også indflydelse på sundhedskapitalen, da den har indflydelse på at opnå den korrekte viden inden for sundhed (Larsen 2010, 66). Yderligere kan den symbolske kapital have betydning for sundhedskapitalen, eftersom

det her er, hvad der anerkendes i forhold til sundhed i et felt. Ved at agenterne investerer i deres sundhedskapital vil det give mulighed for, at deres andre kapitaler styrkes, da deres sociale position forbedres eller opretholdes, eftersom det senmoderne samfund har fokus på sundhed (Hansen og Larsen 2013, 39-41).

Ovenstående indikerer, at agenternes mængde af sundhedskapitalen kan være forskellige på baggrund af deres opvækstbetingelser og herunder deres forskellige kapitalmængder og sammensætninger. De overvægtige børn og unge i nærværende speciale agerer ud fra deres sociale position, og det kan dermed siges, at nogle er socialiseret til og herigennem har tillært sig at spille spillet.

Sundhedskapital kan ses som værende en del af den kulturelle kapital, da begge kapitaler blandt andet kan forøges gennem uddannelse. Det kræver kulturel kapital at kunne forstå sig inden for sundhedsområdet og navigere i den viden, der er på området, og dette kan ses i forlængelse af Shims begreb kulturel sundhedskapital (Larsen et al. 2010, 17-18).

Sundhedskapitalen som en oparbejdet ressource findes i tre former; materielt, institutionelt og kropsligt. Sundhedskapitalen i sin materielle form kan relateres til de basale artefakter, herunder blandt andet forebyggelsescentre, vitaminer, lægemidler, vandforsyning og hospitaler. I forhold til institutionaliserede ordninger kan her nævnes statslig støtte til for eksempel sundhedspleje, lærebøger omhandlende sundhed samt regler og love. Til sidst kan den kropslige sundhedskapital siges at være kropslig viden og erfaring blandt andet i relation til kost og motion samt viden om, hvordan agenten bedst muligt tager vare på sig selv. Sundhedskapital kan i forhold til de tre former dermed siges at være distinktiv (Larsen og Hansen 2013, 25).

I relation til ovenstående kan den danske velfærdsstat siges at have skabt en fælles sundhedskapital, der har opstillet en række fælles ressourcer, der er tilgængelig for alle uanset social baggrund (Larsen et al. 2010, 17). Dette står i modsætning til det amerikanske systems sundhedspleje, som Shim tager udgangspunkt i, der ikke har denne fælles sundhedskapital. Hertil skal det nævnes, at agenternes individuelle kapitaler herunder sundhedskapitalen er blevet individualiseret, fordi statens beskyttelsesramme er blevet mindre. Opretholdelsen eller forbedringen af agentens position i det danske samfund er dermed blevet mere op til den enkelte i forhold til at optimere agentens sundhedskapital (Hansen og Larsen 2013, 27). Fokus vil være på sundhedskapitalen i sin kropslige form, da vi formoder, at denne har betydning for agenternes sundhedskonstruktioner og adfærd, men samtidig også på sundhedskapitalen i sin institutionaliserede form i forhold til samfundets diskurser.

2.2.3. Distinktive blikke på kropsidealer

I relation til kropsidealer inddrages empiriske fund fra rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Hansen og Larsen 2013). Disse fund inddrages, eftersom der gennem det empiriske materiale fremtræder forskellige blikke på, hvad der anses for en sund krop. I rapporten opereres der med forskellige kropsidealer, der i det følgende vil blive beskrevet. Det første kropsideal kan relateres til den indre krop overfor den ydre krop. Den indre krop kan indikerer arbejdet og opmærksomheden på sundhedsindikatorer, som ikke er synlige. I forhold til den ydre krop kan dette indikere arbejdet med og opmærksomhed på den tynde krop versus tykke krop. Kroppen som ubearbejdet overfor kroppen som kunstigt proportioneret, herunder bodybuilding og plastikkirurgi. Kroppen som mål i sig selv overfor kroppen som redskab. Kroppen som vedligeholdelse (subjekt) overfor kroppen som nedslidning (objekt) (Hansen og Larsen 2013, 31-32).

Disse kropsidealer er forsøgsvis, hvilket vil sige, at disse fund ikke er teoretisk oparbejdet, men fremanalyseret gennem rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Hansen og Larsen 2013). Vi vil anvende disse kropsidealer i relation til, hvordan overvægtige børn og unge forstår kroppen samt sammenholde om disse kropsidealer gør sig gældende i dette speciales kontekst.

2.3. Erving Goffmans stigma

Erving Goffman (1922-1982) var en canadisk-amerikansk sociolog, der blandt andet beskæftigede sig med den sociale interaktion i forhold til kampen for anerkendelse og bekræftelse, opretholdelsen af facader, oplevelsen af fiasko og ønsket om at blive forstået. Hertil bidrog han til sociologien med hans afvigelsessociologi, hvor han var optaget af den sociale konstruktion af normalitet og afvigelse (Jacobsen og Kristiansen 2009, 7,10-11). Goffmans værk *Stigma* (Goffman 2009) vil være udgangspunktet for følgende afsnit, da han heri har fokus på den sociale interaktion, der finder sted mellem de normale og de stigmatiserede individer. Samtidig forsøger Goffman igennem hans værk at skabe en forståelse for, hvordan stigmatisering opstår, hvordan stigmatiserede individer håndterer sig selv samt hvordan disse håndteringer påvirker den stigmatiserede (Jacobsen og Kristiansen 2009, 19-20).

2.3.1. Social stigmatisering

I det følgende afsnit vil fokus være på Goffmans stigma begreb i relation til, hvorvidt børnene og de unges overvægt kan kendetegnes som et stigma og hvilken betydning denne stigmatisering kan have for den enkelte.

Goffman opererer med begrebet social identitet, herunder den tilsyneladende sociale identitet og den faktiske sociale identitet. Den faktiske sociale identitet refererer til det enkelte individs egentlige egenskaber, hvorimod den tilsyneladende sociale identitet er de egenskaber individet bliver pålagt af andre ud fra individets umiddelbare udseende. Denne sociale proces, hvori det enkelte individs sociale identitet ødelægges på baggrund af den normale reaktion, kategorisering og bedømmelse forklares af Goffman i nedenstående:

”Han reduceres derfor i vores bevidsthed fra at være et helt og almindeligt menneske til et fordærvet, nedvurderet menneske. At blive stemlet på denne måde indebærer et stigma, især når den pågældende derved bringes i meget stærk miskredit; af og til bliver det også kaldt for en svaghed, en brist, et handicap. Det indebærer en særlig uoverensstemmelse mellem den tilsyneladende og den faktiske sociale identitet” (Goffman 2009, 44).

Stigma kan i relation hertil defineres som en egenskab, der er miskrediterende, og som består af en relation mellem en stereotyp klassificering af mennesker og deres kendetegn. I den sociale proces, hvori stemplingen finder sted, opstår der diskrepans mellem individets tilsyneladende og faktiske sociale identitet (Goffman 2009, 45). I forhold til vores undersøgelsesfelt forstår vi stigma som sociale konstruktioner og dermed ikke som iboende kendetegn hos overvægtige børn og unge.

I forlængelse af ovenstående, opererer Goffman med tre forskellige former for stigma; kropslige, karaktermæssige fejl og de tribale. Stigma i sin kropslige form kan relateres til forskellige fysiske misdannelser, mens de karaktermæssige fejl kan kendetegnes ved for eksempel unaturlige lidenskaber, forræderiske overbevisninger, der tildeles på baggrund af det enkelte individs fortid. Den sidste form kaldes også slægtsbetingede stigma, der kan relateres til race, nation og religion (Goffman 2009, 46). Fælles for de tre stigma former er, at individet har et kendetegn, der tiltrækker opmærksomhed og som dermed kan resultere i en social afvisning og gøre individet uønsket. De normale bliver dermed dem, der ikke bærer stigmaet, hvilket i specialet vil være de normalvægtige (Ibid.). I forhold til dette vil fokus være på stigma i sin kropslige form, da dette kan relateres til børnenes og de unges overvægt. De overvægtige børn og unge kan i forhold til ovenstående opleve, at de på grund af deres overvægt bliver udsat for diskrimination og bliver afvist og ekskluderet af de normale. Dermed formoder vi, at de overvægtige børn og unge bliver ekskluderet fra fællesskabet grundet deres overvægt.

2.3.2. Stigmaets betydning på et mikroniveau

Stigmatiseringsprocesser kan bidrage til, at den stigmatiserede ikke opnår respekt fra de individer, denne er omgivet af. Dette kan have betydning for den stigmatiserede i form af, at vedkommende vil forsøge at rette på det, som opfattes som grunden til distinktionen (Goffman 2009, 50). I forhold til overvægtige børn og unge kan dette betyde, at de forsøger at rette op på deres miskrediterede kendetegn ved at tabe sig, eksempelvis ved at deltage i Jump4Fun, hvis de oplever at bliver stemplet på grund af deres vægt. Et stigma kan begrænse den stigmatiserede ved at påvirke dennes sociale ageren, og derved begrænser stigmaet individet til at deltage i bestemte sociale kontekster (Goffman 2009, 54). Ved konfrontation mellem en stigmatiseret og dem som stigmatiserer kan individet, som har stigmaet blive usikker, fordi vedkommende ikke ved, hvordan den stigmatiserede tages imod og kategoriseres (Goffman 2009, 56).

Sympatisk indstillede individer, herunder dem med samme stigma som individet selv, kan have betydning for den stigmatiserede. Individer med samme stigma kan siges at være ligestillede og ved af erfaring, hvordan det er at blive stemplet. Dermed kan de hjælpe hinanden og bruge hinanden i forhold til moralsk støtte samt finde det frirum, hvori de føler sig trygge og afslappede. I dette miljø vil den stigmatiserede føle tryghed og blive accepteret som et normal individ (Goffman 2009, 61). I dette miljø opstår der dermed ikke uoverensstemmelse mellem den tilsyneladende og den faktiske sociale identitet.

2.4. Arbejdsantagelser på baggrund af ovenstående analyseramme

I nedenstående fremhæves de forskellige arbejdsantagelser, som er præsenteret i ovenstående analyseramme. Vi har opstillet følgende antagelser på baggrund af Bourdieus begrebsapparat og herunder Shims og Larsens videreudvikling af kapitalbegrebet:

1. Vi formoder, at de overvægtige børn og unge, der har forældre med sundhedsfaglig uddannelse, har større ressourcer til at investere i sundhedskapitalen samt en højere kulturel sundhedskapital.
2. Vi forventer, at agenternes position i det sociale rum strukturerer deres konstruktion af sundhed.
3. Vi forventer, at der gennem det empiriske materiale fremtræder fælles mønstre og distinktioner i forældrenes kapitalsammensætning.
4. Vi formoder, at sundhedskapitalen i sin kropslige form har betydning for agenternes sund-

hedskonstruktioner og adfærd.

I relation til Goffmans stigma begreb er følgende antagelse opstillet:

1. Overvægtige børn og unge bliver ekskluderet fra fællesskab grundet deres overvægt.

I specialets analyseafsnit vil der være fokus på ovenstående arbejdsantagelser, hvortil vi vil forsøge at fremanalysere, hvorvidt arbejdsantagelserne kan bekræftes eller afkræftes i denne specifikke kontekst.

Kapitel 3. Videnskabsteoretisk afsæt

I dette afsnit præsenteres vores videnskabsteoretiske afsæt, da der i videnskabsteorien skabes en forståelse for, hvordan og hvorfra vi ser verden. Vores videnskabsteoretiske afsæt kortlægger dermed tilrettelæggelsen af vores undersøgelse samt vores konstruktionen af undersøgelsesobjektet. Valg af videnskabsteori og teori er for os sammenhængende. Eftersom Bourdieus begrebsapparat er denne undersøgelses analyseramme, er Bourdieu inspireret sociologi valgt som vores videnskabsteoretiske afsæt. Vores videnskabsteoretiske afsæt kan bidrage til at adskille empiriske fund samt forstå og forklare specialets undersøgelsesspørgsmål.

3.1. Bourdieus videnskabsteoretiske position

I det følgende vil fokus være på en betragtning af Bourdieus videnskabsteoretiske position i relation til hans sociologiske begrebsapparat. Bourdieu karakteriserer hans sociologiske tilgang som konstruktivistisk strukturalisme eller strukturalistisk konstruktivisme (Bourdieu 1994, 52), hvilket han argumenterer for i nedenstående citat:

”Med strukturalisme eller strukturalist mener jeg, at der i selve den sociale verden, og ikke kun i symbolske systemer, såsom sprog, myter osv., eksisterer objektive strukturer, som er uafhængige af agenternes bevidsthed og ønsker og er i stand til at lede eller tvinge deres praktikker eller deres repræsentationer. Med konstruktivisme mener jeg, at der finder en social genese sted: På den ene side af de opfattelses-, tænke- og handlemønstre, som konstituerer det jeg kalder habitus, og på den anden side af de sociale strukturer, og i særdeleshed af det jeg kalder felter og grupper, og som almindeligvis kaldes sociale klasser.” (Bourdieu 1994, 52).

At Bourdieu var inspireret af strukturalismen ses i hans begrebsapparat, der netop er med til at afdække, hvordan bestemte strukturelle magt- og dominansforhold skabes og reproduceres. Bourdieu forsøger for eksempel med sine fire kapitalformer at afdække, hvordan ulige adgang til ressourcer skabes og reproducere uligheds- og magtformer i sociale felter (Rasborg 2005, 370-372). I forhold til Bourdieus karakteristik af hans sociologi forstås det, at han anerkender de objektive strukturer, der er styrende for den enkelte agent, men samtidig anser han agenten som en aktiv medskabere af den sociale verden (Bourdieu 1997, 24). Med denne dobbelte inspiration fra to forskellige videnskabsteoretiske positioner kommer det strukturalistiske hos Bourdieu til udtryk gennem de objektive strukturer mellem positioner i et felt, samt det konstruktivistiske, da han samtidig medtænker den

enkelte agent, og anskuer verden som en konstruktion gennem sproget. Herved skal grundlaget for agentens ageren og tænkemønstre findes i det sociale, som konstituerer habitus. Vi opfatter de overvægtige børn og unge som reflekterende agenter og ønsker hertil at fremhæve deres sundhedspraksisser. Hertil er fokus på det dialektiske forhold mellem det objektivistiske og subjektivistiske (Bourdieu 1994, 55). Som undersøgere er vi derfor opmærksomme på både at inkorporere subjektivistiske og objektivistiske perspektiver i vores speciale.

3.2. Det dobbelte brud

I sine epistemologiske overvejelser har Bourdieu fokus på begrebet *det dobbelte brud*, som senere er blevet kaldt reflektiv sociologi. Med epistemologi forstås det, at Bourdieu mener, at det dobbelte brud er væsentligt for at skabe erkendelser om sociale fænomener (Høyer 2011, 19). Dette begreb inddrages for at skabe en erkendelse af agenternes selvforståelse samt betydningen af vores position for undersøgelsen. Det dobbelte brud er Bourdieus udtryk for, at vi som undersøgere for det første må bryde med agenternes egen selvforståelse, præferencer og deres fremstilling af dem selv. Det andet brud handler om, at vi som undersøgere må bryde med vores egen praksis og prækonstruktioner om undersøgelsesgenstanden (Bourdieu 1997, 93).

For at foretage det dobbelte brud havde Bourdieu i hans empiriske studier fokus på det relationelle og historisering. I forhold til det relationelle handler det om at se de enkelte dele af den sociale virkelighed ud fra den sociale helhed. Dermed er det vigtigt at undersøge agenterne ud fra helheden, hvilket kan gøres ved at have fokus på forskelle og ligheder. Herigennem fremkommer de skjulte objektive og indlejrede subjektive strukturer (Hammerslev og Hansen 2009, 17-18). Samtidig har Bourdieu fokus på det relationelle med hans kapitalbegreb i og med dette kan bruges til at begrebsliggøre sociale magtrelationer (Ibid. 20). I forhold til historisering som redskab til at foretage det dobbelte brud, har Bourdieu fokus på de forståelseskategorier, vi som undersøgere skal forsøge at bryde. Hertil har vi forsøgt at opridsede fremkomsten af sundhed som felt ved at historisere. Habitusbegrebet kan dermed anvendes i forhold til det dobbelte brud. Ved at have fokus på habitus synliggøres de kropslige dispositioner, således at vi som undersøgere ikke blot historiserer ud fra de objektive strukturer (Hammerslev og Hansen 2009, 22-23).

3.2.1. Refleksioner omkring agenternes selvforståelse

I nedenstående redegøres der for det første brud omhandlende agenternes selvforståelse. Dette første brud skal fremanalysere de betingelser, der gør, at agenterne siger og opfører sig, som de gør

under interviewene og deres besvarelse i spørgeskemaet. I det første brud bliver det dermed ikke de sociale agents selvforståelse, der er bestemmende for, hvordan forskningsobjektet konstrueres. Ifølge Bourdieu ved agenterne ikke alt om det, de gør eller siger, og derfor er det som undersøger væsentlig at lytte til agenternes meninger, men samtidig være objektiviserende. Objektiveringen skal ses i forhold til agentens og egne subjektive ytringer, således at der opnås en objektiv forståelse og forklaring (Glasdam 2004, 46). For at bryde med agenternes selvforståelse handler det om at få kontrol over konstruktionen af objekterne. Dette kan gøres ved at have fokus på agenternes relationer imellem til Jump4Fun samt deres habituelle baggrund. Ved at vi som undersøgere har fokus på de objektive strukturer såsom interviewpersonernes alder og deres forældres sociale baggrund, har vi fokus på dette. I forhold til det relationelle har vi samtidig haft fokus på kapitalbegrebet ved i interviewene at have fokus på de overvægtige børn og unges egenskaber og kompetencer, der kan fungere som kapital (Hammerslev og Hansen 2019, 21).

3.2.2. Refleksioner over vores position som undersøgere

I det følgende redegøres der for vores position som undersøgere og dermed refleksioner omhandlede det andet brud. Bourdieu udtrykker i nedenstående citat den problematik, der kan opstå, hvis undersøgeren ikke bryder med egen praksis:

”Sociologen formår ikke at leve op til sin egen målsætning, simpelt hen fordi den ikke er sig selv bevidst som videnskab. En videnskabelig praksis, der undlader at sætte spørgsmålstejn ved sig selv, aner i virkeligheden ikke hvad den foretager sig” (Bourdieu og Wacquant 1996, 218).

Ud fra ovenstående citat forstår vi, at det er væsentligt, at vi som undersøgere sætter spørgsmålstejn ved os selv. I forlængelse af ovenstående citat inddrages yderligere et citat af Bourdieu: *”At objektivere objektiviseringssubjektet er den første betingelse for at kunne foretage en videnskabelig objektivisering”* (Bourdieu 2005 B, 148). I relation til ovenstående er det væsentlig, at vi formår at sætte os ud over vores egen position i forhold til det felt, vi er en del af. Dette for på bedst mulig vis at undgå de risici, der kan forekomme af fejl og antagelser, når vi undersøger agenter, der er en del af vores eget felt (Bourdieu 2005 B, 146). Ifølge Bourdieu skal denne objektivisering af objektiviseringssubjektet fremanalyseres, og det kan udfoldes på tre forskellige niveauer.

Det første niveau er i det sociale rum og hertil skal undersøgerens uddannelsesmæssige og erhvervmæssige baggrund beskrives. Som undersøgere indgår vi i sociale sammenhænge på baggrund af den position, vi indtager i det sociale rum. Vores position i undersøgelsesfeltet vil være

anvisende for den betragtningsmåde, hvorfra vi anskuer verden, og herunder hvordan vi konstruerer vores undersøgelsesfelt. Den måde, hvorpå vi konstruerer undersøgelsesspørgsmålene, udspringer fra vores egen prækonstruktion af problemfeltet. På baggrund af vores professionsbacheloruddannelse i Ernæring og sundhed vil der være risiko for, at vi allerede fra undersøgelsens begyndelse har en formodning om, hvad vi får ud af vores undersøgelse, da vi undersøger inden for vores eget fagområde. I relation hertil har fokus været at sætte vores teoretiske konstruktion op i mod deres konstruktion af praksis og herved afprøve den viden, vi har indenfor undersøgelses feltet. Vores nuværende kandidatuddannelse 'Læring og Forandringsprocesser' har været medvirkende til at tage afstand til dominerende konstruktioner på området. Formår vi som undersøgere ikke at sætte sig ud over vores position, vil det ifølge Bourdieu have konsekvenser for udfaldet af den pågældende undersøgelse, hvilket dette citat indikerer: "*... Hvilket man skal være opmærksom på – at objektivere store dele af mit specifikke ubevidste, som ellers meget vel kan blokere for en sand viden om objektet*" (Bourdieu 2005 B, 147).

Ifølge Bourdieu er den største mulighed for at være objektiv direkte afhængig af, i hvor høj en grad undersøgeren har kunnet objektivere sin egen position og de interesser, samt den viden, der ellers ligger dybt indlejret i os (Bourdieu 2005 B, 147). Det andet niveau omhandler undersøgerens position i feltet i forhold til undersøgelsens interviewpersoner. I dette niveau kan der være en opmærksomhed på den forestilling undersøgelsens agenter har om os som undersøgere såsom vores alder og uddannelse (Ibid., 149). I relationen mellem os som undersøgere og interviewpersoner vil der opstå forskellige positioneringer, hvilket skyldes forskelle i vores kapitalmængde og sammensætning. I relation til børnene og de unge har vi undgået at bruge fagtermer i vores interviewguide, fordi vi i selve interviewesituationen som undersøgere har den højeste position, eftersom det er os som efterfølgende bestemmer, hvordan agenternes udtalelser skal anvendes til at konstruere analysen (Glasdam 2004, 44). Samtidig præsenterede vi os som specialestuderende i Læring og Forandringsprocesser og nævnte dermed ikke vores Professionsbacheloruddannelse i Ernæring og Sundhed. Dette valg foretog vi grundet en bevidsthed om, at vores position som undersøgere kan påvirke interview-situationen i form af interviewpersonernes svar og dermed undersøgelsens analyse.

Vi er opmærksomme på, at vi som undersøgere ikke kan undgå at påvirke situationen, men det handler om at have mest mulig kontrol over situationen. Vi er som undersøgere derfor ikke alene om at konstruere vores position, da vores position også konstrueres ud fra vores undersøgelsesfelt og herunder de interviewede (Larsen 2009, 52-53).

Det tredje og sidste niveau udfoldes i det skolastiske univers, og det kan relateres til undersøgerens perspektiv (Bourdieu 2005 B, 149). Det sidste niveau kan omhandle vores erkendelsesinteresser, der er indlejret i forhold til vores brug af Bourdieu som analyseramme. Dermed er vi som undersøgere ikke interesseret i at komme med forslag til forandringer til praksis, men vi er optaget af at sætte vores konstruktion af viden op imod agenternes samt fremlægge ny viden på området.

3.3. En prakseologisk tilgang

I relation til det dobbelte brud opererer Bourdieu med tre teoretiske erkendelsesmåder til den sociale verden. De tre erkendelsesmåder er den fænomenologiske, den objektivistiske og den prakseologiske (Bourdieu 2005 A, 178-179). I det følgende tydeliggøres fokuset på den prakseologiske erkendelsesmåde, men den fænomenologiske og den objektivistiske erkendelsesmåde findes relevant at præsentere, da disse er med til at indkredse prakseologien.

Fælles for de førnævnte tre erkendelsesformer er, at de står i modsætningen til praktisk viden. Den fænomenologiske erkendelsesform opfatter den sociale verden som en naturlig og selvfølgelig verden, hvor vi stiller os åbne og modtagelig over for undersøgelsesgenstanden. Dermed bliver vores genstandsfelt begrænset til den fortolkning, som skabes af agenterne og dermed bryder vi ikke med agenternes selvforståelse. Den fænomenologiske erkendelsesform står i modsætning til den objektivistiske erkendelsesform (Bourdieu 2005 A, 178-179). Bourdieu kritiserer den fænomenologiske erkendelsesform for dens måde at konstruere et undersøgelsesobjekt på, fordi det er af afgørende betydning at bryde med de almene forestillinger, der gør sig gældende (Bourdieu 1994, 59). Hvis vi ifølge Bourdieu i vores konstruktioner ikke forsøger at afdække de objektive relationer kan vi risikere følgende: ”... at det er den sociale verden selv, der forestår konstruktionen af analysegenstanden ...” (Bourdieu og Wacquant 1996, 217). I forhold til den objektivistiske erkendelsesform lægger Bourdieu sig op af det strukturalistiske. Den objektivistiske erkendelsesform bryder med det umiddelbare kendskab til verden, og konstruerer de objektive relationer, der strukturerer praksisformerne. Dermed bryder den objektivistiske erkendelsesform med de implicite antagende forudsætninger og opfattelsen af den sociale verden som naturlig (Bourdieu 2005 A, 178-179).

Den sidste erkendelsesform, der er vores undersøgelsestilgang, indebærer et brud med den objektivistiske erkendelsesform. Den prakseologiske erkendelsesform har fokus på, at det fænomen, som undersøges ikke kun er et system af objektive relationer, men også de dialektiske relationer mellem disse objektive strukturer og de strukturerede dispositioner (Bourdieu 2005 A, 179). Bourdieus

prakseologiske erkendelsesform ophæver ikke den objektivistiske erkendelsesforms resultater, men den bevarer og udvider disse resultater ved at inddrage alt det, som denne erkendelsesform havde udelukket, og det er her bruddet finder sted (Bourdieu 2005 A, 180). Yderligere stiller den prakseologiske erkendelsesmåde spørgsmål ved det, som den fænomenologiske erkendelsesmåde udelukker (ibid., 179).

Med den prakseologiske erkendelsesmåde forstår vi, at Bourdieu søger at skabe sit eget teoretiske udgangspunkt, hvor relationel tænkning er væsentlig (Bourdieu og Wacquant 2009, 84). Bourdieu beskriver i følgende citat sin videnskabsfilosofi: ”*For det første er der tale om en videnskabsfilosofi som kaldes relationel, i den forstand at den anser relationerne for at være det grundlæggende.*” (Bourdieu 1997, 11). Det er relationerne mellem aktivt handlende og tænkende subjekter og det objektiverende blik, som er afsættet for undersøgelse af en social praksis. Bourdieus position bygger dermed på en ontologisk antagelse om, at der findes en virkelighed, der er relationel, og dermed kan vi som undersøgere ikke se os udover det relationelle i vores undersøgelsesfænomen (Bourdieu og Wacquant 1996, 84, 206). I relation hertil, er det vigtigt, at vi som undersøgere er opmærksomme på agenternes og positionernes skiftende relationer, når vi konstruerer og analyserer vores undersøgelsesfelt.

Bourdieu forholder sig som tidligere beskrevet ikke til én bestemt videnskabsteoretisk position, men vi har ladet os inspirere af ovenstående prakseologiske tilgang til den sociale virkelighed, og vores betragtningsmåde er at tænke relationelt.

Kapitel 4. Undersøgelsens metodologiske strategi og empiriske grundlag

Nærværende speciale er empirisk generet, hvorved Bourdieus teoretiske forståelsesramme tager form i et samspil med den indsamlede empiri. Dette skyldes, at Bourdieu ifølge vores forståelse mener, at forskning uden teori er blind, og at teori uden forskning er tom, og dermed hænger teori og empiri uadskilleligt sammen. I det følgende redegøres der for valg af metode i forhold til specialets undersøgelsesspørgsmål.

4.1. Metodetriangulering

Specialets empiriske grundlag bygger på en triangulering af metoder, eftersom vi gør brug af både en kvalitativ metodisk tilgang og en kvantitativ metodisk tilgang. Det kvalitative inddrages i undersøgelsen i forhold til at forstå og forklare overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner samt deres investering i sundhedskapitalen. Herigennem ønsker vi at forstå og analysere, hvordan de overvægtige børn og de unge erfarer deres sociale ageren, og dette gøres gennem kvalitative forskningsinterviews, som er den primære metode i nærværende speciale (Glasdam 2004, 42). I modsætningen til den kvalitative metode er den kvantitative metode, som opererer med at opstille sammenhænge og lovmæssigheder, og indenfor den kvantitative metode inddrages en spørgeskemaundersøgelse (Bjerg 2011, 48). En spørgeskemaundersøgelse inddrages for at undersøge, hvorvidt der fremtræder ligheder og forskelle i forhold til kapitalsammensætning blandt forældrene til overvægtige børn og unge, der deltager i Jump4Fun. På trods af at Bourdieu ikke benyttede sig af spørgeskemametoden inddrages denne metode på baggrund af hensyntagen til de praktiske muligheder (Bourdieu og Wacquant 2009, 208).

4.2. Det kvalitative forskningsinterview

Den metodiske inddragelse af det kvalitative forskningsinterview begrundes med valget af Bourdieu som analyseramme, da vi er interesseret i at frembringe ny viden med henblik på forståelse og forklaring af de overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner og deres investering i sundhedskapitalen. Bourdieu anvendte ligeledes interview som metode i hans undersøgelser for at opnå en konkret viden om, hvordan forskellige felter fungerede, og hvad der var på spil heri. Derudover

anvendte Bourdieu interviews til at synliggøre agenternes livsbaner og positioner (Hammerslev og Hansen 2009, 25).

Da Bourdieu ikke havde en konkret fremgangsmåde i relation til det kvalitative interview, inddrages professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale. Dette metodiske valg begrundes med, at Kvale som leder af Center for Kvalitativ Metodeudvikling har opstillet nogle konkrete retningslinjer for, hvordan et interview kan struktureres. Det empiriske materiale fra interviewene danner grundlag for en teoretisk konstruktion i forhold til forståelse og forklaring. Dette står i modsætning til en Kvale-inspireret undersøgelse, da der her er fokus på, at det empiriske materiale udgør en meningsanalyse og samtidig er fokus på forandringspotentialer for undersøgeren og interviewpersonen (Glasdam 2004, 45). Inddragelsen af Kvale er dermed kun i relation til selve strukturen på interviewene herunder samtykke, interviewguide, udførelse under selve interviewet og transskription.

Ved udførelsen af interviewene, var der kun en interviewer tilstede. Dette valg er foretaget på baggrund af en bevidsthed omkring den asymmetri, der opstår i interviewsituationen. I relationen mellem os som undersøgere og børnene vil der rent sprogligt opstå asymmetri, hvilket er forsøgt imødekommet ved ikke at bruge fagtermer og fremmedord under interviewet. Hertil blev asymmetrien mindsket ved, at der kun var en interviewer tilstede, således at børnene og de unge kunne føle sig trygge i interaktionen (Glasdam 2004, 43-44) Efterfølgende blev interviewene bearbejdet til anvendelse i undersøgelsens analysedel. Interaktionen i de kvalitative forskningsinterviews blev optaget på en telefon med en bevidsthed omkring at nogle udtalelser nemt kan gå tabt. Derudover er det fordelagtigt at have optaget interviewene, da vi på den måde ikke behøvede at tage stilling til, hvad der var mest væsentlige for undersøgelsens analysedel på daværende tidspunkt (Christensen et al. 2011, 76).

Undersøgelsens empiri er baseret på 12 kvalitative interviews. I forhold til de kvalitative interviews har vi reflekteret over en række metodiske valg såsom lokalitet og påklædning. 10 ud af de 12 interviews foregik i vante omgivelser i lokaler, hvor børnene og de unge går til Jump4fun. Dette valg blev samtidig foretaget for at rekruttere flest mulige børn og skabe de bedst mulige kriterier for, at en god social interaktion kunne finde sted. De sidste to interviews blev foretaget i børnenes hjem efter eget ønske fra familien. I forhold til valg af tøj, har vi reflekteret over vores position og det asymmetriske forhold, som kan fremtræde i en interviewsituation. Tøjvalg kan have indflydelse på, hvad vi som undersøgere udadtil signalerer, og vi har dermed valgt tøj, som vi betegner som normalt hverdagstøj, og dermed blev træningstøj samt forretningstøj fravalgt (Larsen 2009, 52-53).

4.2.1. Børn og unge som interviewpersoner

På baggrund af den vægtning, som er lagt i specialets undersøgelsesspørgsmål er børnene og de unges oplevelser og erfaringer af analytisk værdi, og børn og unge er derfor valgt som interviewpersoner til det kvalitative forskningsinterview.

Vi har valgt, at interviewpersonerne i denne undersøgelse betegnes børn og unge. Dette begrundes med, at barndommen rent juridisk ender når et barn fylder 18 år, da forældremyndigheden ophører. Biologisk er grænsen mere flydende, da det handler om pubertetens indtræden, hvor den for drenge indtræder i 12-16 års alderen og piger 10-14 års alderen (Den store danske 2009-2013). Interviewpersonerne i nærværende speciale er mellem 11-16 år, og derfor har vi valgt at betegne dem børn og unge.

Til at argumentere for valget af børn og unge som interviewpersoner vil vi gøre brug af Børnekonventionens tilgang, der ser børn som subjekter i deres eget liv og psykologen Per Schultz Jørgensens rollebegreb om børns deltagelse i deres omverden. I Børnekonventionen ses børn som objekt for statens og forældrenes beskyttelse og omsorg, men samtidig også som subjekter, der har retten til at udtrykke egne synspunkter i de forhold, der vedrører barnet. Som subjekter i deres eget liv, er der områder, hvor børn og unge ved bedst. Dette kan være områder som børnenes oplevelser i hverdagen og deres sundhed og trivsel (Jørgensen 2000, 5). Det er i Børnekonventionen væsentlig, at børn bliver hørt og udtrykker deres synspunkter, oplevelser og erfaringer, og i denne undersøgelse i relation til emnet sundhed. I forlængelse af dette er det i følge Jørgensen (1988), væsentligt at inddrage børn som interviewpersoner, da børn i erfaringsmæssig henseende er blevet fristillet (Jørgensen 1988, 24). Derudover mener Jørgensen (2000), at børn er blevet deltagere i deres eget liv på en ny måde end de tidligere har været. Børn har en mening, og det er derfor væsentligt at spørge dem, tage dem alvorligt samt acceptere deres svar i en interviewsituation (Jørgensen 2000, 9).

Interview af børn og unge indebærer, at vi som undersøgere skal være opmærksomme på nogle særlige forhold og dermed metodiske overvejelser. I forhold til selve interviewsituationen med børn og unge som interviewpersoner, er det væsentligt at anvende alderssvarende spørgsmål for at undgå at stille for komplekse og lange spørgsmål (Kvale og Brinkmann 2009, 166).

4.2.2. Rekruttering af interviewpersoner

Bourdieu og Wacquant indikerer i følgende citat vigtigheden af at finde de rette interviewpersoner:

”Den sociale dimension i forskningsprocedurerne (hvordan finder man de rigtige informanter, hvordan gør man rede for hele projektet, hvordan trænger man ind i det sociale rum, hvor undersøgelsen foregår etc.?) er af kolossal betydning” (Bourdieu og Wacquant 2009, 210).

Ifølge Bourdieu er det væsentligt, at vi som undersøgere finder de interviewpersoner, der kan bidrage med mest i forhold til vores problemstilling, hvilket opnås igennem et kendskab til undersøgelsesfeltet (Glasdam 2004, 45).

I forhold til rekruttering af interviewpersoner (Bilag E: Oversigt over rekruttering) blev der taget kontakt til projektleder for Jump4fun, der henviste os til instruktørerne på Jump4fun holdene. Kontakten til instruktørerne blev skabt til et møde på Julemærkehjemmet Kildemose, hvor vi fremlagde specialets omdrejningspunkt. I fremlæggelsen havde vi fokus på at tydeliggøre, at der ikke var tale om et moralsk sundhedsprojekt. Jump4Fun instruktørerne udtrykte til mødet på Julemærkehjemmet Kildemose, at de aldrig havde kontakt til forældrene ved træning, hvilket heller ikke ville være muligt for os. Efter mødet sendte vi en mail (Bilag F: Mail til instruktører) ud til alle instruktører, hvor vi igen kort præsenterede specialets omdrejningspunkt og for at få instruktørerne til at sende forældrenes e-mail adresser til projektlederen. Herefter sendte projektlederen en mail ud til forældrene (Bilag G: Mail til forældre) samtidig blev opslaget lagt ud på Jump4Funs interne Facebookgruppe (Bilag H: Facebook opslag).

Grundet manglende respons fra forældrene, valgte vi at besøge flere hold for at rekruttere interviewpersoner på trods af, at instruktørerne havde udtrykt, at der ikke var mange forældre tilstede på holdene. Dette styrkede ansigt til ansigt relationen, så det blev tydeliggjort for forældrene, hvem der skulle interviewe deres børn, og hvad interviewet skulle bruges til. Yderligere besøgte vi holdene, fordi vi gennem mail kontakt ikke kunne få kendskab til børnene og de unge (Glasdam 2004, 45). I forhold til Bourdieu som analyseramme har vi i rekrutteringen haft fokus på objektive strukturer og hertil kan børnenes alder, køn samt bopæls kommune nævnes. I rekrutteringen har vi derfor besøgt Rudersdal Kommunes Boksehold, Helsingør Kommunes judohold, Hillerød Svømmeklub, Ølstykke gymnastikforening og holdet i Ledøje Smørum.

I forlængelse af besøgene på holdene og interviewene har vi foretaget usystematiske feltnoter, som indeholder vores umiddelbare indtryk og refleksioner (Bilag I: Feltnoter).

4.2.3. Interviewguide til det kvalitative forskningsinterview

I forhold til de kvalitative forskningsinterviews blev der udarbejdet en interviewguide med udgangspunkt i specialets undersøgelsesspørgsmål (Bilag J: Interviewguide). Interviewguiden blev anvendt som et værktøj for interviewereren til at holde sig inden for undersøgelsesfeltet, så vi derigennem sikrede os at opnå de responser, der var nødvendige til undersøgelsens analyse. Hertil blev interviewguiderne inddelt i temaer for at strukturere interviewene og skabe en rød tråd. Samtidig gav det mulighed for at kunne få uddybet svar, som vi fandt interessante og relevante i forhold til besvarelse af specialets undersøgelsesspørgsmål (Kvale og Brinkmann 2009, 143-144). Under interviewene havde vi fokus på at få skabt en dynamisk dimension i interviewspørgsmålene for at motivere interviewpersonen til at svare ubesværet og deltage i en flydende og tillidsfuld dialog (Christensen et al. 2011, 65-66). Spørgsmålene i interviewguiden bestod af både lukkede og åbne. Vi valgte at inddrage lukkede spørgsmål, grundet interviewpersonernes alder, og fordi vi herigenem kunne skabe en bedre interaktion, da de lukkede spørgsmål var nemmere at svare på end de åbne. Eksempelvis blev interviewpersonerne spurgt om deres forældre havde nogen uddannelse eller om de havde nogle vaner i forhold til at holde sig sunde og raske? Hvis børnene svarede ja til det lukkede spørgsmål, så spurgte vi efterfølgende ind til hvilken uddannelse forældrene havde, og hvilke vaner børnene og de unge havde i forhold til at holde sig raske og sunde (Bilag J: Interviewguide).

Til at starte med blev interviewpersonerne introduceret til interviewet, hvor vi tydeliggjorde, hvem vi var samt formålet med interviewet (Kvale og Brinkman 2009, 149). Overfor børnene og de unge præsenterede vi os som studerende, som var i gang med at skrive en opgave. Hertil blev det tydeliggjort overfor interviewpersonerne, at de ikke kunne fortælle noget forkert i henhold til vores spørgsmål, samt at deres navn ikke ville fremgå nogen steder. Afslutningsvis blev interviewpersonerne debriefet, og de fik derved mulighed for at tilføje eventuelle tanker vedrørende de spørgsmål, der gennem interviewet var blevet spurgt om (Kvale og Brinkmann 2009, 149).

Efter de tre første udførte interviews reflekterede vi over udbyttet i relation til undersøgelsesspørgsmålet, og interviewguiden blev revideret. Et eksempel på dette var, at der i det ene interview blev stillet følgende supplerende spørgsmål; *Hvordan havde du det med dig selv, inden du startede til Jump4Fun?* Dette blev efterfølgende tilføjet til interviewguiden, fordi udbyttet af svaret var brugbart i forhold til undersøgelsesspørgsmålet. Yderligere blev interviewguidens struktur revideret.

ret, spørgsmål omhandlende stigma tilføjet og spørgsmål omrøret, således at den røde tråd blev opretholdt.

4.3. Spørgeskemaundersøgelse som metodisk redskab

Spørgeskemaundersøgelsen inddrages som redskab til indsamling af empiri, fordi vi herigennem kan opnå viden omkring overvægtige børn og unges sociale baggrund. Dette findes relevant i et Bourdieusk perspektiv, eftersom vi hertil kan undersøge hvilke forskelle og ligheder i relation til social baggrund og sundhed, der fremtræder blandt forældre til overvægtige børn og unge.

Spørgeskemaundersøgelse som metode kan defineres som: ”... *en kvantitativ undersøgelse, hvor mange personer systematisk stilles de samme spørgsmål, der derefter tælles op og analyseres.*” (Neuman i Boolsen 2008, 14). I forhold til vores spørgeskemaundersøgelse bør det hertil nævnes, at der ikke er tale om en grundlæggende spørgeskemaundersøgelse, men at denne har været et supplerende metodisk værktøj til de kvalitative forskningsinterviews. En af fordelene ved at anvende spørgeskemaundersøgelse som metode og sende det ud elektronisk er, at mange spørgsmål kan besvares på kort tid (Boolsen 2008, 31). En anden fordel ved spørgeskemaundersøgelser er, at dets anonymitet kan gøre det lettere for respondenterne at besvare spørgsmål om de forhold, der opleves som private herunder husstandens årlige bruttoindkomst samt højde og vægt (Brinkmann og Tanggaard 2010, 36). Dette kan samtidig ses som en ulempe, da respondenterne ikke har mulighed for at opponere på spørgsmålene og derved går ansigt til ansigt relationen tabt mellem interviewer og interviewperson (Brinkmann og Tanggaard 2010, 36). Yderligere er det en ulempe, at de anonyme besvarelser besværliggør, at vi ikke kan opnå en uddybning af svarene, hvis vi mangler information omkring et spørgsmål. Hertil kan vi som undersøgere risikere lav besvarelsesprocent (Boolsen 2008, 31).

Spørgeskemaundersøgelsen til forældrene er foretaget via Analyzer Survey Solution, som er et online internetbaseret spørgeskemasystem (Analyzer 2010). Analyzer Survey Solution er valgt, fordi vi begge to har arbejdet med dette spørgeskemasystem før i vores uddannelsesforløb. Analyzer Survey Solution er samtidig valgt, fordi systemet opererer med alle spørgsmålstyper som eksempelvis single, multiple og rangering, hvilket vi benyttede os af i udformningen af spørgeskemaet (Analyzer 2010).

4.3.1. Forældre som respondenter til spørgeskemaundersøgelse

Gennem undersøgelsen *Social kapital og sundhed – analyser fra Nordjylland* (2013) har vi opnået en viden omkring, at unges sundhedsvaner og opfattelser af sundhed påvirkes af familie, venner og medier, og derfor inddrages forældrene som respondenter i spørgeskemaet. I relation hertil inddrages undersøgelsen *Hvad kan børn svare på - om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser* (2003), da denne konkluderer, at spørgsmål om forældrenes forhold, herunder uddannelse, kan børn i skolealderen ikke svare på. Gyldigheden styrkes dermed ved, at forældrene selv skal svare på spørgsmålene frem for børnene, da de endnu ikke har tilstrækkelig indsigt i deres forældres forhold til at kunne svare troværdigt herpå (Andersen og Kjærulff 2003, 9-11).

Spørgeskemaundersøgelsen blev sendt ud som en mail med et link til undersøgelsen til alle forældre gennem projektlederen i DGI Nordsjælland, hvis børn deltager i Jump4Fun (Bilag G: Mail til forældre) samtidig blev opslaget lagt ud på Jump4Funs interne Facebookgruppe (Bilag H: Facebook opslag). I forbindelse med rekruttering af interviewpersoner og besøg på fem ud af otte Jump4Fun holdene, printede vi spørgeskemaet ud for at rekruttere de forældre, hvor instruktørerne ikke havde mail på dem. Samtidig blev sprogbarrierer imødekommet, hvilket eksempelvis fremgik ved, at en forældre med serbisk baggrund ikke kunne læse dansk, og herved læste en af os spørgeskemaets spørgsmål højt for vedkommende. Ved at besøge holdene fik vi dermed en højere svarprocent end hvis spørgeskemaet kun var udsendt gennem mail og Facebook. Besvarelserne var åbne i omtrent en måned, og vi fik spørgeskemabesvarelser fra 30 forældre. Hertil skal nævnes, at forældrenes anonymitet ikke er opretholdt, da vi var bevidste omkring hvilke forældre, der havde besvaret hvilket spørgeskema, dog er deres anonymitet i nærværende speciale bibeholdt.

4.3.2. Spørgeskemaets struktur

Indledningsvis har vi i spørgeskemaet (Bilag K: Spørgeskema) tydeliggjort, undersøgelsens formål samt hvordan deres anonymitet og fortrolighed opretholdes. Spørgeskemaet består både af lukkede og åbne svarmuligheder, og spørgsmålstyperne single, multiple, matrice, tekstfelt og fritekst er anvendt. I spørgeskemaet indgår udvalgte temaer som social baggrund og sundhed, og hertil indgår eksempelvis spørgsmål, som knytter sig til forældrenes alder, uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelse, bopæl, fysisk aktivitet og indkøbssteder. I udformningen af spørgsmålene har Bourdieu som analyseramme været strukturerende i vores konstruktionsarbejde, eftersom vi her spurgt ind til social kapital, kulturel kapital og økonomisk kapital for at kunne kortlægge fælles mønstre og distinktioner i forældrenes kapitalsammensætning.

4.3.3. Pilottestning

Inden spørgeskemaundersøgelsen blev sendt ud til forældrene, er spørgsmålenes anvendelighed og at spørgsmålene fungerer som hensigten blevet kontrolleret ved en pilottest. Det første skridt til at have et færdigt spørgeskema var, at vi selv fungerede som svarpersoner til spørgeskemaet, og her opstod der rettelser som eksempelvis ulogisk opstilling af spørgsmålene samt korrektur og fejl i selve sproget (Münster 2011, 293-294).

Vi har valgt, at pilottestningspersonerne skulle være forældre med børn mellem 11-16 år, fordi det er samme målgruppe, som det endelige spørgeskemas svarpersoner. Pilottestpersonerne blev for det første bedt om at udfylde spørgeskemaet som om, at det var dem som var med i en almindelig spørgeskemaundersøgelse. For det andet blev de bedt om at være opmærksom på to aspekter ved udfyldningen af spørgeskemaet. Det første var at nedskrive kommentarer til de spørgsmål, som de oplevede som vanskelige og det andet var at notere, hvor lang tid de havde brugt på udfyldningen og om det havde afholdt dem fra deltagelse, hvis det havde været en almindelig spørgeskemaundersøgelse (Münster 2011, 295).

Den konstruktive feedback vi fik via pilottestningen har bidraget til, at rækkefølgen i spørgeskemaets temaer blev genovervejet. Samtidig blev nogle spørgsmål omskrevet, da pilottesterne havde oplevet dem som vanskelige at forstå. Hertil blev der sat angivelser på højde og vægt. I forhold til det tidsmæssige forbrug brugte vores pilottestere imellem 8-10 min., hvilket vi valgte at tydeliggøre på selve spørgeskemaet.

4.4. Tilgang til undersøgelsesfeltet

Vi har som undersøgere løbende haft refleksioner omkring, hvordan teori og empiri hænger sammen, og undersøgelsen har været præget af en vekselvirkning mellem en induktive og en deduktiv tilgang.

Ved den induktive metode tages der udgangspunkt i det empiriske, hvorved undersøgeren forsøger at generalisere sig frem til kategorier ud fra observation. I modsætning hertil er den deduktive metode, hvor udgangspunktet er, at undersøgeren afprøver sin teoretiske analyseramme (Olsen og Pedersen 1999, 149). I relation til Bourdieu forstår vi, at vi som undersøgere ikke kan foretage valg i forhold til vores empiri uafhængigt af analyserammen, da den medkonstruerer undersøgelsesgenstanden. Selve undersøgelseskonstruktionen medfører på det praktiske plan, at bestemte metodiske

tilgange er mere relevante end andre (Bourdieu 1996, 207). Ved den deduktive metode opstilles der ofte en række hypoteser, hvilket vil sige mulige konklusioner ud fra teorien i forhold til undersøgelsesspørgsmålet (Ibid., 309). Hertil forstår vi, at den induktive tilgang er mere eksplorativ og søgende, og er således tættere relateret til, hvordan den sociale verden erfares empirisk.

Vi har arbejdet induktivt i den form, at vi har været nysgerrige overfor, hvad der sker i undersøgelsesfeltet, og hvordan empirien udfordrer den teoretiske analyseramme. Hertil var vi åbne over for, at nye underemner og problemstillinger kunne fremkomme af vores empiri ved at være nysgerrige på, hvordan børnene og de unge forholdte sig til sundhed. I forlængelse heraf har vi arbejdet induktivt i forhold til inddragelsen af Goffmans begreb stigma, da dette begreb er præget af vores empiri og en efterfølgende refleksion over, hvorvidt børnenes overvægt kunne anses som et stigma. Et andet aspekt, hvortil vi har arbejdet induktivt er i forhold til inddragelse af de empiriske fund fra rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg*, i forhold til kropsidealer.

Bourdieus begrebsapparat har været konstruerende i vores undersøgelsesarbejde, og vi har dermed også været præget af en deduktiv tilgang. Feltbegrebet har været et værktøj til at overveje, hvordan vi kunne indfange det centrale i feltet ved at foretage interviews og i forhold til spørgeskemaundersøgelsen i relation til forskellige positioner. Feltbegrebet er herved brugt til at strukturere udvælgelsen af interviewpersoner, så vi fik synliggjort flere positioner. Dette gjorde vi ved at have fokus på, at forskellige kommuner var repræsenteret, en variation i antal måneder de havde deltaget i Jump4Fun samt forskel i alder og køn. Ved udformning af interviewguiden til de kvalitative forskningsinterviews har vi haft en deduktiv tilgang ved at være præget af vores teoretiske konstruktion, og vi har dermed udført det kvalitative forskningsinterview for at opnå viden om et specifikt emne. Eksempelvis blev børnene og de unge spurgt ind til deres konstruktion af sundhed, vaner og kropsopfattelser, hertil har sundhedskapitalen været konstruerende. I relation til Bourdieus begrebsapparat har vi spurgt ind til børnenes baggrund i forhold til at konstruere deres habitus. Samtidig har fokus været på Bourdieus kapitalformer herunder social kapital, hvortil vi har udformet spørgsmål omhandlende socialt netværk. Hertil har vi ligeledes været deduktive ved udformning af spørgeskemaundersøgelsen, da vi blandt andet har haft fokus på objektive strukturer såsom alder, tilhørs kommune, køn og uddannelse. Goffmans stigma begreb har også været konstruerende i relation til udformning af spørgsmål til interviewguiden.

Bourdieus begrebsapparat og Goffmans stigma har været en måde at arbejde med empirien og et refleksionsredskab i den praktiske undersøgelsesproces. Det er oplevet som vanskeligt i praksis at

adskille induktive og deduktive fremgangsmåder, da disse er vævet ind i hinanden og foregår samtidig. Med inspiration fra Bourdieu vil vi således forsøge at redegøre for de sammenhænge vi opfanger, selvom vi er bevidste omkring, at andre undersøgere vil kunne se noget andet. Vores konstruktion af undersøgelsesobjektet er således blot én konstruktion ud af flere mulige.

4.5. Ethiske overvejelser

Ved al forskning med individer er der en række etiske aspekter, der er væsentlige som undersøger at tage hensyn til. Interviewpersonernes anonymitet skal opretholdes, hvilket er gjort ved, at interviewpersonernes navne er ændret i alt skreven materiale og analyser heraf. Hertil vil telefonoptagelserne ikke offentliggøres, men bruges internt (Kvale og Brinkmann 2009, 89-91). Et andet vigtigt aspekt er, at interviewpersonerne oplyses om, hvad specialet handler om, samt hvad det skal bruges til (Ibid.). Ved både de kvalitative forskningsinterviews og i spørgeskemaundersøgelsen er der fokus på en grundig introduktion for at imødekomme dette.

En anden etisk udfordring er interviewpersonernes alder, da de alle sammen er under 18 år, hvilket er imødekommet ved, at forældrene mundtligt har givet informeret samtykke. Dermed er forældrene informeret om interviewets formål, indhold og deres børns anonymitet, samt de har givet samtykke til, at deres børn må deltage i undersøgelsen. Den informerede samtykke medvirker samtidig til, at interviewpersonerne deltager frivilligt (Kvale og Brinkmann 2009, 89-90).

4.6. Analysestrategi

I det følgende redegøres der for specialets analysestrategi, og herved bearbejdningen af det empiriske materiale.

4.6.1. Det kvalitative forskningsinterview

I det kvalitative forskningsinterview forekommer der en interaktion to parter imellem, og for at arbejde empirien har vi valgt at transskribere det empiriske materiale (Bilag L: Transskriptioner). Transskribering betyder at genskrive, og dermed bliver interviewene abstraheret og fikseret i skriftlig form (Kvale og Brinkmann 2009, 200). Ved at transskribere alle udarbejdede interviews, struktureres interviewene i en form, der egner sig bedst til en nærmere analytisk proces (Kvale og Brinkmann 2009, 202). Vi valgte, at transskriberingen af de foretagne interviews skulle finde sted direkte efter interviewene. Dette blev valgt, da erindringerne fra vores interviews stod tydeligst lige

efter og chancen for at komme i tanke om sociale og emotionelle aspekter fra interviewet, ville derfor også være større (Ibid., 202). Bourdieu ser udfordringer i forhold til transskribering, fordi en mundtlig diskurs skal præsenteres i en skriftlig form (Glasdam 2004, 46). Ifølge Bourdieu er det dermed væsentligt, at vi som undersøgere er opmærksomme på, at der ved en transskription allerede sker en fortolkning af det sagte. Hertil anser Bourdieu, at vi ved transskriberingen genopretter meningen af det sagte i interviewet i en sociologisk betydning. (Glasdam 2004, 46). Gennem transskriberingen af interviewene har vi opnået et indblik i empirien, og hertil blev relevante udtalelser tydeliggjort i relation til specialets undersøgelsesspørgsmål.

Bourdieu har ikke nogle konkrete bud på analysemetoder i forhold til det kvalitative forskningsinterview, hvortil vi gør brug af Kvales analysemetode meningskondensering (Glasdam 2004, 46). Meningskondensering har til formål, at det væsentligste af interviewpersonernes udsagn fra interviewene gives i en kortere formulering (Kvale og Brinkmann 2009, 227). Kvale er grundlæggende fænomenologisk i hans tilgang omkring meningskondensering, men denne analysemetode findes relevant at benytte i relation til, at meningskondensering også kan bruges i andre kvalitative undersøgelser, og dermed ikke er begrænset til en fænomenologisk tilgang i relation (Kvale og Brinkmann 2009, 228). Kvales analysemetode anvendes i bearbejdningen af vores empiriske materiale, hvor vi foretager en meningskondensering af interviewene. Bourdieu kommer anvendes i forhold til vores måde at udføre kondenseringen på i og med, at tematikkerne i kondenseringen vil tage udgangspunkt i den teoretiske forståelsesramme. Dermed bryder vi med den fænomenologiske tilgang ved at bryde med vores praktiske sans og lader vores teoretiske forståelsesramme være styrende for vores gennemlæsning af det empiriske materiale (Glasdam 2004, 46).

Vi gennemlæste det empiriske materiale igennem med fokus på analyserammen i forhold til relevante tematikker. Herefter tilknyttede vi feltnotater samt børnene og de unges udsagn til de forskellige tematikker. I relation til disse tematikker har det teoretiske fundament været konstruerende for inddelingen af temaerne, hertil har vi været deduktive. Vi har yderligere arbejdet induktivt med meningskondenseringen i form af tematikkerne kropsidealer samt samfundsmæssige diskurser om kroppens udseende. I forhold til ovenstående har vi været eksplorative i vores tilgang til meningskondenseringen. Ved hver tematik fremgår en indholdsbeskrivelse for at konkretisere tematikkens relevans i forhold analyserammen (Bilag M: Meningskondensering).

4.6.2. Spørgeskemaundersøgelse

Ved at vi har benyttet os af programmet Enalyzer i forhold til spørgeskemaer vil bearbejdningen heraf også foregå i programmet. Enalyzer giver mulighed for forskellige analysefunktioner herunder grafer, tabeller, tekstversionering og krydstabeller.

Vi modtog i alt 30 besvarelser på spørgeskemaundersøgelsen. Ud af de 30 besvarelse var der 25 besvarelser som var fuldstændigt gennemførte besvarelser og fem besvarelser som ufuldstændige besvarelser. De ufuldstændige besvarelser blev inkluderet i det endelige datamateriale, eftersom de spørgsmål respondenterne havde besvaret godt kunne anvendes til analysedelen.

Det første vi gjorde i bearbejdningen var at eksportere besvarelser i spørgeskemaets temaer omhandlende baggrundsoplysninger, boligforhold samt uddannelse og job til Excel i tekstformat (Bilag N: Oversigt over respondenter). I besvarelserne fremgik respondenternes højde og vægt, og vi har efterfølgende udregnet BMI for hver respondent ved at dividere respondenternes kropsvægt i kilo med højden angivet i meter i anden potens (Sundhedsstyrelsen A 2009). I forhold til forældrenes ligheder og forskelle, havde vi i bearbejdningen fokus på følgende parametre; Uddannelsesniveau, indkomst, sociale relationer, BMI, kommune og boligtype. Hertil blev der i Enalyzer udarbejdet statistiske tabeller i relation til social kapital og spørgsmålet omhandlende ansvarsfordeling, hvorimod vi selv har udarbejdet de resterende.

Kapitel 5. Præsentation af det empiriske materiale

I dette afsnit præsenteres specialets interviewpersoner, fremtrædende tematikker fra interviewene samt datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen med henblik på specialets analyse.

5.1. Portrætter af interviewpersoner

Det findes relevant at præsentere børnene og de unge fra de kvalitative interviews, da disse vil optræde i analysen. Præsentationerne af de overvægtige børn og unge er ud fra deres egne beretninger, dog er enkelte suppleret med forældrenes udtalelser og forældrenes besvarelse af spørgeskemaer. I relation hertil inddrages undersøgelsen *Hvad kan børn svare på – om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser* (2003). Denne undersøgelse viste, at børnene og de unges alder spiller en afgørende betydning i forhold til, hvorvidt de har kunne besvare på spørgsmål omhandlende deres forældre. Dermed vil der i præsentationerne ikke være samme faktuelle viden omkring deres sociale baggrund. Fælles for børnene og de unge er, at de alle sammen er tilmeldt bevægelsestilbuddet Jump4Fun, og at de er bosat i nordsjællandske kommuner.

Interviewperson 1, 14 år, bor i et hus med fire værelser med sine forældre og lillesøster. Hans mor er opvokset i Jylland og hans far er fra København. Hans far arbejder som laborant og hans mor har gået arbejdsløs i et halvt år, men har en uddannelse inden for marketing. Familien handler ind i Netto og Brugsen, og Interviewperson 1 fortæller, at familien for nylig har været på Bali på ferie, ellers er de til vandreferier.

Interviewperson 2 på 14 år bor sammen med sin mor i et rækkehus, da hendes forældre er skilt. Hendes far som hun bor hos engang imellem er fra USA. Hendes mor har sin egen forretning, hvor hun sælger syltetøj, mens faren arbejder som tagdækker. De handler primært ind i Netto og Kvickly, da det ligger tættest på. Da faren er fra USA rejser de engang om året hertil, hvor de bor hos familie og venner. Interviewperson 2 er desuden tilknyttet Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital.

Interview 3 på 12 år, bor i et rækkehus sammen med sine forældre og lillesøster. Begge hans forældre kommer fra Island og har ifølge ham boet i Danmark i cirka 10 år. Moren arbejder i en børnehave som afspændingspædagog, mens faren har en uddannelse inden for IT og arbejder hos Mi-

crosoft. De handler ind forskellige steder, men primært i Rema 1000. Da forældrene som sagt er fra Island rejser de ofte hertil, men de har også været i USA.

Interviewperson 4 er 12 år gammel og bor i et hus på landet. Hans far arbejder som tømrer og hans mor er fængselsbetjent. Forældrene er opvokset i henholdsvis Hellerup og i Nærum. Ifølge Interviewperson 4 handler familien ind i Fakta og tager sjældent på ferie.

Interviewperson 5 på 11 år er bror til Interviewperson 4, og har derfor den samme beskrivelse som ovenstående. Moren til Interviewperson 4 og Interviewperson 5 svarede på et spørgeskema, der bidrogede med viden omkring husstandens årlige bruttoindkomst der ligger på cirka 800.000 kr.

Interviewperson 6, 11 år, bor med sine forældre i et stort hus, og hun fortæller, at hun har to værelser samt går på privat skole. Begge forældre er opvokset i Helsingør, har en studentereksamen samt kommunom uddannelse. Moren har desuden en statonom uddannelse. Begge forældre er i arbejde. Hertil inddrages viden fra et spørgeskema besvaret af faren. Faren arbejder som kommunal sagsbehandler og husstanden årlige bruttoindkomst ligger på cirka 800.000 kr. Familien handler ikke ind nogle bestemte steder, men i forskellige supermarkeder. Interviewperson 6 er desuden tilknyttet Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital.

Interviewperson 7 er en pige på 12 år, der bor i en villa sammen med hendes mor, far og lillebror. Hendes lillebror går ligesom hende selv til Jump4fun. Hendes mor har en medicinsk baggrund og arbejder på Statens Serums Institut, mens faren er maskinarbejder. Hun har aldrig rejst uden for Danmark, men de tager nogle gange på camping ferie rundt omkring i Danmark. De informationer Interviewperson 7 kom med stemmer overens med farens besvarelse af spørgeskemaet. Hertil kan tilføjes, at husstandens årlige bruttoindkomst er 800.000 kr. Interviewperson 7 er desuden tilknyttet Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital.

Interviewperson 8, 13 år. Hans forældre er skilt og han bor hos sin mor med hans to brødre i et hus. Når Interviewperson 8 er hos sin far, bor de i en lille lejlighed. Interviewperson 8 ved ikke, hvor hans forældre er vokset op og om de har nogen uddannelse, dog fortæller han, at faren ikke har noget arbejde for tiden og at moren arbejder for Metroselskabet. De handler primært ind i Netto eller Rema 1000 og tager sjældent på ferie.

Interviewperson 9 er 13 år gammel og bor på skift hos sin mor og far, da de er skilt. Begge har fået nye kærester, der har børn forvejen. Herudover har hun en storebror på 15 år. Hendes far er bygge-

leder, mens moren er bankdame. I forhold til indkøb nævner hun Netto, Føtex samt specialforretninger. Begge forældre bor i et stort hus og samtidig har en af forældrene et sommerhus i Rørvig, hvor hun tit befinder sig i ferierne. Derudover tager Interviewperson 9 hvert år på ferie, og hun har blandt andet været i Thailand og på skiferie i Frankrig.

Interviewperson 10 er en pige på 16 år, der bor sammen med hendes mor og far og tre søskende på henholdsvis 13, 12 og 4 år. Begge hendes forældre stammer fra Tyrkiet og flyttede til Danmark, da de var unge. Faren ejer sit eget pizzeria med 4 medarbejdere, mens moren er i gang med at videreuddanne sig inden for det pædagogiske felt. De bor alle seks i en lejlighed, hvor Interviewperson 10 deler værelse med hendes søster. Familien handler primært ind i Aldi og Rema1000 og tager hvert år til Tyrkiet, hvor de har deres eget sommerhus.

Interviewperson 11 på 13 år bor i et stort hus sammen med sin mor, far og lillebror på 11. Moren arbejder som sygeplejerske for børn, mens faren arbejder som ingeniør. Familien handler ind de steder, hvor det er billigst. De rejser nogle gange og til sommer skal de til USA.

Interviewperson 12, 12 år, bor primært med sin mor i et toetagers hus, da forældrene er skilt. Hans andre søskende er flyttet hjemmefra. Faren er uddannet mekaniker samt telefonmontør og har et flexjob på Birkerød gymnasium som IT-supporter. Faren bor i en lejlighed. Moren har en uddannelse som kontormedarbejder samt pædagog og arbejder i en børnehave. Hos moren bliver der oftest handlet ind i Netto, men også i butikker som Kvickly, hvis der er gode tilbud. Han har været på forskellige hotel og campingferier i eksempelvis Tyrkiet og Spanien. Desuden er Interviewperson 12 tilknyttet Overvægtsambulatoriet på Nordsjællands Hospital.

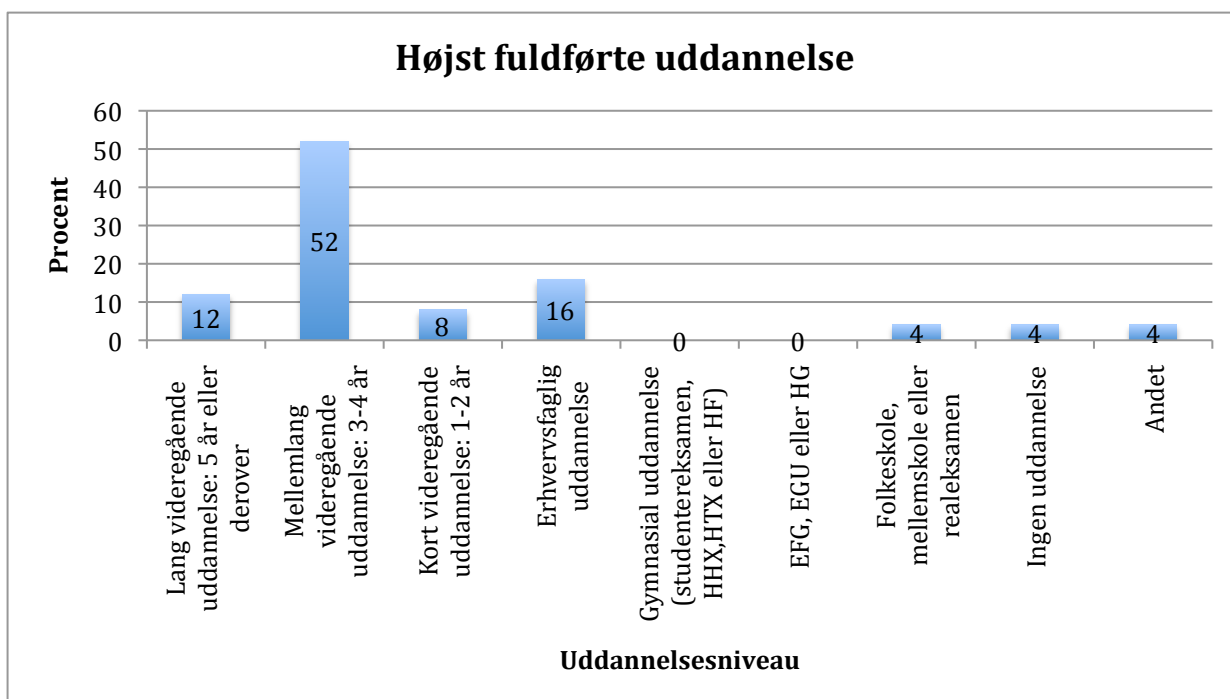
5.2. Fremtrædende tematikker i interviewene

I det følgende afsnit vil fokus være på meningskondensering af de udførte interviews og herunder de ti tematikker, der er udsprunget heraf. Meningskondenseringens tematikker danner grundlaget for vores analysearbejde. I analysen vil hver tematik sammenholdes med den teoretiske forståelsesramme samt inddrage børnene og de unges udsagn samt vores feltnotater (Bilag M: Meningskondensering). Nedenfor er indholdsbeskrivelser fra de ti tematikker præsenteret for at give et overblik over det empiriske materiale.

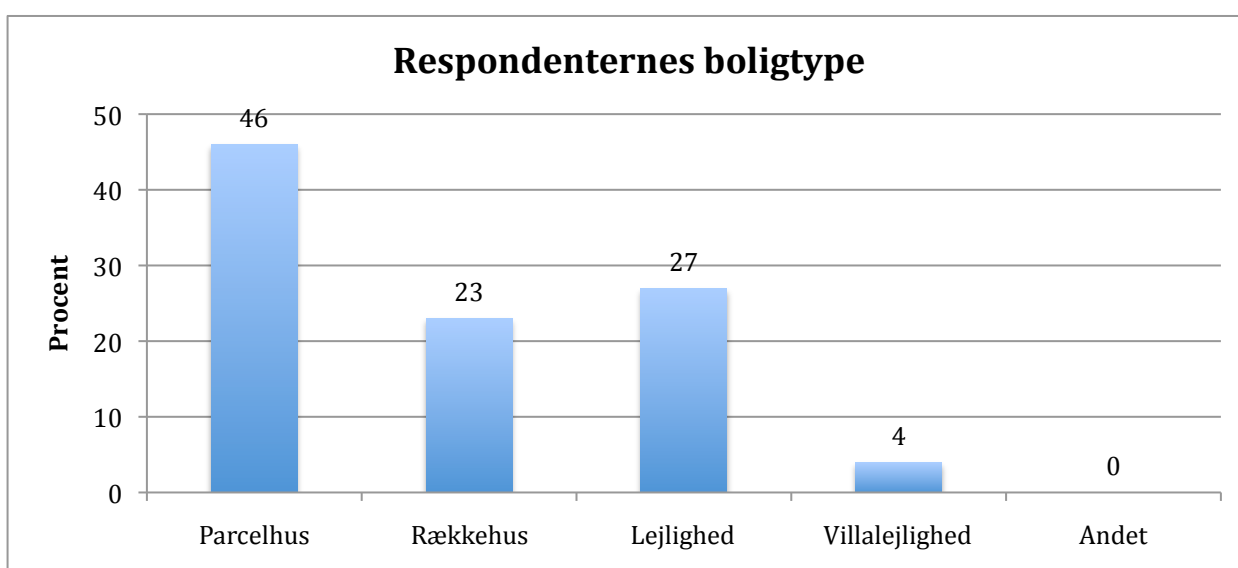
Tematik	Indholdsbeskrivelse
Agenternes position i det sociale rum	I denne tematik fokuseres der på de overvægtige børn og unges position i det sociale rum i relation til hinanden. Dette gøres på baggrund af børnenes og de unges egne udtalelser omkring deres sociale baggrund.
Investering i sundhedskapital	Børnene og de unge handler ikke bevidst for at investere i deres sundhedskapital, men i følgende tematik er der fokus på agenternes ageren i forhold til at deltage i et bevægelsestilbud og herunder vægttab. Dermed bruges sundhedskapital analytisk til at forstå børnene og de unges ageren.
Børnenes og de unges sproglige repertoire	Overvægtige børn og unges ordforråd i relation til sundhed, og den måde de fortæller om sundhed om. Denne tematik er bragt i spil med henblik på Shims begreb kulturel sundhedskapital i relation til forældrenes position i feltet.
Børnenes og de unges strukturerede sundhedskonstruktioner	I denne tematik er fokus på overvægtige børn og unges strukturerede sundhedskonstruktioner. Udsagnene i interviewene giver udtryk for, hvordan børnene og de unge konstruerer sundhed.
Opvækstbetingelser i relation til kulturel sundhedskapital og sundhedskapital	I denne tematik inddrages Shims begreb kulturelsundhedskapital og Larsens udvikling af sundhedskapitalen i forhold til børnene og de unges opvækstbetingelser. Hvilken betydning kan opvækstbetingelser herunder habitus have for overvægtige børns og unges investering i sundhedskapital og kulturel sundhedskapital?
Sociale relationers betydning	I denne tematik er Bourdieus social kapital væsentlig. Med Bourdieu forstås, at agenter gerne vil forbedre deres position i det sociale rum, og hvilken betydning har dette i forhold til sundhed. Samtidig er fokus på netværk og dets betydning i forhold til Shims begreb kulturel sundhedskapital samt investering i Larsens kapitalform sundhedskapital.
Stigma i sin kropslige form	I denne tematik er fokus på stigma i sin kropslige form, da børnenes og de unges overvægt kan ses som et kendetegn, der tiltrækker opmærksomhed og som kan have betydning for deres sociale ageren.
Frirummet	I denne tematik fokuseres på Jump4Fun som et frirum, da flere interviewpersoner gav udtryk for, at de til Jump4Fun følte sig trygge og accepterede.
Kropsidealer	I denne tematik er fokus på kropsidealer og hertil inddrages konstruktioner om, hvad de overvægtige børn og unge i det empiriske materiale anser som en sund krop, eftersom der fremtræder forskellige opfattelser af dette.
Samfundsmæssige diskurser om kroppen	I denne tematik er omdrejningspunktet de samfundsmæssige diskurser omhandlende kroppens udseende. Hvorvidt er der diskrepans mellem de overvægtige børn og unges udtalelser om kroppen og de samfundsmæssige diskurser som fremtræder i Danmark.

5.3. Datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen

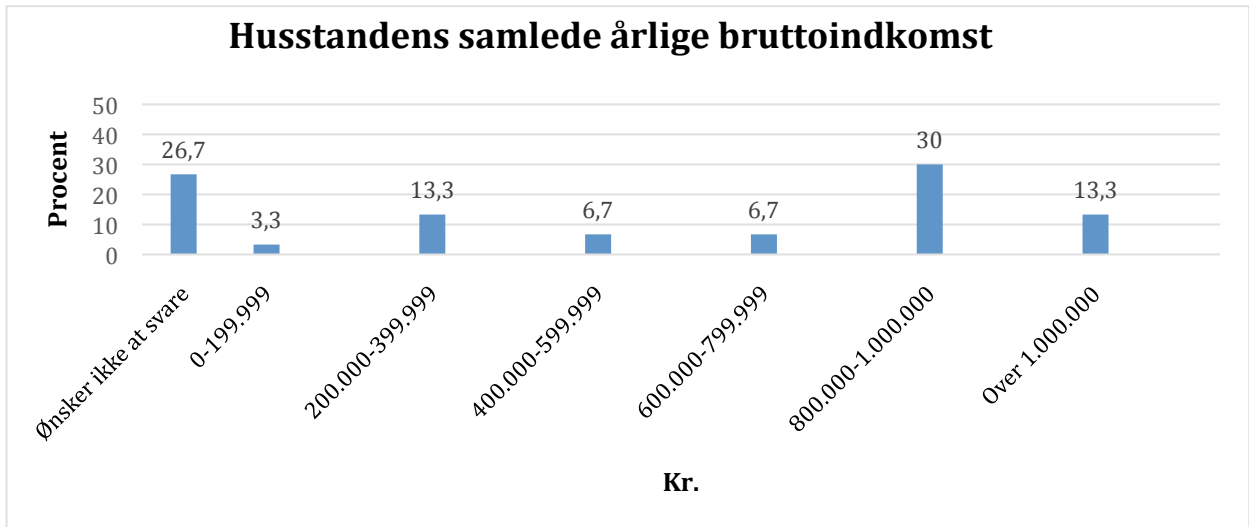
I det følgende præsenteres datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen, som er væsentlige for at kunne forsøge at kortlægge ligheder og forskelle blandt forældre til overvægtige børn i relation til BMI, uddannelsesniveau, indkomst, boligtype, social kapital samt spørgsmål omhandlende sundhed. Nedenfor præsenteres spørgeskemaundersøgelsens datamateriale i form af figurer og tabeller:



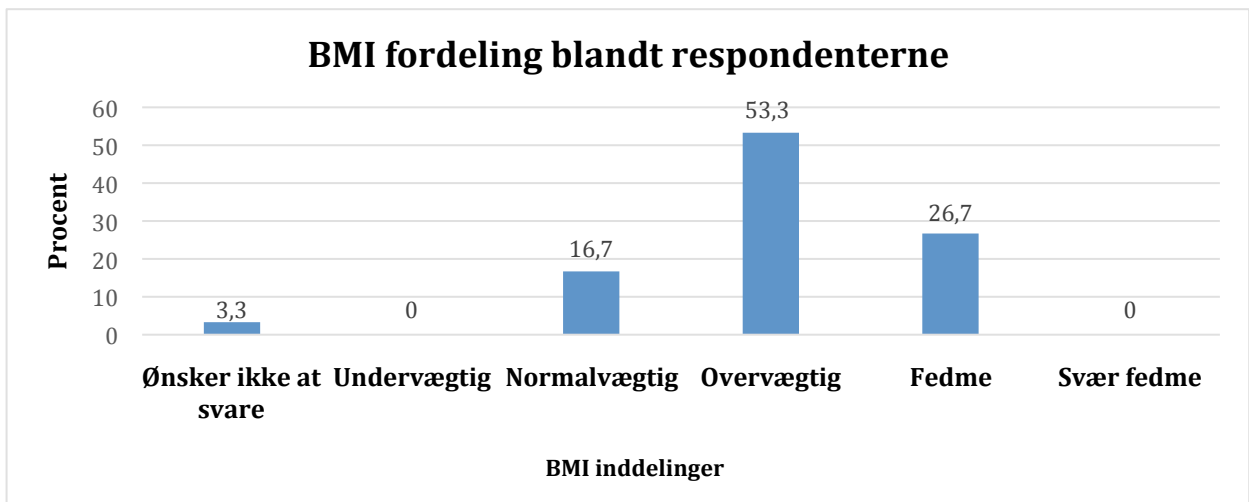
Figur 1: Højeste fuldførte uddannelse blandt forældre til overvægtige børn og unge der går til Jump4Fun (Egen figur).



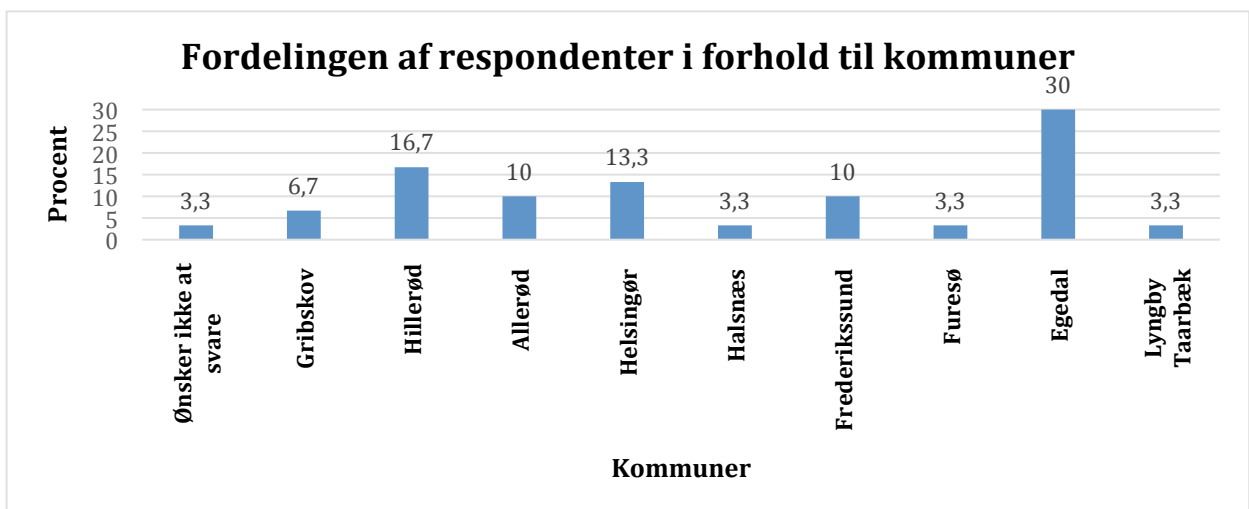
Figur 2: Boligtypen blandt forældre til overvægtige børn og unge, der går til Jump4Fun (Egen figur).



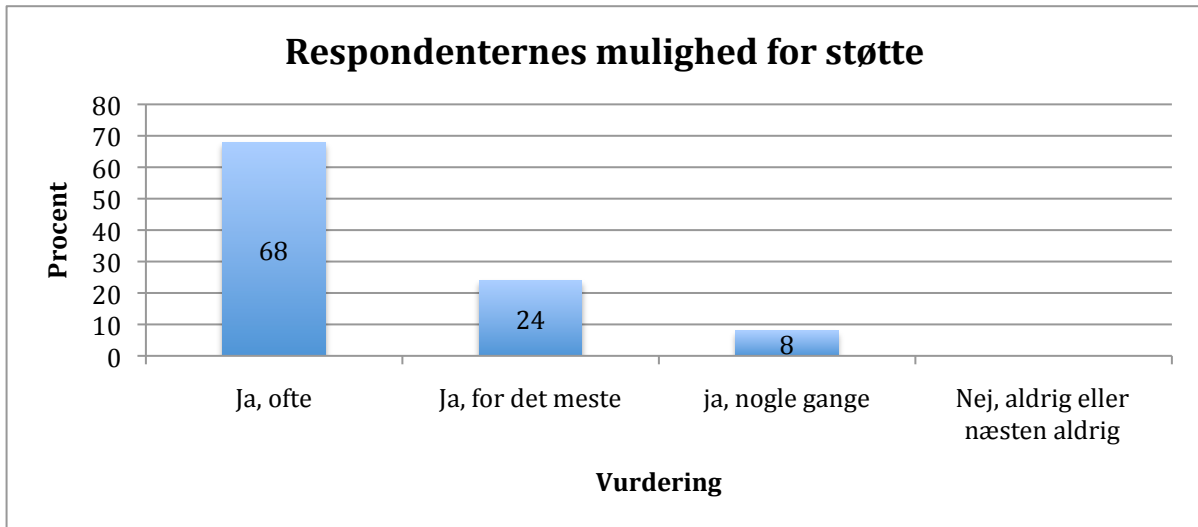
Figur 3: Husstandens årlige bruttoindkomst blandt respondenterne (Egen figur).



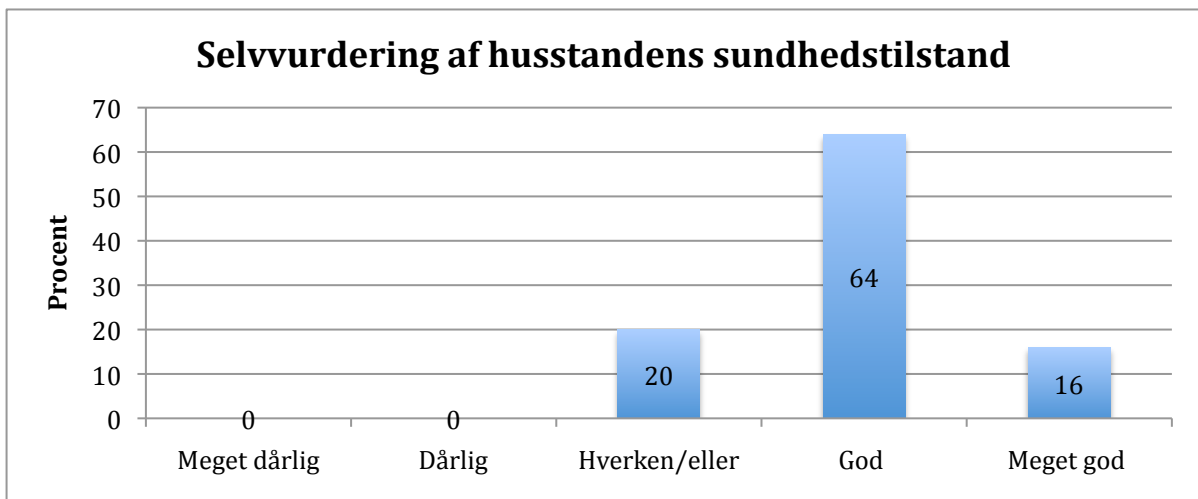
Figur 4: BMI fordelingen blandt forældre til overvægtige børn og unge, der går til Jump4Fun (Egen figur).



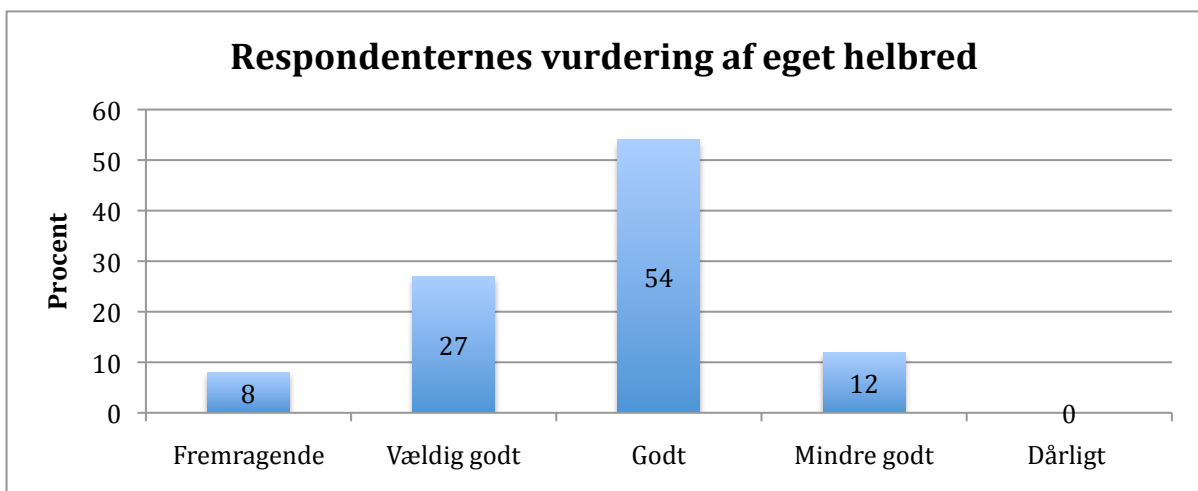
Figur 5: Fordelingen af respondenter i forhold til bopælskommune (Egen figur).



Figur 6: Procentvis fordeling over respondenternes mulighed for støtte (Egen figur).



Figur 7: Procentvis fordeling over respondenternes vurdering af husstanden sundhedstilstand (Egen figur).



Figur 8: Procentvis fordeling af respondenternes vurdering af eget helbred (Egen figur).

Tabel 1: Procentvis fordeling over respondenternes kontakt med venner, bekendte og familie de ikke bor med (Udarbejdet i Enalyzer).

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig
Familie, som du ikke bor sammen med	24%	52%	16%	8%	0%
Venner	12%	48%	36%	4%	0%
Kolleger	48%	20%	16%	12%	4%
Naboer eller beboere i dit lokalområde	12%	28%	36%	12%	12%
Personer du mest kender fra internettet	4 %	8 %	12 %	8 %	68 %

Tabel 2: Procentvis fordeling af respondenternes vurdering af, hvem der har ansvaret for egen sundhed i relation til mad og bevægelse (Udarbejdet i Enalyzer).

	Stort ansvar	Medansvar	Intet ansvar
Den enkelte selv	96%	4%	0%
Familien	56%	36%	8%
Venner	8%	8%	84%
Arbejdspladsen	0%	56%	44%
Institutioner og skoler	16%	52%	32%
Dagligvarehandel	28%	24%	48%
Fødevareindustrien	32%	24%	44%
Den praktiserende læge	8%	32%	60%
Staten og kommunen	0%	48%	52%
Medierne	16%	36%	48%

Ovenstående datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen vil blive anvendt i analyseafsnittet til at tydeliggøre ligheder og distinktioner hos forældre til overvægtige børn og unge, som går til Jump4Fun, samt deres kapitalsammensætning og dermed hvilke ressourcer forældrene har i forhold til investering i sundhedskapitalen. Dette vil i analysen sammenholdes med normalbefolkningen gennem Danmarks Statistik og undersøgelsen *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* (Sundhedsstyrelsen 2014). Hertil vil dele blive brugt i diskussionsafsnittet omhandlende, hvem der har ansvaret for den enkeltes sundhed.

Kapitel 6. Analyse

Analysen tager udgangspunkt i henholdsvis de empiriske fund, som er generet gennem de kvalitative forskningsinterviews og det empiriske datamateriale, som fremtræder gennem spørgeskemaundersøgelsen. Vi finder det væsentlig at fremhæve, at de empiriske fund kun indikerer tendenser og mønstre i relation til et mindre udsnit af overvægtige børn og unge, og i analysen fremkommer der derfor ikke entydige konklusioner. Interviewpersonerne har bidraget forskelligt med viden indenfor analysens tematikker, og herved kan interviewpersonerne artikulere et bestemt moment. Analyserne i nærværende speciale er en vekslen mellem et mikroniveau, hvor de overvægtige børn og unges praksisser relateret til sundhed undersøges, men samtidig inddrages et samfundsmæssigt niveau, da sundhed tænkt som et felt og staten medtænkes i analyserne af børnenes og de unges sundhedspraksisser.

Vores forståelse af begreberne habitus, felt, kapitalformerne, kulturel sundhedskapital, sundhedskapital samt stigma anvendes som analyseværktøjer i følgende analyse. Disse begreber er en måde at bearbejde vores empiriske materiale på, og begreberne fungerer derfor som et redskab til at forstå og forklare den sociale verden relationel. Herved inddrages et prakseologisk blik på undersøgelsen. Derudover anvendes forsøgsvist fremanalyseret viden omkring kropsidealer til at fremanalisere, hvilke idealer der fremtræder ved dette empiriske materiale.

6.1. Agenternes position i det sociale rum

De overvægtige børn og unges positioner i det sociale rum analyseres i forhold til deres udtalelser omkring deres familie, og herved hvilke ressourcer de overvægtige børn og unge har til rådighed. Herved forsøges det at forklare analytisk, hvordan de overvægtige børn og unge kan tænkes positioneret i forhold til hinanden i relation til Bourdieus kapitalformer. Forud for inddelingen er det væsentligt at tydeliggøre, at disse positioner er inddelt i relation til det empiriske materiale, og dermed er de ikke nødvendigvis højt positioneret i det sociale rum. Disse fremanalyserede inddelinger fremtræder ud fra et prakseologisk blik, hvor forældrene til interviewpersonerne sættes i relation til hinanden. For at inddele interviewpersonerne i positioner har vi fokuseret på forældrenes fremanalyseret kapitalsammensætning ud fra børnenes udtalelser omhandlende boligtype, rejser, deres forældres uddannelse samt indkøbssteder.

På baggrund af empirien er det dog ikke muligt at foretage en fyldestgørende analyse af familiernes sociale, økonomiske og kulturelle kapital, eftersom vi ikke har genereret tilstrækkelig empiri omkring de overvægtige børn og unges familier. Til dette oprids af højt, mellem og lavt positionerede familier i relation til vores interviewpersoner, skal det fremhæves, at der under hver inddeling ikke forekommer identiske familier. Dette begrundes med, at der forekommer afvigelser i familiernes kapitalsammensætninger, men at deres samlede kapitalmængde tendere til nedenstående inddelinger i det sociale rum.

6.1.1. De højeste positionerede familier

Ud fra et Bourdieusk perspektiv vil fokus være på forældrenes kulturelle og økonomiske kapital i forhold til deres position i det sociale rum. I forhold til de højest positionerede familier fokuseres der på forældrenes uddannelsesniveau, og hvorvidt begge forældre er i arbejde. Analytisk set fremtræder Interviewperson 6, 9 og 11 i de familier, som værende de højeste positionerede blandt de 12 interviewpersoner. Nedenstående citat fra Interviewperson 11, viser forældrenes kulturelle og økonomiske kapital:

Interviewer: Har dine forældre nogen uddannelse?

Interviewperson 11: ... Jeg ved bare min mor er sygeplejerske...

Interviewer: Okay.

Interviewperson 11: For børn og min far er ingeniør.

Interviewer: Ja, og de er begge to i arbejde lige nu?

Interviewperson 11: Mm

(Bilag L, 120)

Forældrenes uddannelse referer til en høj kulturel kapital og samtidig referere det til en høj økonomisk kapital, da de begge er i arbejde. Derudover beskriver Interviewperson 11, at familien bor i et stort hus, og at de skal rejse til USA til sommer.

Igennem spørgeskemaet besvaret af faren til Interviewperson 6 fremgik det, at husstandens årlige bruttoindkomst er ca. 800.000, og dermed har de analytisk set en høj økonomisk kapital i forhold til andre bruttoindkomster, som fremtræder gennem besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen. Hertil bor de i et stort hus, og Interviewperson 6 går på en privatskole.

Interviewperson 9's udtalelser i forhold til hendes sociale baggrund indikerer, at forældrene analytisk tenderer til at have en stor kapitalmængde. Dette ses i nedenstående citat, hvor hun bliver spurgt ind til, hvorvidt hendes familie tager på ferie:

Interviewperson 9: *Øh ja hvert år*

Interviewer: *Hvor tager I så hen?*

Interviewperson 9: *Øh jeg har været i Thailand, også har vi været på skiferie i Frankrig*

Interviewer: *mm*

Interviewperson 9: *Øhm, og ja i påskeferien, vi har også et sommerhus, så der skal jeg i sommerhus.*

(Bilag L, 104)

Feriestederne og at eje et sommerhus antyder, at forældrene analytisk set har en stor mængde økonomisk kapital og samtidig er begge forældre i arbejde, og faren har en lederstilling.

6.1.2. Mellem positionerede familier

Hos de mellem positionerede familier er fokus i relation til uddannelsesniveau, at begge forældre har en erhvervsuddannelse, kort eller mellemlang videregående uddannelse eller er selvstændige, samt at begge forældre er i job. Seks af børnene indgår i de familier, der er fremanalyseret som værende de mellemste positioneret og disse er: Interviewperson 1, 3, 4, 5, 7 og 12. At 50% af de interviewede børn og unge placeres i de mellemste positionerede familier stemmer overens med det empiriske datamateriale fra spørgeskemaundersøgelsen, da der herigennem fremstod flest besvarelser fra forældre, som vi på baggrund af Bourdieus kapitaler vurderer som værende mellem positionerede.

På trods af, at interviewperson 1 har en mor, der er arbejdsløs, indikerer andre udtalelser, at de analytisk set er en del af de mellem positionerede familier. Hertil kan blandt andet nævnes farens uddannelse som laborant samt deres boligtype, som Interviewperson 1 beskriver i nedenstående:

Interviewperson 1: *Øhm vi bor i sådan et hus og ikke i lejlighed, men i sådan et okay stort hus?*

Interviewer: *Ja stort hus, ved du hvor mange værelser der cirka er?*

Interviewperson 1: *Øhm der er sådan tre værelser, nej fire værelser.*

Interviewer: *fire værelser. Så i har hver jeres værelse, og så soveværelse og et ekstra værelse?*

Interviewperson 1: *Ja.*

(Bilag L, 38)

Yderligere nævner Interviewperson 1, at familien nogle gange tager på ferie, og at de eksempelvis har været på Bali.

I forhold til Interviewperson 12 har hans far en erhvervsuddannelse som mekaniker, mens moren har en mellemlanguddannelse som pædagog. Hertil er de begge i arbejde og kan dermed fremanalyseres som værende en mellem positioneret familie. Interviewperson 3 fremanalyseres også som mellem positioneret, eftersom hans forældre har mellemlange uddannelser og begge er i arbejde.

Spørgeskemaet besvaret af moren til Interviewperson 4 og 5 fremgik det, at husstandens årlige bruttoindkomst lå på cirka 800.000 kr., hvilket også gør sig gældende hos en af de familier, vi har fremanalyseret som værende højt positioneret. Dog er mængden af forældrenes kulturelle kapital er lavere:

Interviewperson 4: Altså hvad de arbejder som?

Interviewer: Ja, hvad laver de?

Interviewperson 4: Min mor er fængselsbetjent og min far er tømrer.

(Bilag L, 56)

Hertil kan nævnes, at familien sjældent tager på ferier, modsat de familier vi har placeret som højt positioneret, der alle nævnte ferier uden for Danmark.

Det samme gør sig gældende hos Interviewperson 7, hvor faren tilføjede, at husstandes årlige bruttoindkomst lå på 800.000 kr., men hvor faren som maskinarbejder har en erhvervsfagliguddannelse. I forhold til ferier udtaler Interviewperson 7 det således:

Interviewer: ... Øh tager i nogensinde på ferie?

Interviewperson 7: Nej, vi har faktisk ikke været på ferie.

Interviewer: I har aldrig været på ferie?

Interviewperson 7: Jeg har faktisk aldrig været uden for Danmark endnu.

Interviewer: Nej, og hvad med I er så heller ikke på ferie i Danmark?

Interviewperson 7: Jo det gør vi, vi tager nogle gange til Campingpladser og sådan noget.

(Bilag L, 88)

Interviewperson 7 placeres dermed analytisk set som værende mellem positioneret på baggrund af farens uddannelse, samt at familien ikke rejser.

6.1.3. De laveste positionerede familier

I relation til forældrenes uddannelsesniveau og herunder kulturel kapital er kendetegnet hos de lavt positioneret familier, at begge forældre er lavt uddannede og i denne position kan der forekomme ufrivillig arbejdsløshed blandt forældrene, hvilket henviser en lav økonomisk kapital. Interviewper-

son 2, 8 og 10 indgår i de familier, som med et Bourdieusk blik fremtræder som de lavest positionerede blandt de 12 interviewpersoner.

Eksempelvis er faren til Interviewperson 8 arbejdsløs, familien tager sjældent på ferie samt de handler ind i discount supermarkeder. I forhold til Interviewperson 10 fremgår det i nedenstående citater, at hendes far ingen uddannelse har samt hans nuværende jobfunktion:

Interviewer: *Ja. Han har ikke en uddannelse?*

Interviewperson 10: *Nej ikke rigtig, men han har gået i skole her, men han syntes ikke rigtig at det var noget for ham. Så droppede han på en måde sådan ud eller han lod være med at komme og så til sidst fik han så oprettet sin egen restaurant.*

Interviewer: *Hvor han laver hvad?*

Interviewperson 10: *Hvor han altså det hedder pizzeria, men det er ikke kun pizza han sælger.*

(Bilag L, 112)

Samtidig er moren studerende og deres boligtype indikere lav økonomisk kapital, da de bor i lejlighed, hvor børnene deler værelser på trods af stor aldersforskel. Hertil kan nævnes, at familiens indkøb ifølge Interviewperson 10 kun bliver foretaget i discountbutikker.

Interviewperson 2, der bor sammen med hendes mor, indikerer med hendes udtalelser usikkerhed omkring forældrenes uddannelse:

Øh ja min mor hun har, altså hun laver sin egen uddan... eller hun har sin egen forretning sådan noget syltetøj halløj øh så og min far det ved jeg faktisk ikke, jeg tror han er tagdækker, men jeg er faktisk ikke helt sikker. Men ja det eller nåh nej min far har ikke nogen uddannelse, men det har min mor.

(Bilag L, 43)

I forhold til ovenstående fremanalyseres det, at forældrenes økonomiske og kulturelle kapital er lav, da moren sælger syltetøj, mens hendes fars job som tagdækker er en erhvervsuddannelse. I forhold til boligtype udtaler Interviewperson 2, at hun hos hendes bor småt og, at moren sover i stuen, og dette kan analytisk set referer til en lav økonomisk kapital.

6.1.4. Delkonklusion

Vi har i ovenstående forsøgt analytisk at konstruere tre kategoriseringer af positioner gennem børnene og de unges udsagn omhandlende deres sociale baggrund, spørgeskemabesvarelser fra forældre til interviewpersoner og ud fra Bourdieus forståelse af positioner i det sociale rum. I det empiriske materiale fremtræder der mønstre med henblik på overvægtige børn og unges position i det

sociale rum. Gennem datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen samt det empiriske fra interviewenes tenderer det til, at overvægtige børn og unge primært er mellem positionerede i relation til hinanden. De fremanalyserede positioner eksisterer kun på baggrund af de interviewede børn og unges relation til hinanden.

6.2. Investering i sundhedskapital

I det følgende afsnit vil fokus være på at skabe en forståelse for de overvægtige børn og unges ageren, herunder deres deltagelse i bevægelsestilbuddet Jump4fun og ønsket om et vægttab. I forhold til dette vil der analytisk være fokus på Larsens begreb sundhedskapital, da børnene og de unge analytisk kan siges at investere i deres sundhedskapital ved at deltage i Jump4fun og ønsket om et vægttab. Denne investering i sundhedskapitalen som distinktiv fordel opstår, fordi kapitalen har afsætningen på et marked. Dermed inddrages sundhedskapitalen, fordi der er afsætningsværdi for denne kapital inden for sundhedsfeltet.

6.2.1. Social kapital

I det empiriske materiale fremgik det, at der var forskellige bevæggrunde til, hvorfor de overvægtige børn og unge var begyndt til Jump4fun, og hvorfor de blev ved med at gå til det. Nedenstående citat fremhæver, hvorfor Interviewperson 1 bliver ved med at gå til Jump4fun:

Fordi jeg sådan har tabt mig og så får man sådan større selvtillid. Så det er sådan også sådan mere med, at man har fået nye venner, der er også ja.

(Bilag L, 40)

Ved at Interviewperson 1 deltager i Jump4fun får han ifølge ham selv et udbytte i form af nye venner, vægttab og dermed også en større selvtillid. Forklares dette analytisk som værende at investere i sundhedskapitalen, fremgår det, at Interviewperson 1 tilsidesætter tid og behov for at optimere hans position i det sociale rum. At Interviewperson 1 tilsidesætter tid og behov kan blandt andet ses i forhold til hans computerforbrug:

Interviewer: *Du spiller meget computer?*

Interviewperson 1: *Ja.*

Interviewer: *Så det ville tage tiden fra det hvis du skulle ind og ændre lave en vane?*

Interviewperson 1: *Ja det ville det.*

Interviewer: *Okay. Hvor mange... altså hvor lang tid tror du, at du spiller cirka alt i alt?*

Interviewperson 1: *Tre timer om dagen.*

(Bilag L, 39)

I det ovenstående fremgår det, at Interviewperson 1 spiller computer tre timer om dagen, men vælger på trods heraf at bruge tid på at gå til Jump4fun. Dermed tilsidesætter han hans behov for at spille computer og tager tid fra dette for at investere i hans sundhedskapital. Analytisk set bliver

Interviewperson 1 ved med at gå til Jump4fun og dermed investere i hans sundhedskapital, fordi andre af hans kapitaler styrkes herunder social kapital. I forhold til hans væggtab vil det være medvirkende til, at hans sociale position forbedres, da der i det senmoderne samfund er fokus på sundhed. I forlængelse heraf inddrages et citat, hvor Interviewperson 5 udtaler sig om hans forståelse af det usunde liv:

Ikke rigtig lave noget, når man kommer hjem bare sætte sig i sofaen. Det gjorde jeg engang, men nu gør jeg det ikke mere.
(Bilag L, 68)

Interviewperson 5 forklarer, at han før i tiden levede det, han selv betegner som det usunde liv. Interviewperson 5 har ligesom Interviewperson 1 valgt at investere i hans sundhedskapital ved at ændre på hans livsstil og dermed tilsidesætte de behov, han havde før. En af de faktorer Interviewperson 5 ligesom Interviewperson 1 begrundet dette valg med er det sociale:

Interviewer: *Hvordan kan det være, at det er dig? Hvad er der godt ved Judo?*

Interviewperson 5: *Det er det der, man får mange venner af det.*

(Bilag L, 65-66)

Ligesom Interviewperson 1 og 5 oplever flere af de overvægtige børn og unge, at de får flere venner ved at deltage i Jump4fun. Flere af de overvægtige børn og unge får dermed styrket deres sociale kapital. Ifølge Larsen bliver sundhedskapitalen udformet i sammenspil med Bourdieus fire forskellige kapitalformer. I forhold til børnene og de unges social kapital kan denne have betydning for, hvordan de investerer i deres sundhedskapital. De nye relationer, som de overvægtige børn og unge får igennem Jump4fun kan være medvirkende til støtte og opbakning.

Ved at de overvægtige børn og unge vælger at deltage i et bevægelsestilbud som Jump4fun og tilsidesætter andre behov, investerer de analytisk i den kropslige sundhedskapital. Dette begrundes med, at de overvægtige børn og unge får viden og erfaring i relation til motion, hvordan de bedst muligt tager vare på sig selv samt forbedre deres position i det sociale rum.

6.2.2. Økonomisk kapital

Økonomisk kapital kan ligeledes have betydning for de overvægtige børn og unges mulighed for at investere i deres sundhedskapital. Økonomisk kapital i forhold til sundhedskapitalen skal for eksempel ses i forhold til, at penge kan være en nødvendighed for, at de overvægtige børn og unge kan gå til sportsaktiviteter. I relation hertil er samarbejdspartnerne bag Jum4fun bevidste omkring, at

ikke alle forældre har mulighed for at betale høje kontingenter, hvilket de har imødekommet ved at deltagelse i holdene koster 60 kr. om måneden.

Hertil inddrages spørgeskemaundersøgelsen, hvor der blev spurgt ind til husstandens samlede bruttoindkomst. Af figur 3 (Figur 3, 55) fremgår det, at forældrenes økonomiske kapital er distinktivt og dermed er der opstillet et bevægelsestilbud, der er tilgængelig for alle uanset social baggrund. Jump4fun opstiller dermed et miljø, der analytisk set giver de overvægtige børn og unge mulighed for at investere i deres sundhedskapital på trods af forskellige opvækstvilkår. I forlængelse heraf oplevede vi, at de overvægtige børn og unge på flere hold havde hverdagstøj på og ikke træningstøj. På et af holdene i Egedal Kommune var der kun et enkelt barn med træningssko. I forhold til børnene og de unge vil de analytisk set ikke have samme vilkår i forhold til at investere i deres sundhedskapital på baggrund af deres forældres position. Så på trods af, at samarbejdspartnerne bag Jump4fun opstiller et rum til overvægtige børn og unge, hvori de analytisk set kan investere i deres sundhedskapital, vil der opstå ulighed grundet forældrenes kapital mængde og sammensætning.

6.2.3. Position i det sociale rum

En faktor, der for nogle af de overvægtige børn og unge havde betydning for, hvorfor de gerne ville tabe sig, var muligheden for det frie valg ved køb af tøj:

Interviewer: Ja og hvorfor vil du gerne tabe dig?

Interviewperson 11: Fordi det er ikke rart at sådan at være sådan buttet eller tyk i det.

Interviewer: Nej hvorfor er det ikke rart?

Interviewperson 11: Fordi hvis nu man skal have man tænker nu skal jeg gå ud og shoppe og købe rigtig meget tøj, så måske 75 procent af det kan man ikke få fordi man ikke kan passe det.

(Bilag L, 121)

Hertil inddrages et citat af Interviewperson 7, hvori fokus er på det frie valg med hensyn til tøj:

Ja og plus det sådan det sådan det er også rigtig svært at finde tøj.

(Bilag L, 89)

Interviewperson 7 og 11 havde efter eget udsagn begge et ønske om at tabe sig, og derfor vælger de at investere tid i at deltage i Jump4fun. Ved at de overvægtige børn og unge ikke har samme mulighed som normalvægtige i forhold til tøjvalg gør, at de distancerer sig fra andre. Et vægttab kan medvirke til, at børnene og de unge får muligheden for at vælge det tøj deres klassekammerater går

i, og dermed kan deres position i det sociale rum forbedres. Ifølge Interviewperson 7 og 11 er deres fysiske fremtræden vigtig, og det der anerkendes blandt deres klassekammerater. Dermed kan deres investering være med til, at de får det tøj, der anerkendes i det sociale rum.

I relation til de overvægtige børn og unges position i det sociale rum, inddrages staten, da denne kan være strukturerende for, hvad de overvægtige børn og unge anser som værende sundt, og hvordan den rette krop ser ud. Staten kan med sin magt og autoritet udøve symbolsk vold, og hertil kan agenter påtvinges statens tænkemåder og værdier i relation til sundhed. Mediernes udlægning af den tynde krop og marginalisering af den overvægtige kan analytisk set refereres til en strukturel stigmatisering. At det er statens effekter, der er virksomme i børnene og de unge, når de orienterer sig mod en sund krop, og hvordan denne skal se ud, indikeres i nedenstående, hvor Interviewperson 10 udtaler sig om, hvorfor hun gerne vil tabe sig:

Fordi at fordi, at det er på en måde medierne der også påvirker mig jo ikke og så også bare, at alle mine veninder de har det lange brune hår, de brune store øjne og alle sammen er så slanke og så føler jeg mig bare som den der fedtklump i mellem hvis man kan sige det sådan altså...

(Bilag L, 114)

Interviewperson 10 fremhæver at grunden til, at hun gerne vil tabe sig skyldes mediernes påvirkning samt hendes ønske om at passe ind i venindeflokken. Analytisk set ønsker Interviewperson 10 at tabe sig for at leve op til statens udlægning af sundhed og leve op til samfundets kropsideal. Hertil forsøger Interviewperson 10 at orientere sig mod det universelle og normale som værende det, der bliver formidlet gennem de dominerendes sundhedskonstruktioner, hvor "fedtklump" ifølge hende ikke fremstår som det universelle og normale. Samtidig forsøger Interviewperson 10 gennem et vægttab at optimere sin position i forhold til kroppen og dens fremtræden. Dette kan sættes i relation til Interviewperson 11 og 7, der ligeledes forsøger at optimere deres position i forhold til kroppens fremtræden, da de igennem et vægttab har muligheden for at gå i det tøj, der anerkendes i sociale rum.

6.2.4. Delkonklusion

Ovenstående tematik har bidraget med viden omkring, hvorfor de overvægtige børn og unge går til Jump4fun. Analytisk set tilsidesætter de overvægtige børn og unge deres behov og tid for at investere i deres sundhedskapital. Dette kan relateres til det udbytte de får i form af større selvtillid, flere venner er medvirkende til at forbedre deres sociale position. De overvægtige børn og unges inve-

stering i sundhedskapitalen kan medvirke til, at deres andre kapitaler forbedres eller optimeres. Her- til anses muligheden for vægttab som en væsentlig faktor, da de overvægtige børn og unge dermed kan købe det tøj deres klassekammerater går i og blive anerkendt herigennem. Samtidig kan et vægttab medvirke til en optimering af de overvægtige børn og unges position i forhold til kroppen og dens fremtræden. Jump4fun har opstillet et miljø, der gør det muligt for overvægtige børn og unge at investere i deres sundhedskapital, på trods af forskellige opvækstvilkår.

6.3. Overvægtige børn og unges sproglige sundhedsrepertoire

I det følgende analyseres ordforrådet hos de interviewede overvægtige børn og unge i relation til sundhed. Hertil inddrages hvilke sproglige udtryk børnene og de unge anvender, samt hvordan de fortæller om sundhed på. For at kunne analysere denne tematik inddrages Shims begreb kulturel sundhedskapital. Yderligere inddrages de overvægtige børn og unges positioner i det sociale rum. Familiens placering og herved forældrenes kapitalsammensætning sættes i spil med de interviewedes sproglige sundhedsrepertoire. Dette på baggrund af en antagelse omkring, at de overvægtige børn og unge, der har en forældre med en sundhedsfaglig uddannelse har en højere kulturel sundhedskapital end de agenter, hvis forældre ikke har en sundhedsfaglig uddannelse.

6.3.1. Ordforrådet som distinktiv ressource

Gennem det empiriske materiale i relation til interviewene er der forskel i de overvægtige børn og unges sproglige sundhedsrepertoire. Nedenfor inddrages udtalelser, som indeholder sundhedsfaglige termer, og herved angår den del af børnene og de unge, som analytisk besidder en højere kulturel sundhedskapital i relation til de resterende. Vi analyserer med et prakselogisk antagende, eftersom vi analyserer det sundhedsfaglige ordforråd, som fremtræder, og hvordan dette skiller sig ud i forhold til interviewpersonernes relationer imellem.

Interviewperson 9, som er fremanalyseret som værende højt positioneret, anvender ordet *tyndfed* i løbet af hendes interview, og nedenfor fremgår en udtalelse, hvor hun forklarer, hvad ordet betyder:

Det er at man ser tynd ud men man sådan spiser usund så man er faktisk tyk, altså kroppen har det ikke godt men man er tynd samtidig, altså man kan ikke sådan se at man spiser usundt agtigt.

(Bilag L, 105)

Når Interviewperson 12, som vi analyserer som mellem positioneret, bliver spurgt til, hvad ordet sundhed får ham til at tænke på, svarer han følgende:

Det får mig til at tænke på motion, kost og øhm fedtmasse i forhold til muskelmasse.

(Bilag L, 127)

Samtidig inddrages Interviewperson 4 og 7, som også er fremanalyseret som værende mellem positioneret, da de udtaler sig om vitaminer og trænedede muskler:

Interviewer: ... Hvad er det sunde liv, hvad er det ifølge dig?

Interviewperson 4: og spise meget mere øh få mere vitaminer i kroppen og gå meget øh løbe mere og øh cykle mere og træne mere.

(Bilag L, 58)

Interviewer: Hvad er en sund krop ifølge dig?

Interviewperson 7: Øhm at det behøves ikke være sådan helt væk der må gerne være nogle sådan en delle herude at kan det. Og så bare sådan gode trænedede muskler vil jeg sige.

(Bilag L, 92)

Interviewperson 2, som er analyseret som værende lavt positioneret, anvender ordet frugtsukker i hendes interview, hvilket nedenstående tydeliggøre:

... selyfølgelig ikke for meget slik og alt muligt, men heller ikke så meget frugt for eksempel fordi, at der er rigtig meget frugtsukker...

(Bilag L, 45)

Tendensen i det empiriske materiale er, at overvægtige børn og unge som er højt, mellem og lavt positionerede i relation til hinanden anvender termer som "fedtmasse", "muskelmasse", "vitaminer", "frugtsukker", "træne", "tynd fed" samt "trænedede muskler" til at positionere sig med. Analytisk fremtræder disse termer som værende distinktive i relation til de andre interviewpersoner. Med et prakselogisk blik for øje har tendenserne analytisk set udelukkende betydning i kraft af de overvægtige børns og unges indbyrdes relationer.

Analytisk set kommer agenterne med forskellige baggrunde og positioner i det sociale rum, og de vil besidde forskellig mængde af kulturel sundhedskapital. Nedenfor tydeliggøres det, hvordan vi opfatter udtalelser, hvor ordvalget indikerer en lavere kulturel sundhedskapital i relation til ovenstående:

Interviewer: Hvad er dine vaner sådan i forhold til kost?

Interviewperson 5: Kost?

Interviewer: Ja den mad du spiser, er der nogle vaner der?

Interviewperson 5: Tja.

(Bilag L, 71)

Interviewer: Hvad er det sunde liv ifølge dig?

Interviewperson 8: Øh det ved jeg ikke

Interviewer: Hvad er det usunde liv ifølge dig?

Interviewperson 8: Øhh det ved jeg heller ikke rigtigt...

(Bilag L, 99)

Interviewperson 5 og 8 anvender ingen sundhedsfaglige termer, og de har svært ved at forstå spørgsmålenes betydning i interviewsituationen. Hertil har de analytisk set en lavere kulturel sundhedskapital, fordi de ikke kan navigere og positionere sig gennem deres sproglige repertoire i relation til sundhed.

Ovenstående tydeliggør, at søskendeparret Interviewperson 4 og 5 positionerer sig forskelligt gennem ordvalg til trods for, at de har samme opvækstvilkår og position i det sociale rum. Den objektive struktur; alder adskiller Interviewperson 4 og 5, og denne kan indvirke på deres sundhedssprog, eftersom Interviewperson 4 er ældre end Interviewperson 5 kan han hermed have opnået en større viden omkring sundhed.

I det empiriske materiale adskiller Interviewperson 7, 9 og 12 sig fra de resterende interviewpersoner, når de bliver spurgt om, hvem de betragter som værende sunde. Ovenstående tre interviewpersoner adskiller sig, fordi de refererer til typer som repræsenterer noget forskelligt indenfor sundhedsfeltet, og dette fremgår nedenfor:

Interviewperson 7: Eller Mikkel Kessler faktisk?

Interviewer: Ja hvorfor ham?

Interviewperson 7: Han er sådan bokser og der bruger man jo rigtig, der forbrænder man jo rigtig mange kalorier af.

(Bilag L, 92)

Interviewperson 9: Jeg vil sige min fætter

Interviewer: Din fætter, hvorfor er din fætter sund?

Interviewperson 9: Fordi han er fitness bodybuilder.

(Bilag L, 108)

Interviewperson 12: ... Jakob Søndergaard han har bare være livsstilsguru og sund sundhedsassistent i 12 år.

(Bilag L, 130)

Ovenstående indikerer, at disse tre agenter har kendskab til forskellige sundhedspersoner som figurerer i sundhedsfeltet. Interviewperson 9 nævner sin fætter, men fordi han er fitness bodybuilder, og ikke på grund af at han er familie. Interviewperson 7, 9 og 12 adskiller sig fra de resterende interviewede, fordi de resterende nævnte en i deres familie som værende sund, og ikke en "bokser", "fitness bodybuilder" og en "sundhedsguru".

6.3.2. Position i det sociale rum

De overvægtige børn og unge som tager del i dette mindre empiriske materiale har forskellige opvækstbetingelser herunder forskellig habitus, som har påvirket dem til at have forskellig ressourcer, som gør, at de rent retorisk positionerer sig distinktivt fra hinanden. Ifølge vores brug af Shim vil agenternes kulturelle sundhedskapital afhænge af allerede eksisterende viden og agenternes habitus. Hertil kan et veludviklet sundhedsordforråd ifølge Shim analytisk set forbedre adgangen til og forståelse af sundhedsoplysninger. Når Interviewperson 6, 7 og 8, som er positioneret henholdsvis højt, mellem og lavt i relation til hinanden i det sociale rum, bliver spurgt ad, om det er vigtigt at være sund, fremtræder følgende distinktioner:

Interviewperson 6: Ja, fordi hvis nu man spiser rigtig meget usundt, så bliver man rigtig tyk også kan man få en sygdom eller en lidelse af det.

Interviewer: mm

Interviewperson 6: Også kan man faktisk ende med at dø, hvis ikke man er sund.
(Bilag L, 79)

Interviewperson 7: Ja altså hvis man, jeg vil sige at det i de fleste tilfælde så får man jo et længere liv af det fordi, at der kan jo samle sig fedt rundt om hjertet og sådan noget.

(Bilag L, 90)

Interviewperson 8: Øh ja

Interviewer: Hvorfor?

Interviewperson 8: Så øh ja så det ved jeg ikke, det tror jeg, fordi

Interviewer: Det tror du?

Interviewperson 8: Det synes jeg bare

Interviewer: Det synes du bare, du kan ikke sige hvorfor?

Interviewperson 8: Nej

(Bilag L, 99)

Ovenstående indikerer forskelle i udtalelserne fra tre forskellige fremanalyseret positioner i det sociale rum. Det fremgår, at Interviewperson 8 som er lavest positioneret rent sprogligt har svært ved at sætte ord på, hvorfor det er vigtigt at være sund. Modsat har Interviewperson 6 og 7 fokus på et langt liv og sygdom, når de bliver spurgt. Det findes væsentlig at pointere, at disse distinktioner i børnene og de unges sundhedskonstruktioner ikke er statiske og konstante, eftersom disse er kontekstafhængige. Interviewperson 6 og 7 har analytisk en højere kulturel sundhedskapital i relation til Interviewperson 8, hvilket eksempelvis kom til udtryk gennem ovenstående udtalelser.

Udtalelsen ”*samle sig fedt rundt om hjertet*” fra Interviewperson 7 kan være præget af hendes opvækstbetingelser herunder habitus. Eksempelvis referer hun i nedenstående udtalelse til, at hendes mor har en medicinsk uddannelse:

Interviewer: *Har dine forældre nogen uddannelse?*

Interviewperson 7: *Min mor hun har øh medicinsk uddannelse tror jeg.*

(Bilag L, 87)

Forældrenes mængde af kulturel kapital og positionering indenfor sundhedsfeltet kan medvirke til, at nogle af de overvægtige børn og unge har et større ordforråd inden for sundhed. Interviewperson 7 har analytisk en højere kulturel sundhedskapital end nogle af de andre børn og unge, som er mellem positioneret, eftersom hun forklarer, hvad der forekommer, hvis ikke individer agerer sundt. Hendes adgang til viden omhandlende sundhed er dermed større end nogle af de andre interviewpersoners viden, grundet hendes mors medicinske uddannelse. Ud fra ovenstående indikeres det, at overvægtige børn og unge, som har forældre med en sundhedsfaglig baggrund har en højere kulturel sundhedskapital end børn og unge, hvor ingen af forældrene har sundhedsfaglig uddannelse. Til at undersøge dette nærmere inddrages Interviewperson 11, eftersom han også har en mor med en sundhedsfaglig uddannelse. Interviewperson 11 mor er sygeplejerske og har derfor en mellemlang sundhedsfagliguddannelse. Gennem interviewet med Interviewperson 11 fremtræder der ikke nogle distinktive formuleringer i forhold til ord relateret til sundhed, og følgende to udsagn er eksempler på dette:

Interviewer: *Ja. Øhm hvis nu jeg siger ordet sundhed, hvad får det så dig til at tænke på?*

Interviewperson 11: *Jeg tænker på gulerødder, øh to timer løbetur hver dag.*

...

Interviewer: *Ja. Er det er det vigtigt at være sund?*

Interviewperson 11: *Ja fordi ellers hvis sådan at, jeg ved ikke hvordan jeg skal forklare det.*

Interviewer: *Kan du prøve?*

Interviewperson 11: *Øh det ved jeg ikke.*

(Bilag L, 122)

Analytisk set fremhæver udsagnene, at Interviewperson 11 ud fra hans sproglige sundhedsrepertoire har en lav kulturel sundhedskapital. Ud fra ovenstående to eksempler med Interviewperson 7 og 11 er der ikke overensstemmelse mellem mødrenes sundhedsfaglige uddannelse og børnenes ordforråd relateret til sundhed. Hertil skal det nævnes, at vi har analyseret Interviewperson 11 og hans familie

som værende højt positioneret i det sociale rum samt Interviewperson 7 og hendes familie som værende mellem positioneret. Derudover er Interviewperson 7 tilknyttet Nordsjællands Hospitals Overvægtslaboratoriet. Dette kan gøre, at hun analytisk set positionerer sig gennem en højere kulturel sundhedskapital.

I relation til ovenstående findes det væsentligt at pointere, at omfanget af det empiriske materiale i denne undertematik er begrænset, eftersom der kun er to interviewpersoner, der har forældre med en uddannelse inden for sundhed. Hertil fremtræder der ikke nogen tendenser i dette empiriske materiale, eftersom Interviewperson 7 og 11 har distinktiv mængde af kulturel sundhedskapital til trods for, at Interviewperson 11 analytisk set er positioneret højt og Interviewperson 7 fremanalyseret som mellem positioneret.

6.3.3. Øget viden om sundhed

Fire ud af tolv interviewpersoner er tilknyttet Nordsjællands Hospitals Overvægtslaboratoriet. Til-egnelsen af viden om sundhed kan gennem kontakt med Overvægtslaboratoriet øges, eftersom læ-gerne her oplyser om viden relateret til sundhed. Hertil kan nogle af de overvægtige børn og unge adskille sig fra dem, som ikke er tilknyttet Hillerød Overvægtslaboratoriet. Overvægtslaboratoriet kan være med til at forme og fremme børnene og de unges kulturelle sundhedskapital igennem op-lysning, og således kan statens udlægning af sundhed være virksomme i børnene og de unge. Ne-denstående udtalelse er et eksempel herpå:

Interviewperson 2: ... Der har de jo så sagt; det her må du ikke spise og det her må du spise, og ligesom forklaret...
(Bilag L, 45)

I relation til ovenstående bliver deres evne til at forstå og navigere inden for det sundhedsfaglige felt større gennem Overvægtslaboratoriets påvirkning. Mængden af kulturel sundhedskapital kan komme til udtryk gennem agenternes måde at forholde sig til sundhed på og hermed i deres sprogli-ge sundhedsrepertoire. Hertil kan trænerne i Jump4Fun fremme børnene og de unges kulturelle sundhedskapital ved at oplyse børnene omkring sundhed.

6.3.4. Delkonklusion

I ovenstående analyse har vi analytisk forsøgt at kategorisere de overvægtige børn og unge i relation til deres mængde af kulturel sundhedskapital. De overvægtige børn og unges mængde af kulturel

sundhedskapital er relateret til deres viden om sundhed samt de formuleringer og ord, de anvender. De højeste positionerede anvender i større grad sundhedsfaglige termer end de andre interviewpersoner. På baggrund af dette empiriske materiale afkræftes antagelsen omhandlede sammenhæng mellem de overvægtige børn og unges mængde af kulturel sundhedskapital i forhold til deres forældres sundhedsfaglige uddannelse.

Ovenstående sproglige sundhedsrepertoire der relaterer sig til kulturel sundhedskapital blandt overvægtig børn og unge kan have betydning for, hvordan deres investering i Larsens udlægning af sundhedskapitalen fremtræder, samt hvordan de konstruerer sundhed. Hertil forventningen til de overvægtige børn og unges investeringsarbejde i deres egen sundhed og fremtræden. Ud fra vores empiriske materiale fremstår der blandt overvægtige børn og unge ulighed i sundhed, eftersom tendensen er, at de har et forskelligt ordforråd og viden relateret til sundhed.

6.4. Strukturerede sundhedskonstruktioner

I interviewene blev de overvægtige børn og unge bedt om at forklare, hvad sundhed fik dem til at tænke på, hvad det ville sige at være sund samt om det var vigtigt at være sund. Dette afsnit tager sit udgangspunkt i disse tre spørgsmål, eftersom der gennem det empiriske materiale fremtræder ligheder og distinktioner i relation hertil. Gennem fokus på disse tre spørgsmål forsøger vi at fremskrive, hvordan overvægtige børn og unges konstruerer sundhed. Hertil forventer vi, at agenternes position i det sociale rum analytisk strukturerer deres konstruktion af sundhed.

6.4.1. Kost og motion som fremtrædende faktorer

Der er flere fremtrædende aspekter i relation til overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner, men fælles for de overvægtige børn og unge er, at de udtaler sig om KRAM-faktorerne kost og motion. Lighederne i de overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner kan ud fra analyserammen begrundes med, at staten ifølge Bourdieu er medvirkende til at indprente nogle fælles opfattelser i forhold til sundhed hos agenterne. Inden for hver af de fire KRAM-faktorer figurere statslige normative anbefalinger, som er udstedet af Statens Institut for Folkesundhed, men formidlet til befolkningen gennem Sundhedsstyrelsen. To af disse KRAM-faktorer er fremtrædende i det empiriske materiale, hvilket er bemærkelsesværdigt.

Til trods for at de fleste af de overvægtige børn og unge nævner kost og motion, adskiller de sig samtidig fra hinanden i relation til deres sproglige sundhedsrepertoire og hermed kulturelle sundhedskapital. Forskellene i deres sundhedsopfattelser kan forklares ud fra de overvægtige børn og unges mængde af kulturel sundhedskapital. Interviewperson 1, 2, 4, 5, 7 og 11 referere til ord som *"salat"*, *"grøntsager"*, *"gulerødder"* og *"grønt"*. Modsat nævner Interviewperson 3, 8 og 9 det at *"spise sundt"* og Interviewperson 10 adskiller sig ved slet ikke at nævne kost. Der forekommer ligheder i Interviewpersonerne 3, 8 og 9's sundhedskonstruktioner i relation til kost, da deres blik på sundhed hertil konstrueres gennem det at spise sundt og ikke på specifikke fødevarer.

I forhold til motion fremtræder der ligeledes distinktioner, da Interviewperson 5, 10 og 11 skildrer det som *"sport"*, *"løbetur"* og *"løbe rundt"*. Dette står i modsætning til Interviewperson 1, 3, 8 og 9, der anvender ord som *"motion"*, *"muskler"* og *"at holde sig i form"*. Interviewperson 4 adskiller sig, eftersom han ikke nævner motion. Hertil er der forskel i de overvægtige børn og unges sproglige sundhedsrepertoire og dermed en forskel i deres mængde af kulturelle sundhedskapital.

I relation til objektive strukturer som køn, alder samt hvor lang tid de overvægtige børn og unge har gået til Jump4Fun optræder der ikke nogle tydelige mønstre. Et eksempel på dette er angående køn, eftersom både drengene og pigerne tænker på specifikke fødevarer, når de bliver spurgt om, hvad ordet sundhed får dem til at tænke på.

De overvægtige børn og unge har det til fælles, at de i deres fritid går til Jump4Fun, og dette kan have indflydelse på deres sundhedskonstruktioner. De overvægtige børn og unge kan formes gennem nye og ændrede strukturer, og Jump4fun kan derfor være medvirkende til at konstruere børnene og de unges sundhedskonstruktioner. Hertil inddrages habitus, der kan siges at være foranderlig, da de overvægtige børn og unge igennem Jump4fun får nye erfaringer, der kan være medvirkende til at forstærke eller forandre børnenes og de unges sundhedskonstruktioner. De overvægtige børn og unge vil igennem deres opvækst blive præget og formet, og dermed have forskellig habitus og forskellige positioner i det sociale rum. Dette på baggrund af deres forældres position i det sociale rum. De overvægtige børn og unges opvækstbetingelser vil dermed analytisk set altid sætte aftryk og være virksomme gennem hele deres liv, hvortil der er distinktioner i de overvægtige børn og unges sundhedskonstruktioner.

6.4.2. Sundhedskonstruktioner som er distinktive fra kost og motion

I et enkelt af de overvægtige børn og unges svar fremtræder også, at sundhed forbindes med at fremtræde som tynd:

Interviewer: Hvis jeg siger ordet sundhed, hvad får det så dig til at tænke på?

Interviewperson 6: Øhm jeg kommer til at tænke på tynd

Interviewer: Ja, hvorfor tynd?

Interviewperson 6: Fordi at når man har sundhed, så spiser man jo rigtig mange ting, altså sunde ting og går ud og løber og alt muligt, også tænker jeg at man bliver tynd af det.

(Bilag L, 79)

Interviewperson 6 associerer sundhed med at være tynd og har dermed fokus på et synligt kendetegn. Dette kan relateres til tidligere erfaringer, der er med til at præge hendes habitus. Forklares hendes sundhedskonstruktion som værende habituel bliver denne til i relationen mellem hendes ressourcer for sundhedsadfærd (kropsligt) i det sociale rum og i forbindelse med statens sundhedsdiskurs og samfundsmæssige strukturer for sundhed. Overvægt kan fungere som et stigma i sin kropslige form, der skaber opmærksomhed, som kan resultere i social afvisning. At Interviewperson

6 er overvægtig kan dermed være medvirkende til, at hun værdisætter oppositionen hertil og fokuserer på det at være tynd. Makroniveauet kan være bestemmende for, hvornår agenter er normale eller ikke er det, og disse kategorier, som agenter inddeles i, har betydning for, hvordan interaktioner på mikroniveau kan udspilles. Hertil har staten indprentet nogle fælles opfattelser, såsom sundhed som værende et positivt ladet fænomen, og overvægtig som værende et negativt, der kan associeres til at være usund.

For enkelte interviewpersoner sættes det at have det godt med sig selv i association med sundhed:

Interviewer: Ja. Hvad vil det sige at være sund?

Interviewperson 7: Øhm at man lever sundt og har det godt fordi jeg vil i hvert fald sige, at jeg har fået bedre humør af at leve sundt.

(Bilag L, 89)

Ovenstående fremhæver, at Interviewperson 7 bruger egne erfaringer i forhold til, hvad det vil sige at være sund. Interviewperson 7 oplever, at hun er blevet i bedre humør, efter hun er begyndt at leve sundt, og dermed har hun erfaring med at leve sundere og herved opnåelsen af et bedre humør været medvirkende til at ændre hendes sundhedskonstruktion. I relation til dette udtaler Interviewperson 12 følgende:

Interviewer: Ja, er det vigtigt at være sund?

Interviewperson 12: ... ja og nej afhængig af om man har det godt med sig selv

Interviewer: mm, kan du sige lidt mere om det?

Interviewperson 12: Altså sådan, hvis man selv synes man har en grim krop og er for tyk eller et eller andet, så har man så er man vel ikke sund i forhold til en selv

Interviewer: mm

Interviewperson 12: Men hvis man selv synes, det er fint nok, så er man vel sund nok i forhold til en selv.

(Bilag L, 128)

Interviewperson 12 fremhæver, at sundhed ikke blot handler om ens fysiske fremtræden, men i høj grad om, hvordan agenten har det med sig selv. Derudover har Interviewperson 12 som den eneste fokus på, at det at være sund bidrager til, at kroppen holdes ved lige, hvilket nedenstående indikerer:

At være sund det vil vel sige at man har en sådan tilpas krop og man sådan følger nogle råd eller at man laver noget god mad og ikke spiser junkfood hver dag og træner og løber en gang imellem og sådan prøver på at holde sin krop ved lige.

(Bilag L, 127)

Ud fra udsagnene ligger de overvægtige børn og unge vægt på forskellige faktorer i deres konstruktion af sundhed, grundet deres differentierede habitus. De overvægtige børn og unges differentierede habitus kan forklares ud fra deres forskellige opvækstvilkår, da de er forskelligt positioneret i det sociale rum. Hertil vil de overvægtige børn og unge være præget af forskellige erfaringer, kapitalressourcer og viden. Forskelle i habitus kan hermed relateres til social ulighed i sundhed.

6.4.3. Delkonklusion

I forhold til ovenstående analyse fremgår et mønster i det empiriske materiale i og med, at KRAM-faktorerne er virksomme i de overvægtige børn og unges konstruktioner af sundhed, eftersom de udtaler sig om kost og motion. Dette kan analytisk forklares med, at staten er medvirkende til at indprente nogle fælles opfattelser i forhold til sundhed. Hertil er der forskel i de overvægtige børn og unges sproglige sundhedsrepertoire, og de adskiller sig dermed igennem deres kulturelle sundhedskapital. Enkelte i det empiriske materiale betoner også det at være i godt humør og have det godt med sig selv i relation til deres konstruktion af sundhed. Denne distinktion i sundhedskonstruktionerne og mængden af kulturel sundhedskapital kan analytisk forklares med forskelle i agenternes habitus, som vi har relateret til deres sociale baggrund. I dette empiriske materiale er vores forventning, om hvorvidt agenternes position i det sociale rum strukturerer deres konstruktion af sundhed blevet bekræftet. Dette på baggrund af, at ingen af de overvægtige børn og unge, som vi analytisk har karakteriseret som værende lavt positioneret, konstruerer sundhed som afvigende fra KRAM-faktorerne kost og motion.

6.5. Opvækstbetingelser i relation til kulturel sundhedskapital og sundhedskapital

De overvægtige børn og unge har et valg, men væsentlige valg bliver i et Bourdieusk perspektiv ikke foretaget af de overvægtige børn og unge selv, da de er underlagt nogle vilkår, som ikke kan vælges. Hertil er fokus på hvilken betydning opvækstbetingelser herunder habitus kan have for overvægtige børn og unges mængde af kulturel sundhedskapital og deres investering i sundhedskapitalen.

6.5.1. En overvægtig forælder som opvækstvilkår

Gennem besøg på Jump4fun hold fremtrådte et mønster blandt børnenes og de unges forældre, og dette mønster var, at største delen af forældrene var overvægtige. Dette findes interessant i henhold til rapporten *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge* (Motions- og Ernæringsrådets 2007), da børn og unges risiko for overvægt er mere end fordoblet, hvis deres forældre er overvægtige. Eksempelvis observerede vi, at alle forældre var overvægtige i Ledøje Smørums Gymnastik forening og Helsingør Judoklub. Samtidig fremstod det gennem nogle af interviewpersonernes udsagn, at de anså deres forældre som overvægtige. Dette stemmer samtidig overens med datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor 53,3 procent af respondenterne har en BMI, hvor de kategoriseres som overvægtige, og 26,7 procent hører ind under betegnelsen fedme (Figur 4, 55).

At overvægtige børn og unge har overvægtige forældre kan analytisk set forklares med begrebet habitus. Bourdieu beskriver habitus som værende et sæt af erhvervede handlingsskemaer, præferencer og principper til brug i anskuelsen af verden. På den måde vil forskellige opvækstvilkår blandt overvægtige børn og unge skabe forskellige vilkår for internalisering af de objektive strukturer. Hertil bliver de overvægtige børn og unge i besiddelse af forskellige kapitaler, som videre skaber forskellige vilkår for adgang til og deltagelse i forskellige felter. De overvægtige børn og unge vil analytisk set være præget af forskellige erfaringer, kapitalressourcer og viden, som kan få indflydelse på deres kulturelle sundhedskapital samt deres mulighed for at investerer i sundhedskapitalen.

Denne tendens som fremtræder i det empiriske materiale sættes i relation til forsøgsvisse fund, som er fremanalyseret fra undersøgelsen; *Vægt og kapital* (Christensen 2011). Analyserne fra undersøgelsen tyder på en sammenhæng mellem vægt og kapital. I relation til økonomisk kapital indikerer undersøgelsen, at børn hvis forældre har høj økonomisk kapital i gennemsnit har en lavere vægt og

lavere sandsynlighed for overvægt og fedme. Samtidig vejer agenter med høj kulturel kapital i gennemsnitligt mindre samt spiser sundere og motionerer mere end agenter med lav kulturel kapital.

Vi har tidligere fremanalyseret, at de overvægtige børn og unge i dette empiriske materiale er forskelligt positioneret i det sociale rum. Hertil gør vi brug af datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor vi har sat forældrenes uddannelsesbaggrund og indkomst i relation til BMI for at se, om der dannede sig et mønster for at sætte vores empiriske i forhold til analytiske fund fra undersøgelsen *Vægt og Kapital* (Ibid.). Ud fra spørgeskemaundersøgelsens datamateriale danner der sig ikke noget entydigt mønster i forhold til BMI og kapital. Det skal dog nævnes, at undersøgelsen *Vægt og Kapital* (Ibid.) er baseret på cirka 2000 husholdninger modsat vores responser, som indebærer besvarelser fra 30 forældre, og dette kan være grund til, at der ikke fremtræder et mønster.

6.5.2. Opvækstens indflydelse på overvægtige børn og unge

En række betingelser udspringer af den familie børnene og de unge er opvokset i, og dette kan have indflydelse på forståelse af sundhedsviden herunder kulturel sundhedskapital samt investering i sundhedskapitalen.

Alle interviewpersonerne har fælles træk, som er, at de er bosat og går i skole i Nordsjælland. Analytisk set giver dette børnene og de unge nogle bestemte ressourcer i forhold til sundhedskapitalen som en oparbejdet ressource, heriblandt materielt, institutionelt og kropsligt. I relation til sundhedskapitalen i dens institutionaliserede form har børnene og de unge grundlæggende en række fælles ressourcer, fordi de alle sammen er under 18 år. Hertil eksisterer der sundhedsydelser, som står til rådighed for alle skolebørn uanset social baggrund, hvilket eksempelvis er indskolings- og udskolingsundersøgelser ved praktiserende læge samt sundhedssamtaler (Sundhedsstyrelsen 2007, 28). Desuden kan nævnes, at grundet interviewpersonernes alder er tandlæge besøg gratis (Sundhed.dk 2012). Ovenstående indikerer, at den danske velfærdsstat kan siges at have skabt en fælles sundhedskapital, fordi den har opstillet en række fælles ressourcer, som dens agenter har mulighed for at benytte.

Analytisk set vil de overvægtige børn og unges habitus og deres sociale baggrund have indflydelse på, hvordan de forstår og forhandler sundhed. Nedenfor tydeliggøres dette:

Interviewperson 7: Min far han er sådan lidt, ham handler jeg ikke rigtig med fordi han vil sådan; ah vi kan godt lige tage det der.

Interviewer: Så du vælger bevidst kun at handle med din mor, fordi så ved du at det er lettere?

Interviewperson 7: Ja det er sådan lidt lettere.

Interviewer: Så det er hele familien, der har lagt jeres kostvaner om?

Interviewperson 7: Jah (griner), altså min far han er stadig sådan lidt slem til at gøre det nogle gange så.

(Bilag L, 91)

Interviewperson 7, som vi analytisk har kategoriseret som mellem positioneret med en høj kulturel sundhedskapital i relation til de andre overvægtige børn og unge i dette empiriske materiale, fortæller i ovenstående, at hun vælger ikke at handle ind med sin far. I forlængelse af dette inddrages Interviewperson 6, idet hun også udtaler sig om, at hendes mor er mere sundhedsbevidst end hendes far:

Interviewer: Ja okay, hvis du skulle sådan fortælle hvem har så ansvaret for at du har sunde vaner?

Interviewperson 6: Min mor

Interviewer: Din mor ja,

Interviewperson 6: Ikke min far

Interviewer: Hvorfor ikke din far?

Interviewperson 6: Fordi at han kan servere alt lige fra fed sovs til flæskesteg med dobbelt så meget fedt og alt muligt

Interviewer: Okay, så din mor igen, fordi at hun servere nogle sunde ting?

Interviewperson 6: Ja

(Bilag L, 83)

Interviewperson 11, der er fremanalyseret som værende højt positioneret, udtaler nedenfor, hvorfor hans forældre har ansvaret for hans sundhed:

Interviewer: Nej så hvem har sådan ansvaret for, at du er sund?

Interviewperson 11: Nååh det har min mor og far.

Interviewer: Ja. Hvorfor har de ansvaret for det?

Interviewperson 11: Fordi De vil gerne have jeg taber mig og ikke spiser for meget og sådan noget.

(Bilag L, 123-124)

Det fremstår ud fra ovenstående, at Interviewperson 11 har sociale ressourcer til rådighed i hans familien, som gør, at han analytisk set har mulighed for at investere i sundhedskapitalen. Interviewperson 11 opnår gennem sin familie støtte og opbakning, fordi forældrene gerne vil have, at han taber sig. Hos interviewperson 3, gør dette gør sig også gældende:

Interviewer: *Hvordan vil du sådan beskrive din families sundhed?*

Interviewperson 3: *De er meget sunde, faktisk. Vi dyrker alle sammen motion*
(Bilag L, 51)

Nedenfor udtaler Interviewperson 8 sig om, hvorfor hans mor er sund:

Hun spiser sådan, det er hende der lavede den der regel med at vi kun fik slik om fredagen, hun laver altid grøntsager til aftensmad og sådan noget og ikke sådan noget pasta og kartofler, bare kød og grøntsager.
(Bilag L, 101)

Interviewperson 8 er fremanalyseret som værende lavt positioneret i det sociale rum. Denne analyse er foretaget på baggrund af hans mor og fars fremanalyserede samlede kapitalmængde og ikke hver for sig, selvom de er skilt. Kigges der individuelt på moren, kategoriseres hun som værende mellem positioneret, eftersom hun har et job og bor i et stort hus, og Interviewperson 8 har vi fremanalyseret, som værende en af de agenter med den laveste kulturelle sundhedskapital. Ovenstående tyder på, at moren til Interviewperson 8 er opmærksom på at få inkorporeret grøntsager i familiens aftensmad. Derudover er det hans mor, der har bestemt, at han kun om fredagen må indtage slik. Hertil fremgår det analytisk set, at Interviewperson 8 får støtte fra hans mor i at investere i hans sundhedskapital. Relationel tænkning er fremtrædende i ovenstående, eftersom der er forskel på, hvorvidt vi analyserer Interviewperson 8 i relation til begge hans forældre eller blot analyserer på den forældre, som han bor hos. Interviewperson 8's position i det sociale rum ændres ud fra hvilken relation, vi tilknytter ham til.

Nedenfor fortæller Interviewperson 12, at hans familie altid har gået op i at være sunde:

Interviewer: *Tænker du meget over at være sund?*

Interviewperson 12: *Nej, ikke rigtig, det er bare noget jeg har vænnet mig til*

Interviewer: *mm, er det noget du har vænnet dig til efter du har startet til Jump4Fun eller?*

Interviewperson 12: *Det er noget vi altid er gået meget op i i vores familie.*
(Bilag L, 128)

Interviewperson 12 familie har vi kategoriseret som mellem positioneret i det sociale rum i relation til de andre agenter. Derudover har vi fremanalyseret Interviewperson 12 som værende en af de overvægtige børn og unge med den højeste kulturelle sundhedskapital indenfor dette empiriske materiale. Der fremtræder således en overensstemmelse mellem Interviewperson 12's kulturelle sundhedskapital, og at han udtaler sig om, at familien altid har gået op i sundhed.

I et feltnotat udtaler moren til Interviewperson 4 og 5 sig følgende: ”*Jeg kan jo ikke se, at mine drenge er overvægtige*” (Bilag I, 26). Hertil gør vi brug af datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen, som moren til Interviewperson 4 og 5 har besvaret for at danne et billede af deres opvækstvilkår. Moren har en BMI på 33,85 og kategoriseres som fed ifølge BMI inddelingen (Sundhedsstyrelsen A 2009). Derudover betegner hun selv husstandens sundhedstilstand som værende meget god og deres kostvaner som sunde. Ved at bryde med morens selvforståelse og sætte hendes svar fra spørgeskemaundersøgelsen i relation til positionering, kan moren analytisk set forsøge at positionere sig gennem, at hendes familie lever efter de normative anbefalinger for sund adfærd, som er udstedet af Sundhedsstyrelsen. Moren nævner samtidig, at hun gerne vil ændre kostvaner og hertil er der diskrepans mellem morens svar og i praksis. Dette kan have betydning for Interviewperson 4 og 5, eftersom det analytisk set kan være vanskeligt for dem at investere i deres sundhedskapital, når betingelserne er, at deres mor lukker øjnene for deres overvægt.

Analytisk set vil overvægtige børn og unge have en tendens til af egen fri vilje at vælge det, de er disponeret til, når det for eksempel omhandler sundhed. Børnene og de unges dispositioner bliver skabt af deres opvækstbetingelser og det specifikke miljø, de agere i. I relation til sundhedskapitalen er det ikke agenternes frie valg at investere i sundhedskapitalen, men de har et mulighedsfelt i relation til deres ressourcer. Overvægtige børn og unge kan have tendens til at reproducere deres forældres sundhedsadfærd, og hertil kan årsagen findes i habitus.

6.5.3. Delkonklusion

Forstås investering i sundhedskapital og kulturel sundhedskapital som noget habituel, er der flere aspekter, som spiller ind. Først og fremmest vil de overvægtige børn og unges habitus relateret til sundhed analytisk set være præget af forskellige handlingsskemaer, erfaringer, mængde af kapitaler samt viden. Dette kan få indflydelse på deres kulturelle sundhedskapital samt deres mulighed for at investere i sundhedskapitalen. Habitus i forbindelse med sundhedsadfærd bliver til mellem mulighedsbetingelserne inkorporeret i de overvægtige børn og unges kroppe herunder deres opvækstvilkår og deres position i det sociale rum. Hertil er de overvægtige børn og unge distinktive fra hinanden, eftersom de er forskelligt positioneret i det sociale rum og har forskellige mulighedsbetingelser. Dog er de overvægtige børn og unge underlagt nogle samfundsmæssige ressourcer som gør, at de også inden for den institutionelle form for sundhedskapital har noget til fælles.

6.6. Sociale relationers betydning for investering i sundhedskapitalen

I det følgende afsnit vil fokus være på, hvilken betydning de overvægtige børn og unges sociale netværk har i relation til deres mulighed for at investere i sundhedskapitalen og muligheden for at forbedre deres position i det sociale rum. Hertil vil de overvægtige børn og unges mængde af sociale kapital fremanalyseres ud fra børnene og unges egne udsagn. Ud fra et prakseologisk blik skal det pointeres, at børnene og de unges mængder af social kapital er kategoriseret ud fra deres indbyrdes relationer til hinanden og ikke i forhold til det sociale rum, hvor de analytisk set nok ville fremstå med en anden mængde social kapital.

6.6.1. De overvægtige børn og unges sociale kapital

I det empiriske materiale blev de overvægtige børn og unge spurgt ind til deres sociale relationer, og hertil vil mængden af social kapital fremanalyseres. Det findes væsentligt at pointere, at kategoriseringen af lav, mellem og høj er i relation til de andre interviewpersoner i det empiriske materiale. Kategoriseringen sker på baggrund af det empiriske materiale og fokus er på børnene og de unges udtalelser omhandlende venner, fritidsaktiviteter, om de har oplevet at være uden for fællesskabet samt hvorvidt de føler de sig alene.

Af de overvægtige børn og unge, der analytisk set har en lav mængde af social kapital i forhold til de andre interviewpersoner kan nævnes; Interviewperson 4, 5 og 7. Fælles for disse tre er, at de ifølge dem selv har få venner og dermed også sjældent har venner med hjemme. Både Interviewperson 5 og 7 udtaler, at de bliver drillet af deres klassekammerater. At Interviewperson 4 har få sociale relationer tydeliggøres i følgende feltnotat, hvor moren til Interviewperson 4 udtaler; ”*Interviewperson 4 går på en specielskole med kun 6 elever i klassen pga. problemer med at læse*” (Bilag I, 27). Hertil tolker moren, at det er derfor, at Interviewperson 4 ikke har et stort sociale netværk at trække på.

De mellem positionerede i forhold til social kapital er analytisk set Interviewperson 2, 6, 10 og 11. Dette er blevet fremanalysert på baggrund af, at de flere gange nævner klassekammerater og venner, at de nogle gange har venner med hjemme, og at de sjældent føler sig uden for fællesskabet. Hertil går Interviewperson 2 til to forskellige Jump4fun hold, hvortil hun analytisk set har en større mængde social kapital, da hendes netværk herigennem bliver større. Interviewperson 6 udtrykker i nedenstående, at hun har venner udenfor Jump4fun:

Og jeg har også fået lidt flere venner end det jeg normalt havde.
(Bilag L, 79)

I forhold til høj mængde af social kapital kan nævnes Interviewperson 1, 3, 8, 9 og 12. Disse nævner undervejs i interviewene mange venner, at de aldrig føler sig alene og ikke bliver drillet. Interviewperson 8 udtrykker eksempelvis nedenfor, at han aldrig føler sig udenfor eller alene:

Interviewer: *Okay, ja. Har du nogen sinde følt dig udenfor?*

Interviewperson 8: *Nej*

Interviewer: *Nej, har du nogen sinde følt dig alene?*

Interviewperson 8: *Øh nej*

(Bilag L, 102)

Vi finder det væsentligt at kategorisere de overvægtige børn og unges mængde af social kapital i forhold til hinanden, da der ifølge undersøgelsen *Ulighed i børn og unges sundhed - set i lyet af social kapital* (Jensen et al. 2007) er sammenhæng mellem børnene og de unges handlinger og deres sociale forhold. I forhold til sundhedskapitalen kan agentens relationer være medvirkende til støtte og opbakning og kan dermed have betydning for, hvor den enkeltes investering i sundhedskapitalen.

6.6.2. Relation som redskab til investering i sundhedskapitalen

Mængden af social kapital kan have betydning for overvægtige børn og unges mulighed for investering i sundhedskapitalen. Lav mængde af social kapital kan være medvirkende til begrænset støtte og opbakning. Det findes relevant at fokusere på de overvægtige børn og unges sociale relationer, da Sundhedsstyrelsens temarapport om børn og overvægt (Sundhedsstyrelsen 2010) viser, at overvægtige børn oftere føler sig ensomme. Hertil viser rapporten, at hver fjerde barn føler sig ”af og til” eller ”ofte” ensomme. Analytisk set kan det være svært at investere i sundhedskapitalen, hvis børnene og de unge er ensomme og ikke har et stærkt netværk, der kan støtte dem i deres investering i sundhedskapitalen.

I forhold til vigtigheden af relationer inddrages Interviewperson 5 og 7, som vi har fremanalyseret til at besidde en lav mængde af social kapital i relation til de andre overvægtige børn og unge i dette empiriske materiale. Nedenfor fortæller Interviewperson 5 og 7, hvorfor de går til Jump4Fun:

Interviewperson 5: *Det er det der, man får mange venner af det.*
(Bilag L, 66)

Interviewperson 7: *Altså på grund af at tabe mig og så får jeg også flere venner.*

(Bilag L, 88)

Jump4fun kan analytisk set være et netværk, hvor de overvægtige børn og unges sociale relationer styrkes. Det empiriske materiale indikerer, at det ikke kun er interviewpersonernes nye jævnaldrende venskaber, der styrker relationer og dermed mængden af social kapital. Flere af de overvægtige børn og unge nævner også deres Jump4Fun træner, hvilket nedenstående citater tydeliggøre:

Interviewer: *Sådan hvem påvirker at du f.eks. har lyst til at spise sund kost og bevæge dig, hvem er det der har påvirket dig til det?*

Interviewperson 3: *Det er nok XX (Jump4fun træner)*

Interviewer: *Jeres træner?*

Interviewperson 3: *Ja XX (Jump4fun træner)*

Interviewer: *På hvilken måde?*

Interviewperson 3: *Bare hvordan han snakker om sundhed og sådan noget, det giver egentlig meget inspiration.*

(Bilag L, 53)

Interviewer: *Ja. Hvem har mest indflydelse på dig i forhold til sundhed?*

Interviewperson 7: *Så er det nok XX (Jump4fun træner) og...*

Interviewer: *Jeres træner?*

Interviewperson 7: *Ja. Og så XX (Kontaktperson i Jump4fun) og de der hospitalslæger og så min mor selvfølgelig.*

(Bilag L, 92)

Analytisk indikerer ovenstående, at bevæggrunde for investering i sundhedskapitalen hos Interviewperson 3 og 7 øges af deres trænere. Interviewperson 3 nævner, at træneren snakker omkring sundhed med holdet og dermed styrkes de overvægtige børn og unges kulturelle sundhedskapital. Dette kan analytisk set være medvirkende til, at de overvægtige børn og unge finder det værd at investere i sundhedskapitalen.

Netværkets betydning for de overvægtige børn og unges investering i sundhedskapitalen tydeliggøres i nedenstående:

Interviewer: *Ja, hvem har mest indflydelse på dig i forhold til sundhed?*

Interviewperson 9: *Det er nok min bror*

Interviewer: *Ja, hvordan kan det være?*

Interviewperson 9: *...hvis han synes jeg dovner den for meget så kan vi godt finde på og sådan gå ned og lave nogle mavemuskler eller altså træne mavemuskler eller sådan lige lave armbøjninger eller sådan også nogen gange kan vi stå og lave sådan nogle planer over okay denne her uge der skal vi have det her mad også spørg vi vores forældre om vi må få det, det må vi næsten altid, men så planlægger vi det selv eller sådan til denne her uge, hvis der er en der spiser så laver vi sådan ligesom små væddemål om hvem der kan holde det og sådan noget.*

(Bilag L, 108-109)

Interviewperson 9 refererer til, at hendes bror styrker hendes investering i sundhedskapitalen ved selv at tage del i det. Dermed opnår Interviewperson 9 igennem hendes sociale relation til hendes bror støtte og opbakning til at investerer i sundhedskapitalen.

6.6.3. De sociale relationers påvirkning

I undersøgelsen *Social kapital og sundhed – analyser fra Nordjylland* (Region Nordjylland 2013) tenderede det til, at de unge kvinder i undersøgelsen, der var i alderen 14-16 år blev påvirket af familie, venner og medier i forhold til deres sundhedsvaner og opfattelser. Samtidig konkluderede undersøgelsen, at de unge kvinder opretholdt deres usunde vaner via omgangen med deres venner og familier.

I det empiriske materiale fremgik det ligeledes, at nogle af de overvægtige børn og unges omgangskreds var af betydning:

Interviewperson 10: ... Men faktisk også ens omkreds de skal også være sundt hvis man kan sige det sådan, fordi hvis du render rundt i en omkreds hvor der ikke er så sundt så bliver du også påvirket af dem selvom du ikke føler du bliver påvirket så bliver du påvirket.

Interviewer: Ja hvordan bliver du påvirket af din omkreds?

Interviewperson 10: Altså f.eks. sundhed har jo også noget med skadelsen af kroppen at gøre, f.eks. hvis de går hen og ryger så kommer du så også til det fordi enten bliver du passiv ryger eller så bliver du bare normal ryger. Men hvis de nu ud og spise hver eneste dag, for ikke at være outsider hvis man kan sige det sådan, så går du også med ud og spiser.

(Bilag L, 116)

Interviewperson 10 giver udtryk for, at hendes omgangskreds kan påvirke hende i og med, at hendes venner kan være medvirkende til, at agenten opretholder den usunde livsstil. Dette begrundes hun med, at hvis hun ikke ønsker at tage del i den usunde livsstil, så vil hun ikke være en del af fællesskabet og dermed blive en ”outsider”. Interviewperson 9 udtaler sig ligeledes om denne indflydelse:

Interviewer: Så du spiser sådan meget i weekenden eller hvordan eller lidt eller sådan?

Interviewperson 9: Na jeg altså, det er sjældent jeg sådan har lyst til det fordi jeg sådan på et tidspunkt der spiste jeg ret meget slik så det er sådan, det er ligesom

ikke ligeså stort for mig mere, det er mere når jeg er sammen med venner og sådan noget jeg har lyst til at spise slik og...

(Bilag L, 107)

Ovenstående peger på, at de overvægtige børn og unges sociale relationer ikke altid fremstår som værende en ressource, der kan støtte dem. På trods af at Interviewperson 10 og 9 er blevet fremanalyseret som værende henholdsvis mellem og højt positionerede i forhold til mængden af social kapital, kan denne mængde have en negativ indflydelse. De overvægtige børn og unges sociale relationer kan begrænse deres investering i sundhedskapitalen ved at påvirke dem negativt og i retningen af en usund livsstil. De overvægtige børn og unges forældre kan ligeledes påvirke dem negativt og begrænse dem i deres investering i sundhedskapitalen.

De overvægtige børn og unges position i det sociale rum kan analytisk set have betydning for, hvorvidt de underlægger sig feltets doxa omkring denne hyggekultur³ Interviewperson 10 og 9 refererer til, hvor der i sociale henseender skal spises. Hertil inddrages et citat af Interviewperson 8:

Interviewperson 8: *Øh når jeg f.eks. hvis jeg nu øh en af mine venner spørg om jeg vil have øh noget sødt eller sådan noget, så takker jeg nej også ligesom lad være med at spise det...*

(Bilag L, 99)

Interviewperson 8 indikerer i ovenstående, at han ikke bliver påvirket af hans venner, hvilket analytisk set kan relateres til den måde, han igennem hans mængde af social kapital positionerer sig på i det sociale rum. De overvægtige børn og unges fremanalyserede mængde af social kapital er sat i relation til de andre interviewpersoner og er dermed gældende i denne konkrete kontekst, og dermed kan deres mængde i det sociale rum være anderledes.

6.6.4. Delkonklusion

I ovenstående analyse er de overvægtige børn og unge analytisk forskelligt positioneret i forhold til deres mængde af social kapital. Børnene og de unges mængde af social kapital er væsentligt i forhold til sundhedskapitalen, da agentens relationer kan være medvirkende til støtte og opbakning og kan dermed have betydning for, hvor den enkeltes agent investering i sundhedskapital. Jump4fun kan analytisk set være et netværk, hvor de overvægtige børn og unges sociale relationer styrkes.

³ Ifølge en undersøgelse fra DTU Fødevarerinstitut forbindes det gode liv med hygge, hvor danskere spiser slik og kage og dyrker mindre motion. Forældre relaterer hygge-kulturen til bestemte usunde fødevarer, som de overfører til deres børn (Danmarks Tekniske Universitet, 2011).

Hertil kan trænerne til Jump4fun styrke de overvægtige børn og unges kulturelle sundhedskapital og dermed analytisk set være medvirkende til, at de overvægtige børn og unge finder det værd at investere i sundhedskapitalen. De overvægtige børn og unges omgangskreds kan samtidig påvirke dem negativt, da venner kan være medvirkende til en opretholdelse af en usund livsstil.

6.7. Forældrenes ligheder og forskelle

I det følgende afsnit vil forældre til overvægtige børn og unges ligheder og forskelle forsøges kortlagt. Hertil vil fokus være på forældrenes kapitalsammensætning i forhold til de ressourcer forældrene er i besiddelse af. I forhold til at kortlægge fælles mønstre og distinktioner blandt forældrene inddrages spørgeskemaundersøgelsen som 30 forældre besvarede, og dermed vil deres fælles mønstre og distinktioner blot fremtræde som tendenser. I relation til dette er der ikke kun fokus på forældrene til de 12 interviewpersoner, men et overordnet mønster til forældre, der har et barn, som går til Jump4fun.

6.7.1. Forældrerens selv vurderede sundhedstilstand

Forældrenes sundhedstilstand kortlægges ud fra deres egen vurdering heraf (Figur 7, 56) samt deres BMI i relation til deres selvangivne højde og vægt (Figur 4, 55). Størstedelen af forældrene vurderer husstandens sundhedstilstand som værende god (64%). I forhold til eget helbred (Figur 8, 56) er der 12%, der mener, at deres helbred er mindre godt, de resterende mener, at deres helbred er henholdsvis godt (52%), vældig godt (28%) og fremragende (8%). Denne selv vurdering af egen sundhed kan ikke relateres til forældrenes BMI, da dette viser et mønster af, at forældrene til de overvægtige børn og unge også selv er overvægtige. En stor del af forældrene kan ud fra BMI kategoriseres som værende overvægtige (53,3%), mens en lille del kan kategoriseres som normalvægtige (16,7%). Herimellem er en andelen af forældre, der ligger i kategorien fedme (26,7%). I forhold til spørgeskemaundersøgelsens datamateriale fremtræder der ligheder der tendere til, at forældrene til de overvægtige børn og unge selv kan kategoriseres som overvægtige eller fede ud fra BMI. Dette stemmer overens med vores feltnotater, hvor vi ude på Jump4fun holdene iagttog, at en stor andel af forældrene var overvægtige (Bilag I, 25,27).

Sammenlignes denne gruppe af forældre med den danske befolkning ud fra undersøgelsen *Dan-skernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* (Sundhedsstyrelsen 2014) ses det, at andelen af forældre fra spørgeskemaundersøgelsen, der kan kategoriseres som værende overvægtige eller fede, er væsentligt højere. I alt var 47,4% af den voksne danske befolkning i 2013 overvægtige eller fede i sammenligning til forældrene i denne undersøgelse, hvortil i alt 80% af disse ligger i disse to kategorier. Forældrene til børn og unge, der går til Jump4fun, adskiller sig dermed markant fra den danske befolkning.

6.7.2. Forældrenes kapitalmængde og sammensætning

I det følgende analyseres, hvorvidt der i forældrenes kapitalsammensætninger og position i det sociale rum fremtræder nogle ligheder eller forskelle. I forhold til forældrenes mængde af kulturel kapital, henvises her til den viden, de besidder. Hertil vil fokus være på den institutionaliserede form af kulturel kapital, da der tages udgangspunkt i forældrenes højst fuldførte uddannelse (Figur 1, 54). Størstedelen af de forældre, der har besvaret spørgeskemaet har en mellemlang videregående uddannelse som højst afsluttet (52%). Herefter er det erhvervsfaglig uddannelse (16%) og lang videregående uddannelse (12%). Forældrene kan i forhold hertil analytisk set siges primært at være mellem positioneret i det sociale rum i forhold til deres kulturelle kapital. I relation til de interviewede børn og unges udsagn omhandlende deres forældres uddannelsesbaggrund fremanalyserede vi ligeledes dette mønster.

Sættes forældrenes job i relation til sundhed ses det, at fire af forældrene arbejder inden for sundhedsområdet, hvortil der kan nævnes sygeplejerske, laborant samt social og sundhedshjælper. Ud fra et prakselogisk blik, fokuseres der på forældrenes skiftende relationer i forhold til deres position i det sociale rum. Ud fra den objektive struktur; jobfunktion kan de fire ovenstående forældre siges at være højere positioneret i sundhedsfeltet i relation til de andre forældre, men dette gør sig ikke gældende i det sociale rum, da disse professioner her er lavt positioneret. Dermed skifter disse forældre position alt efter, hvorvidt de ses i relation til de andre forældre eller i relation til det sociale rum.

Forældrene skulle i spørgeskemaet med egne ord beskrive hvilke rutiner, der holdt husstanden sund, hertil kan analyseres på forældrenes skriftlige sundhedsrepertoarer. Størstedelen af forældrene benyttede sig af ord som ”sund mad”, ”motion”, ”sund kost”, ”regelmæssige måltider” samt forskellige sportsaktiviteter som ”cykle”, ”løb” og ”gåture”. Hertil adskiller laboranten sig ved at skrive: ”forholdsvis fornuftigt mad og fokus på at blive mæt i det fornuftige og ikke tomme kalorier. Hele familien dyrker motion”. Dermed adskiller denne forældre sig i agentens kulturelle sundhedskapital i relation til de andre forældre i spørgeskemaundersøgelsen ved at anvende et ord som ”tomme kalorier” og ikke blot fokusere på, hvad de betegner som sund mad. Men eftersom ovenstående er det eneste tilfælde, fremtræder der ud fra datamaterialet ikke nogle ligheder i forhold til forældrenes kulturelle sundhedskapital i relation til uddannelse. Dette stemmer overens med analysen af børnene

og de unges sproglige sundhedsrepertoire, hvor der ingen mønstre fremgik i forhold til interviewpersonernes kulturelle sundhedskapital og forældrenes jobfunktion.

Forældrenes mængde af økonomisk kapital sættes i relation til husstandens samlede bruttoindkomst (Figur 3, 55) samt boligtype (Figur 2, 54). I forhold til husstandens samlede bruttoindkomst viser spørgeskemaundersøgelsen, at det er forskelligt fordelt, hvilket kan relateres til, at der er tale om husstanden og ikke den enkelte, der har besvaret spørgeskemaet. Dermed kan den enkeltes uddannelsesniveau ikke sættes op i mod bruttoindkomsten. Størstedelen af forældrene (30%) har ifølge bevarelsen af spørgeskemaet en samlet bruttoindkomst på mellem 800.000-1.000.000 kr. Dette indikerer en høj mængde af økonomisk kapital i relation til gennemsnittet for en dansk familie, der ifølge Danmarks Statistisk er 473.878 kr. (Bilag O: Danmarks Statistisk). Hertil er det væsentligt at pointere, at næsten samme svarprocent (26,7%) har valgt ikke at besvare spørgsmålet omhandlende husstanden samlede bruttoindkomst. Næsten halvdelen af forældrene bor i parcelhus (44%), mens den anden halvdel bor i enten i rækkehus (24%) eller lejlighed (28%). I relation til økonomisk kapital danner der sig ikke entydigt mønstre i forhold til forældrenes positionering i det sociale rum.

Forældrene blev i spørgeskemaet spurgt ind til deres social kapital i forhold til kontakt til andre mennesker (Tabel 1, 57), samt om de havde nogle at tale med, hvis de havde problemer eller brug for støtte (Figur 6, 56). Størstedelen af forældrene har ugentlig kontakt med familie, de ikke bor med (76%), venner (60%) samt kollegaer (68%). I forhold til kontakt med naboer og personer fra internettet er andelen mindre, for eksempel har kun 40% af forældrene ugentlig kontakt med naboer eller beboere i deres lokalområde. Ovenstående indikerer, at fælles for forældrene er, at de har en høj mængde af social kapital, da de har nogle stabile relationer i form af familie, venner og kolleger. Dermed har disse forældre en række ressourcer at trække på, som andre grupper ikke har. Dette stemmer overens med spørgsmålet omhandlende, hvorvidt de har nogle at tale med, hvortil hovedparten besvare med *ja, ofte* (68%). Undersøgelsen *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013* (Sundhedsstyrelsen 2014) har ligeledes haft fokus på danskernes sociale relationer, og hertil har forældrene i spørgeskemaet omtrent samme kontakt med familie som danskerne generelt. Hertil har forældrene lidt mindre kontakt med venner, men mere kontakt med kollegaer end danskerne generelt.

I forhold til forældrenes bopælskommune (Figur 5, 55), er størstedelen bosat i Egedal Kommune (30%). Ud fra Økonomi- og Indenrigsministeriets tal fra 2013, kan Egedal i relation til de andre nævnte kommuner kategoriseres som værende en ressourcestærk kommune ud fra faktorer omhand-

lende indkomst, uddannelse, ledighed samt forsørgelse. Udover Egedal kan Hillerød (16,7%) og Allerød (10%) også betegnes som værende ressourcestærke kommuner. Mens de mindre ressourcestærke er Helsingør (13,3%), Gribskov (6,7%) og Frederikssund (10%). I relation hertil kan en stor del af forældrene, der har besvaret spørgeskemaet, siges at komme fra en ressourcestærk kommune, mens de resterende kommer fra mindre ressourcestærke familier. Forældrene er som ovenstående indikerer bosat i forskellige kommuner, og dermed er der allerede en objektiv faktor, der afskillel forældrene.

6.7.4. Delkonklusion

Der tenderer nogle fælles mønstre og distinktioner blandt forældre i spørgeskemaundersøgelsen. Fælles er, at der fremtræder et mønster, der tenderer, at en stor del af forældrene kategoriseres under betegnelsen overvægtige eller fede ud fra BMI inddelingene. I relation til Bourdieus kapitalformer kan forældrene ud fra institutionaliserede form af kulturel kapital siges, at være mellem positioneret i det sociale rum. Forældrene har forskellige mængder af kulturel sundhedskapital i relation til uddannelse og jobfunktion. Grundet forældrenes distinktioner i kapitalmængde, vil deres kapitalsammensætninger ligeledes være forskellige. Nogle forældre har f.eks. mere økonomisk kapital end de andre forældre, og forældrenes kapitalsammensætninger vil derfor være distinktive fra hinanden. Hertil vil forældrene ud fra deres kapitalsammensætning kunne trække på forskellige ressourcer. Fælles for forældrene er, at de har en høj mængde af social kapital, da de har nogle stabile relationer i form af familie, venner og kolleger. I relation til forældrenes bopæls kommune er en stor del bosat i en ressourcestærk kommune, hvilket stemmer overens med de fælles mønstre. Hertil fremgår det, at gruppen af forældre repræsenterer en vis heterogen gruppe på baggrund af deres kapitalmængder og sammensætninger, og dermed forskellige ressourcer at trække på i forhold til investering i sundhedskapitalen. Dette bekræfter vores antagelse omkring, at der gennem det empiriske materiale fremtræder fælles mønstre og distinktioner i forældrenes kapitalsammensætninger. På trods af de distinktioner, der fremtræder blandt forældrene, kan disse forældre stadig siges at have en del til fælles. En af de faktorer, der fremtræder som den største distinktion til den danske befolkning er BMI, hvor forældrene i lagt højere grad kan kategoriseres som værende overvægtige eller fede.

6.8. Stigma i sin kropslige form

Omdrejningspunktet i dette afsnit er overvægtige børn og unges oplevelse af stigma i sin kropslige form. Hertil undersøges vores arbejdsantagelse omhandlende, hvorvidt overvægtige børn og unge bliver ekskluderet fra fællesskabet grundet deres overvægt. Den teoretiske forståelsesramme indenfor denne tematik er Goffman, og hermed hvilken betydning et kendetegn som overvægt kan have for den sociale ageren hos overvægtige børn og unge.

6.8.1. Overvægt som kendetegn

Fokusset i dette afsnit er på Interviewperson 5 og 7, eftersom der i deres interviews blev skabt en interaktion, hvor der med et analytisk blik blev talt om overvægt som stigma i sin kropslige form. Som supplerende viden fremgår det i det empiriske materiale, at flere af de overvægtige børn og unge har skiftet skole samt har et begrænset socialt netværk. Disse mønstre i det empiriske materiale insinuerer analytisk, at flere overvægtige børn og unge er blevet stigmatiseret, men nedenstående analyser vil primært være henholdt to agenter.

Overvægt kan ifølge vores forståelse af begrebet fungere som en stigma i sin kropslige form og Interviewperson 5 tydeliggøre nedenfor, at han analytisk set er blevet stigmatiseret på grund af hans overvægt:

Interviewperson 5: Ja nogen gange så tænker jeg på, at jeg er for overvægtige eller noget.

Interviewer: Ja.

Interviewperson 5: For det er ikke særlig rart for mig at tænke på sådan noget.

Interviewer: Hvordan kan det være?

Interviewperson 5: Jeg bliver også nogle gange drillet i skolen.

Interviewer: Pga. din overvægt?

Interviewperson 5: Ja.

Interviewer: Ja. Hvad siger de så?

Interviewperson 5: De siger ej (navnet på interviewpersonen) du er fed og sådan noget.

(Bilag L, 69)

Dette suppleres med et feltnotat af hans mor: *"Interviewperson 5 har ikke idræt i skolen, da han ikke vil i bad med de andre, da han bliver mobbet"* (Bilag I, 25). Interviewperson 7 har ligeledes oplevet at blive stemplet på baggrund af hendes overvægt:

Interviewperson 7: Ja, jeg har ikke sådan specielt nogle venner i klassen.

Interviewer: Nå hvordan kan det være?

Interviewperson 7: Fordi jeg blev rigtig meget drillet og mobbet og sådan noget så.

Interviewer: Hvad er du blevet drillet og mobbet med?

Interviewperson 7: Med at jeg var, specielt meget med at jeg var tyk og sådan klappen ind foran øjnene og sådan. Hele tiden folk provokere mig.

(Bilag L, 93)

Ud fra ovenstående fortællinger opfatter Interviewperson 5 og 7 dem selv som overvægtige, og dette særpræg kan medvirke til, at de bliver miskrediteret. De bærer begge et synligt kendetegn og til daglig er de nødt til at omgås for eksempel klassekammerater som analytisk set stigmatiserer dem. Overvægten fremtræder som et kendetegn og medfører, at de afviger fra det gængse. Normalvægtige børn og unge vil i denne kontekst fungere som det gængse, eftersom de ikke er bærere af stigmatet overvægt. Stigma er herved et relationelt begreb, da Interviewperson 7 og 5 bliver ekskluderet og afvist, fordi de er overvægtige. Stigmatiseringsprocesser kan bidrage til, at den stigmatiserede ikke opnår respekt fra de individer, denne er omgivet af, og hertil forsøger både Interviewperson 7 og 5 på et rette op på deres stigma, og dette kan gøres igennem et vægttab. Følgende fremhæver, at Interviewperson 5 og 7 gerne vil tabe sig:

Interviewer: Ja. Hvordan kan det være, at du gerne vil tabe dig?

Interviewperson 5: Fordi at det er noget min mor siger, at jeg skal gøre.

Interviewer: Ja. Hvad med i forhold til dig selv?

Interviewperson 5: Så synes jeg også, at det er en god idé.

(Bilag L, 67)

Interviewer: Ja. Hvorfor går du til Jump4fun?

Interviewperson 7: Altså på grund af at tabe mig og så får jeg også flere venner.

(Bilag L, 88)

Interviewperson 5 og 7 investerer tid i at tabe sig og deres sundhedskapital øges herigennem, samt de prøver at forbedre deres position i det sociale rum. Goffman hævder, at selvom en korrektion er tænkelig, opnår individet som regel ikke normal status, men bliver til en, der bliver kendt for at have frigjort sig fra sin distinktion. Som nævnt tidligere er der flere af de interviewede overvægtige børn og unge, der har skiftet skole. At skifte skole kan være en måde at overvægtige børn og unge forsøger at frigøre sig fra at blive stigmatiseret, eftersom de ifølge Goffman aldrig helt vil slippe deres kendetegn, da de altid vil være dem som engang blev stigmatiseret.

I forlængelse af ovenstående er det væsentlig at pointere, at et stigma er kontekstafhængig, eftersom et stigma i en kontekst ikke nødvendigvis er et stigma i en anden. Restriktioner til dette tydeliggøres nedenfor, hvor Interviewperson 3 ikke oplever overvægt som et synligt kendetegn:

Interviewer: ... *Har du nogen sinde følt dig udenfor?*

Interviewperson 3: *Nej*

Interviewer: *Du har aldrig følt dig udenfor fællesskabet eller udelukket?*

Interviewperson 3: *Det tror jeg ikke.*

(Bilag L, 54)

Følgende udsagn af Interviewperson 8 og 12 omhandler, at selvom de selv er bærere af stigmaet overvægt, stigmatiserer de selv:

Interviewperson 8: *Fordi hvis man nu ser en øh overvægtig dreng så tænker man nok han spiser meget slik og han sidder bare derhjemme og spiller computer hele dagen*

(Bilag L, 101)

Interviewer: *Ja, så lidt i forhold til kroppen, hvor på kroppen synes du man kan se om en person er sund?*

Interviewperson 12: *Altså afhængig af om man sådan har slank mave og slanke ben*

Interviewer: *mm*

Interviewperson 12: *Så synes jeg sådan hurtigt man kan se om det er en, så dommer man hurtigt en person på den spiser sund eller usundt.*

(Bilag L, 129)

Stigmatiseringsprocesser figurerer i det sociale rum. I ovenstående er udgangspunktet, at alle udpeger sociale afvigelser. Gennem det empiriske materiale fremgår det, at både Interviewperson 8 og 12 har en større mængde social kapital i relation til nogle af de andre interviewede, og i forhold til dette referer de ikke til at blive ekskluderet fra fællesskabet på grund af, at de er overvægtige.

6.8.2. Selvopfattelse

Stigma er en uønsket afvigelse fra det forventede, og dette kan være virksomt i selvopfattelsen hos overvægtige børn og unge, som investerer deres tid i at gå til Jump4Fun for at rette op på deres stigma. Gennem Jump4Fun kan overvægtige børn og unge investere deres tid i at forsøge at mindske deres synlige kendetegn overvægten. Interviewperson 6 beskriver nedenfor, hvordan hun opfattede sig selv, inden hun startede til Jump4Fun:

Jamen jeg kunne faktisk ikke så godt lide mig selv, og jeg synes jeg var for tyk og øh at jeg var anderledes og rigtig mange ting.

(Bilag L, 78)

Ovenstående udsagn indikerer, at Interviewperson 6 oplever sig selv som værende ”anderledes” og ”for tyk”. Analytisk kan dette hænge sammen med, at Goffman hævder, at et kendetegn, som tiltrækker opmærksomhed, kan resultere i, at individet føler sig uønsket i sociale sammenhænge.

I forlængelse af dette inddrages Interviewperson 7, da hun opfatter sig selv som en ”særling” i forhold til hendes positionering gennem tøjvalg:

Interviewer: *Hvorfor ser du dig selv som en særling når de vælger dig fra?*

Interviewperson 7: *Øh fordi de sådan de er alle sammen sådan nogle kliker, de har alle sammen super stramme bukser på hvor deres numser bare stritter frem og det har jeg ikke. Jeg går bare sådan i øh jogging bukser som sidder sådan lidt tættere.*

(Bilag L, 95)

I udsagnet ovenfor tydeliggøres det, at Interviewperson 7 oplever, at hun er anderledes, fordi hun ikke går i ”super stramme bukser”. Ifølge Interviewperson 7 afviger hun, fordi hun går i ”jogging bukser”. Det normale fremtræder ved, at Interviewperson 7 selv udpeger, at hun positionerer sig distinktivt gennem tøjvalg i relation til de andre piger på hendes skole.

6.8.3. Social identitet

Et stigma kan begrænse individer til deltagelse i bestemte sociale kontekster og Goffman hævder, at individer med identisk stigma vil være ligestillede. Nedenstående er et udsagn af Interviewperson 5, hvor han fortæller, at han gik til fodbold i to dage og i relation til hans stigma ikke socialiserede med ligestillede:

Interviewer: *Hvorfor var de ikke søde mod dig eller hvad gjorde de?*

Interviewperson 5: *Jeg skulle være målmand og så alle på mit hold de kritiserede mig; ej kan du ikke gøre det bedre og alt muligt.*

Interviewer: *Okay.*

Interviewperson 5: *Så jeg, men øh måske er fodbold ikke bare mig.*

Interviewer: *Nej. Og det er ikke noget du har oplevet til Jump4fun, at der er nogle der har kritiseret dig eller noget?*

Interviewperson 5: *mm Nej.*

Interviewer: *De har bare været søde?*

Interviewperson 5: *Ja.*

(Bilag L, 67)

I ovenstående fortælling, omhandlede et forsøg på at starte til fodbold, gav holdkammeraterne Interviewperson 5 analytisk set en tilsyneladende social identitet, som hans faktiske sociale identitet ikke kunne efterleve. Det vil sige, at Interviewperson 5 blev pålagt egenskaber som målmand, som han ikke kunne leve op til. Fortællingen fremhæver samtidig, at Interviewperson 5 aldrig er blevet kritiseret til Jump4Fun, hvilket kan hænge sammen med, at vi forstår, at i et miljø, hvor individer har det samme stigma, vil de føle sig trygge og blive accepteret som normale individer. Analytisk set bliver Interviewperson 5 til Jump4Fun ikke tillagt en tilsyneladende social identitet, fordi alle børn og unge er overvægtige og besidder det samme stigma. Med Goffmans stigma begreb, forstår vi, at Interviewperson 5 i nye relationer kan blive usikker, eftersom han ikke ved, hvordan han tages i mod og kategoriseres.

6.8.4. Stempling

Igennem det empiriske materiale fremgik det, at flere af de overvægtige børn og unge udelod at fortælle deres klassekammerater, at de gik til et bevægelsestilbud for overvægtige. Nedenstående viser eksempler på dette:

Interviewperson 5: *Nej de ved ikke, at jeg går til Jump4fun, men de ved at jeg går til Judo.*

(Bilag L, 74)

Interviewer: *Ja. Ved dine skolekammerater, at du går til Jump4fun?*

Interviewperson 7: *Nej*

(Bilag L, 94)

Interviewer: *Ja. Ved dine skolekammerater, at du går til Jump4fun?*

Interviewperson 1: *Nej det gør de ikke.*

(Bilag L, 41)

Ved at de overvægtige børn og unge distancerer sig fra at gå til et bevægelsestilbud for overvægtige, kan de analytisk set siges at distancere sig fra den stempling, der kan opstå. Hertil valgte flere af de overvægtige børn og unge i stedet at referere til den sportsgren de går til under Jump4fun. Hvis de overvægtige børn og unge fortæller deres klassekammerater, at de går til et bevægelsestilbud rettet til overvægtige, kan de analytisk set kategorisere og stemple dem selv som overvægtige. Dermed kan de overvægtige børn og unge opleve at blive pålagt egenskaber ud fra denne stempling, da der opstår uoverensstemmelse mellem børnene og de unges tilsyneladende og faktiske sociale

identitet. Dette kan resultere i en social afvisning og gør individet uønsket, hvilket Interviewperson 7 indikerer i nedenstående citat:

Interviewperson 7: *Altså det er sådan meget jeg har ikke lyst til at fortælle dem det fordi så siger sådan; Ej er du på slankekur og sådan noget. Det er jo ikke sådan rigtig slankekur vil jeg sige det er bare sådan, at jeg gerne vil kunne passe mit tøj og sådan noget.*

Interviewer: *Ja.*

Interviewperson 7: *Og så og så siger jeg også hver gang vi skal aflevere kager og sådan noget så er du sådan; ej skal du ikke have noget og sådan. Man bliver også på en måde lidt holdt udenfor når de siger sådan.*

(Bilag L, 94-95)

Hertil blev de overvægtige børn og unge spurgt ind til, hvordan de ville forklare, hvad Jump4un var over for en klassekammerat, hvortil Interviewperson 7 udtalte:

Interviewperson 7: *Så ville jeg sige, at det var sådan lidt hygge med venner og sådan hvor man leger og sådan noget. Jeg ville ikke sådan fortælle i detaljer.*

Interviewer: *Nej*

Interviewperson 7: *Fordi, at når jeg ikke sådan rigtig for dem fra klassen kan stole på dem, så har jeg ikke lyst til at forklare.*

Interviewer: *Nej det kan jeg godt forstå.*

Interviewperson 7: *Men jeg forklarede det til Malene og Freja og dem.*

Interviewer: *Ja og hvad har du sagt til dem?*

Interviewperson 7: *Jeg har sagt, at det er sådan noget hvor jeg prøver at tabe mig og sådan noget hvor jeg prøver at få flere venner fordi jeg bliver holdt udenfor i klassen. Der er jeg gået rigtig meget op i detaljer og sagde de også, at det var synd for mig at jeg blev holdt udenfor.*

(Bilag L, 95)

Interviewperson 7 beskriver i ovenstående, hvordan hun til hendes bedste veninder har forklaret i detaljer, hvad Jump4fun er, modsat til hendes klassekammerater hvor hun ikke ville gå i detaljer. Hendes bedste veninder kan anses som værende sympatisk indstillede individer, der accepterer Interviewperson 7 som et normalt individ og gør, at hun føler sig tryk nok til at referere til Jump4fun som et bevægelsestilbud til overvægtige.

6.8.5. Delkonklusion

Analysen ovenfor har bidraget med indsigter i, at stigmatiseringsprocesser er kontekstafhængigt. Hertil kan nogle af de overvægtige børn og unge analytisk siges at blive ekskluderet fra fællesskabet i nogle kontekster, og hermed kan vores antagelse omhandlende dette bekræftes empirisk. Ken-

detegnet overvægt kan i nogle sociale kontekster fungerer som et stigma i dens kropslige form. Ud fra det empiriske materiale oplever overvægtige børn og unge dette, og hertil forsøger de gennem et væggtab at rette op på deres distinktion. Det er ikke alle interviewpersonerne, som erfarer overvægt som et stigma i dens kropslige form, og hertil stigmatiserer to af interviewpersonerne selv andre med overvægt, hvilket insinueres af Interviewperson 8 og 12. Flere af de overvægtige børn og unge undlader at fortælle deres klassekammerater, at de går til et bevægelsestilbud for overvægtige og analytisk set kan dette være for at undgå at kategorisere og stemple dem selv som overvægtige.

6.9. Frirummet

I det følgende vil fokus være på overvægtige børn og unges beskrivelser af Jump4fun som et frirum med ligestillede, samt hvilken betydning dette frirum analytisk set har for deres investering i sundhedskapitalen. Hertil inddrages børnenes og de unges fortællinger om Jump4fun og hvorfor de bliver ved med at deltage i bevægelsestilbuddet. I relation til denne tematik vil der analytisk være fokus på Goffmans stigma begreb i relation til betydningen af sympatisk indstillede individer samt social kapital.

6.9.1. Det sociale netværk

Fællesskabet er en relationel faktor, der kan have betydning for børnene og de unge i forhold til deres investering i sundhedskapitalen. Igennem det empiriske materiale beskrives bevægelsestilbuddet Jump4fun som betydningsfuldt for de interviewede børn og unge, da de her har skabt et socialt netværk med ligestillede. I forhold til ovenstående udtalte en mor til et barn, der gik på et af holdene, *at til Jump4fun er børnene ligestillede* (Bilag I, 27).

I det empiriske materiale beskriver de overvægtige børn og unge sig som værende ligestillede til Jump4fun, da de alle er overvægtige og dermed har det samme kendetegn, der kan tiltrække opmærksomhed. Denne ligestilling udtaler Interviewperson 6 sig om i nedenstående:

Interviewperson 6: *To, fordi det er sjovt også er det bare dejligt at kunne komme ud og i hvert ud i Jump4Fun, så er det dejligt at komme ud og møde nogle folk eller børn i det her tilfælde som har de samme problemer som en selv.*

Interviewer: *og hvad mener du med problemer?*

Interviewperson 6: *øhm noget med lidt mindre disciplin*

Interviewer: *mm*

Interviewperson 6: *og hvad mere, sådan lidt tykke i det*
(Bilag L, 78)

Til Jump4fun har børnene og de unge deres overvægt til fælles, og dermed bliver de analytisk set ikke stigmatiseret eller tiltrækker sig opmærksomhed i denne konkrete kontekst. Børnene og de unge kan analytisk set siges at være ligestillede til Jump4fun, og dermed skabes der et frirum for børnene og de unge, hvilket Interviewperson 10 tydeliggøre i nedenstående:

Og så bare virkelig sådan bare træde ind du ved i fitness f.eks. og så bare træner fordi så er du for dig selv, men her alle kender hinanden og hvis man ikke gør så lærer man hinanden at kende og det er som om du træder ind Narnia agtig bare i din egen version (Bilag L, 114).

Interviewperson 10 referer til Jump4fun som at træde ind i Narnia⁴, hvilket indikerer en magisk verden. Hertil nævnte en mor til et af børnene, at *Jump4fun holdet var barnets frirum* (Bilag I, 25). Igennem dette frirum kan børnene og de unge analytisk hjælpe hinanden og bruge hinanden til moralsk støtte, hvilket nedenstående indikerer:

Interviewperson 9: *fordi jeg synes, det er sådan ligesom man er et hold, det er ikke sådan at det bare er sporten, det er også sådan selve det der men at man ligesom holder sammen og sådan noget.*
(Bilag L, 104)

Interviewperson 12: *fordi her er man her sammen og alle de fleste har de samme problem og sådan, så er der ikke noget med at der er en halter efter, så kan man sådan hele tiden støtte sig til hinanden og...*
(Bilag L, 132)

Frirummet kan være medvirkende til at give overvægtige børn og unge et socialt netværk, hvor de føler sig trygge og bliver accepteret, som dem de er. I dette frirum er der ikke uoverensstemmelse mellem den tilsyneladende og den faktiske sociale identitet, eftersom de overvægtige børn og unge ikke pålægges egenskaber på grund af deres udseende, men alle er i den samme situation i forhold til deres overvægt. Som nævnt tidligere bliver to af interviewpersonerne analytisk set stigmatiseret af deres klassekammerater og oplever ikke det samme frirum i deres klasse. Men derimod anser børnene og unge Jump4fun som et netværk, hvori de analytisk set kan styrke deres social kapital. Til Jump4Fun vil de overvægtige børn og unge analytisk set ikke erfare den overvægtige krop som værende forkert og unormal på samme måde som eksempelvis i skolen, eftersom alle til Jump4Fun er overvægtige. Hertil normaliseres den overvægtige krop på grund af konteksten, hvor deres kropes størrelse i andre sammenhænge kan være en ekskluderingsfaktor. De overvægtige børn og unge har analytisk set større mulighed for at investere i deres sundhedskapital til Jump4fun end i andre netværk. Dette konkretiseres i nedenstående citat:

Interviewperson 10: *Så sidder vi og snakker om hvad man laver og sådan noget og hvad, der er godt og sådan så får man så forklaret at man har det her problem og så de også, man er sådan lidt alle sammen har det samme problem her så man føler sig på en måde mere hjemme. Man tør mere at snakke om det og så er det faktisk også nogle gode råd som man slet ikke havde tænkt på og andre folk som ikke har det samme problem kan komme i tanke om fordi de ikke har det problem.*
(Bilag L, 115)

⁴ Narnia refererer til fortællinger af den engelske forfatter C.S. Lewis. Fortællinger handler om eventyrlandet Narnia, der blandt andet repræsenterer magi (Wikipedia, 2015).

Ovenstående indikerer, at de i frirummet føler sig hjemme og tør snakke om deres problemer. Frirummet er dermed medvirkende til at skabe et socialt netværk, hvor børnene og de unge, med Larsens begreb sundhedskapital, kan siges at investere heri, da de relationer børnene og de unge får til Jump4fun medvirker til støtte og opbakning. Det, der i det empiriske materiale bliver anerkendt af børnene og de unge er det sociale netværk, og analytisk set kan børnene og de unges sociale kapital anses som værende en symbolsk kapital. Netværket som symbolsk kapital, der anerkendes og tillægges værdi, indikeres i følgende, hvor Interviewperson 1 beskriver, hvorfor han bliver ved med at gå til Jump4fun:

For di, at jeg synes det er sjovt og man får motion og får nye venner og sådan, så ja
(Bilag L, 40).

Oparbejdelsen af deres sociale kapital er medvirkende til, at børnene og de unge bliver ved med at gå til Jump4fun. Social kapital i dette frirum kan dermed anses som en ressource for børnene og de unge til at investere i deres sundhedskapital. Ligestillingen er samtidig medvirkende til, at børnene og de unge oplever, at de er en del af noget og dermed er nogen, og ikke bliver pålagt egenskaber af andre på baggrund af deres udseende.

6.9.2. Delkonklusion

På baggrund af ovenstående analyse af det empiriske materiale i forhold til børnene og de unges syn på Jump4fun oplever børnene og de unge dette sociale netværk som et frirum med andre ligestillede. I dette frirum kan de overvægtige børn og unge søge støtte og råd, og deres sociale kapital øges igennem nye relationer. Hertil øges de overvægtige børn og unges mulighed for at investere i deres sundhedskapital i og med, at de sociale relationer kan have betydning for, den enkelte agents investering i sundhedskapital. Dette sociale netværk, der skabes til Jump4fun, kan anses som værende en symbolsk kapital, da det anerkendes af børnene og de unge.

6.10. Kropsidealer

I dette afsnit fokuseres der på konstruktioner om den sunde og usunde krop, eftersom der fremtræder forskellige blikke på kroppen af agenterne i det empiriske materiale. Vi vil hertil sammenligne de kropsidealer, som kommer til udtryk gennem de overvægtige børn og unges opfattelser med de empiriske fund omhandlende kropsidealer fra rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Larsen og Hansen 2013). Analytisk set er disse fund forsøgsvis og ikke teoretiske oparbejdet, hvilket tydeliggør, at vi ikke kan drage nogle entydige konklusioner, men fremskrive sammenhænge og forskelle i kropsidealerne.

6.10.1. Den indre krop overfor den ydre krop

Et af de forsøgsvis kropsidealer, som fremtræder fra rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* er den indre krop overfor den ydre krop. Gennem vores empiriske materiale er fokus på den ydre krop fremstående, hvilket indikeres nedenfor, hvor interviewpersonerne udtaler sig om, hvad en sund krop er ifølge dem:

Interviewperson 7: Øhm at det behøves ikke være sådan helt væk der må gerne være nogle sådan en delle herude at kan det. Og så bare sådan gode trænedede muskler vil jeg sige.
(Bilag L, 92)

Interviewperson 8: Øh det ved jeg ikke, det en bare at man ... øhh er tynd.

Interviewer: Ja

Interviewperson 8: Tror jeg

Interviewer: Det er en sund krop?

Interviewperson 8: Ja

Interviewer: mm

Interviewperson 8: Altså ikke alt for tynd, men midt i mellem

(Bilag L, 101)

Interviewperson 11: Sund krop er en, der er rigtig tynd og løber hver dag.

(Bilag L, 123)

I relation til den ydre krop kan dette indikere en opmærksomhed på den tynde krop overfor den tykke krop. Dette forklares med, at flere af interviewpersonerne giver udtryk for, den sunde krop som værende tynd, og dermed forbinder de ikke det at være sund med at være tyk.

Kroppens fremtræden kan sættes i relation til de samfundsmæssige diskurser omhandlende sundhed og kroppen. Disse samfundsmæssige sundhedsdiskurser kan præge, hvordan børn og unge opfatter

kroppen og dens udseende, eftersom Sundhedsstyrelsen udsender normative anbefalinger omkring BMI, som kategoriserer agenter på grund af deres kroppsproportioner. Statens udlægning af sundhed kan analytisk set være virksomme i børnene og de unge, når de orienterer sig mod, hvad en sund krop er. Den krop, der bliver fremstillet via staten, kan være medvirkende til at normalisere et bestemt kroppsideal, og hertil bliver de dominerendes udlægning af krop og sundhed anset som værende den normale. Overvægtige børn og unge kan analytisk set opleve, at deres kroppe erfares som værende forkerte og unormale, eftersom de kan erfare at deres kroppe distancerer sig fra de samfundsmæssige diskurser af den normale og universelle krop.

Dette suppleres med, at når børnene og de unge bliver spurgt, hvor på kroppen de kan vurdere om en person er usund og sund har størstedelen fokus på ydre faktorer såsom ankler, maven og ansigtet, hvilket følgende er et eksempel på:

Interviewperson 7: *Øhm jeg vil sige på anklerne, vil jeg i hvert fald sige. For på anklerne der tænker jeg man skal jo kunne se sådan betegnelsen af knoglen, for hvis man ikke kan det er det jo bare sådan fedt.*

(Bilag L, 91)

Restriktioner til dette ses i nedenstående:

Interviewer: *Ja, hvor på kroppen synes du man kan se om en person er sund?*

Interviewperson 3: *Det er forskelligt, altså du kan se det over alt faktisk, du kan se det på hans helbred eller personens helbred hvordan de har det indeni faktisk, for jeg kan se nogen gange om en personen er ked af det eller bare ikke fordi en person er overvægtig så betyder det ikke, at personen er usund.*

Interviewer: *Så det har også noget med hvordan man har det?*

Interviewperson 3: *Ja sin mentalitet, mentalitet.*

(Bilag L, 52)

Interviewperson 3 afviger fra nogle af andre agenter, eftersom han fokuserer på den indre krop, når han bliver spurgt om, hvor på kroppen, han kan se, om en person er sund. I forhold til kroppsideal og hvad den sunde krop er, ligger Interviewperson 2 og 12 ligeledes vægt på den indre krop, hvilket tydeliggøres nedenfor, når de besvarer, hvad en sund krop er ifølge dem:

Interviewperson 2: *Det kommer jo an på sådan, altså mange vil jo nok sige hvis man var slank og det har jo selvfølgelig noget at gøre med det, men det er jo også, at man ikke propper dig med Junk food og sådan på den måde sådan, fordi ja det kan jo også være usundt og så kan man se tynd ud, og man er måske meget, man ser sund ud, men det er man måske ikke. Også at man sådan får nok søvn og sådan noget (Bilag L, 45).*

Interviewperson 12: En sund krop ifølge mig er en krop man sådan har det godt med.

(Bilag L, 130)

Interviewperson 2, 3 og 12 orienterer sig mod et kropsideal, hvor arbejdet med de usynlige sundhedsindikatorer, som ikke er målbare, er fremtrædende. Eksempelvis nævner Interviewperson 12 ”en krop man sådan har det godt med” og tager hertil afstandstagen fra den ydre krop.

6.10.2. Distinktive fremtrædelsesformer af kroppen i relation til den indre og ydre krop

Gennem det empiriske materiale fremstår en tendens til, at ikke alle agenter orienterer sig mod de samme kropsidealer. De empiriske fund angående kropsidealer i rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Larsen og Hansen 2013) indikerer forskellige kropsidealer, hvortil vores empiriske materiale primært lægger sig op ad et fokus på den indre og ydre krop. Hverken kroppen som vedligeholdelse overfor kroppen som nedslidning eller kroppen som ubearbejdet overfor kroppen som kunstigt proportioneret er noget de overvægtige børn og unge ligger vægt på i deres udtalelser om kroppen og sundhed. Interviewperson 9 nævner som den eneste kroppen som kunstigt proportioneret, idet hun anser hendes fætter som værende sund, eftersom han er fitness bodybuilder. Gennem det empiriske materiale tegner sig samtidig ikke et billede af, kroppen som et mål i sig selv eller at kroppen anses som værende et redskab. En enkelt agent fremhæver kroppen som noget funktionelt og herved et redskab, hvilket adskiller sig fra de andre:

Interviewer: Ja, hvis du sådan skal beskrive det, hvad vil en sund krop så være, ifølge dig?

Interviewperson 6: Det var en hvor at man kunne gøre alt ting, løbe 1,2,3 km uden at blive træt og sådan

Interviewer: Ja, kan du sige lidt mere om det?

Interviewperson 6: Ja øhm, man kan løbe, man kan gå hurtigt og man kan simpelthen alt muligt

...

Interviewperson 6: Og hvis man er usund så kan man jo ikke det meste, man kan ikke gå 1 km uden at man føler sig træt og sådan

Interviewer: mm

Interviewperson 6: Man kan i hvert fald ikke løbe særlig stærkt.

(Bilag L, 82)

Interviewpersonernes alder skal tages i betragtning, når vi undersøger de overvægtige børn og unges kropsidealer på baggrund af tidligere analyser af opvækstvilkår samt deres position i det sociale

rum. Interviewpersonernes alder er mellem 11-16 år, hvilket kan have betydning for deres kropsofattelser.

6.10.3. Det helhedsorienterede kropsideal

De overvægtige børn og unge er positioneret gennem afvigelser i deres investering af sundhedskapital, mængde af kulturel sundhedskapital samt position i det sociale rum i relation til hinanden. Hertil orienterer de overvægtige børn og unge sig også mod distinktive kropsidealer, og vi har i ovenstående haft fokus på forsøgsvisse kropsidealer fra rapporten *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Larsen og Hansen 2013) og sammenholdt disse med vores empiriske materiale. Nedenfor vil fokuset være på et helhedsorienteret kropsideal, som er et kropsideal, vi har fremanalysert gennem tre agenter opfattelse af en sund krop. Tre agenter ligger i nedenstående vægt på det helhedsorienterede, når de bliver spurgt om, hvad en sund krop er ifølge dem:

Interviewperson 2: *Det kommer jo an på sådan, altså mange vil jo nok sige hvis man var slank og det har jo selvfølgelig noget at gøre med det, men det er jo også, at man ikke propper dig med Junk food og sådan på den måde sådan, fordi ja det kan jo også være usundt og så kan man se tynd ud, og man er måske meget, man ser sund ud, men det er man måske ikke. Også at man sådan får nok søvn og sådan noget.*

(Bilag L, 45)

Interviewperson 9: *Ja det er bare lidt spise så meget mere sundere og også lige som have et sundt sådan tænke sundt og sådan altså sådan ligesom begrænse sig selv for nogen af de sådan sukker øh, bare ligge på sofaen men ligesom være ret aktiv, det er også en sund person.*

(Bilag L, 108)

Interviewperson 10: *Det er ja altså, jeg vil ikke sige der kun er en slags form for sund krop, det er sådan mere forskelligt altså jeg synes der er flere forskellige.*

Interviewer: *Ja på hvilken måde?*

Interviewperson 10: *Den jeg vil sige det var sådan så længe du lever sundt og spiser sundt og ikke skader din krop så synes jeg du lever et sundt liv om du så var eller har været usund og så retter sig selv op til at være sund eller du hele tiden har været sund eller ja altså det lige meget.*

(Bilag L, 117)

Vi har valgt at fremhæve dette kropsideal, fordi dette kropsideal ikke kan analyseres i rammen af rapportens forsøgsvisse opstillede kropsidealer. Samtidig finder vi det væsentligt at pointere, at dette kropsideal også er forsøgsvist, eftersom det er bundet til dette empirisk materiale. Men disse udsagn

kan supplere med, at tendensen i opfattelsen af kroppen analytisk set er forskellige, når overvægtige børn og unge orientere sig mod den sunde krop.

6.10.4. Delkonklusion

Analysen afspejler er der gennem det empiriske materiale er tendens til, at de overvægtige børn og unge anser kroppen med fokus på den ydre og indre krop. I det empiriske materiale fremstår en tendens til, at en sund krop for denne begrænsede målgruppe er idealet om at være tynd. Dette ideal skal forstås i relation til at samtlige interviewpersoner er overvægtige børn og unge, som deltager i et bevægelsestilbud for overvægtige. Dette kan være grunden til, at de overvægtige børn og unge i denne empiri ikke ligger vægt på de samme opfattelser af, hvad en sund krop er i relation til de empiriske fund, som fremstår i rapporten: *Social Ulighed i Sundhed – mere vilkår end valg* (Larsen og Hansen 2013). Selvom største delen af agenter orienterer sig mod den ydre og indre krop, er der også andre agenter som forholder sig distinktivt til dette kropsideal.

6.11. Samfundsmæssige diskurser om kroppen

I denne tematik er omdrejningspunktet de samfundsmæssige diskurser omhandlende kroppens udseende. Gennem det empiriske materiale fremtræder forskellige blikke på kroppen, og disse blikke vil vi i det følgende sætte op imod de samfundsmæssige diskurser, som fremtræder i Danmark.

6.11.1. Fokus på BMI

Ud fra Sundhedsstyrelsen og herunder statens normative anbefalinger omhandlende BMI (Sundhedsstyrelsen A 2009), betegner vi overvægtige børn og unge som en målgruppe, der ligger udenfor de normative anbefalinger for legitim sundhedsadfærd. Dette begrundes med, at overvægtige børn og unge på grund af deres BMI er distinktive i forhold til statens anbefalinger af sundhed. Interviewperson 1 udtaler: ”*det er ikke at veje så eller have en tilpas vægt*” (Bilag L, 41), når han bliver spurgt om, hvad en sund krop er ifølge ham. At Interviewperson 1 opfatter i forhold hertil en sund krop som en krop med en tilpas vægt. I henhold til Bourdieu kræver det en vis mængde ressourcer at sætte sig ind i, hvilke former for adfærd, der betragtes og anerkendes for at være sund på et givent tidspunkt, og efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan således være distinktivt.

6.11.2. At være tynd som dominerende diskurs

Ifølge Ditte-Marie From, er der i relation til samfundsmæssige forståelser af overvægt dominerende diskurser, som overvægtige agenter i nogle tilfælde underlægger sig. Analytisk set kan der opstå stigmatisering på baggrund af en overvægtig krop, hvilket dette empiriske materiale peger på, eftersom Interviewperson 5 og 7 udtaler, at de bliver holdt udenfor, fordi de er overvægtige. Samtidig refererer Interviewperson 11 og 8 til en sund krop som værende tynd. Ovenstående tenderer til, at to overvægtige drenge ser en sund krop, som det at være tynd. Hertil fremtræder det ifølge Interviewperson 8 og Interviewperson 11 udlægning, at det at være overvægtig ikke indgår i samfundets dominerende diskurser, da det afviger fra det, som tillægges værdi. Gennem det empiriske materiale fremtræder der en tendens til, at det at være overvægtig ikke bliver anset som værende normalt, da to af de overvægtige børn og unge oplever, at deres overvægt giver miskredit. Samfundets sundhedsdiskurser kan strukturere agenterne på mikroniveau, eftersom disse kan være virksomme, når agenter orientere sig mod kroppen. Samfundets diskurser kan være bestemmende for, hvornår agenter er normale eller ikke er det, eksempelvis kan overvægt opfattes som værende det unormale. Sundhedsstyrelsen er for eksempel med sin kampagne ”*En lettere barndom*” (Sundhedsstyrelsen B

2009) med til at bestemme, hvad der opfattes som værende det forkerte og unormale. Disse kategoriseringer af, hvad der sundt og usundt samt normalt og unormalt kan have indflydelse på, hvordan agenter positionerer sig.

Restriktioner til ovenstående er Interviewperson 5, 7 og 12, som står i modsætningen til Interviewperson 8 og 11, hvad angår opfattelsen af en sund krop. Interviewperson 5, 7 og 12 udtaler følgende om en sund krop:

Interviewperson 5: *Det er sådan en krop, der bare er en helt normale*

Interviewer: *Mm. Og hvad er helt normal?*

Interviewperson 5: *Det er bare lidt det man tager lidt slik og nogle gange lidt salat og nogle gange så slik også salat, så bliver man jo sådan tyk og tynd så bliver man bare normal.*

(Bilag L, 72)

Interviewperson 7: *Øhm at det behøves ikke være sådan helt væk, der må gerne være nogle sådan en delle herude at kan det. Og så bare sådan gode trænedes muskler vil jeg sige.*

Interviewer: *Ja.*

Interviewperson 7: *Man behøver ikke være sådan helt (suger kinderne ind) tynd.*

(Bilag L, 92)

Interviewperson 12: *En sund krop ifølge mig er en krop man sådan har det godt med ...*

(Bilag L, 130)

Disse distinktioner i kropsopfattelser, der fremtræder i ovenstående, gør sig samtidig gældende i samfundet, eftersom oplevelsen af sundhed ifølge Lene Otto er kulturelt og socialt bestemt. Samtidig er sundhedsdiskursen en foranderlig konstruktion, hvilket eksempelvis kommer til udtryk gennem Statens Institut for Folkesundheds KRAM-faktorer, hvor stress er koblet på som en faktor og det har efterfølgende udviklet sig til KRAMS-faktorerne (Petersen 2009, 298).

Bourdieu's begreb symbolsk kapital inddrages i relation til ovenstående sundhedsdiskurser, da overvægtige børn og unge tilskriver kroppen forskellig værdi. Distinktioner og mønstre fremstår i agenterne sundhedskonstruktioner og gennem deres syn på kroppen. I denne kontekst anerkendes oppositionen til deres egen kropslige fremtræden, eftersom det ud fra ovenstående tillægges værdi at fremtræde som værende "tynd" og "normal".

6.11.3. Et blik på KRAM-faktorerne

Det fremgår af undersøgelsen; *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987* foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, at i perioden 1994 til 2010 er der sket en stigning i andelen af agenter, som aktivt gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Hertil er de blevet spurgt om, hvad de gør for at investere i deres helbred, hvor en stor andel udtrykker, at de er fysisk aktive og spiser sund kost. I relation til Bourdieu kan kropsopfattelser være områder, hvor de dominerende klasser søger autonomi og egen identitet. KRAM-faktorerne er fremtrædende i investeringen i kroppen, hvilket ses i nedenstående hvor interviewpersonerne fremhæver, hvad en sund krop er:

Interviewperson 2: Mm. jeg tror jeg ville sådan sige sådan at altså sådan tilpas tynd på den måde men så også altså bare sådan udseendet eller hvad eller sådan det hele?

Interviewer: Bare sådan det hele?

Interviewperson 2: Også hvis man spiser sundt og åh sådan træner altså træner ikke, det vil jeg sige ja.

(Bilag L, 47)

Interviewperson 9: Ja det er bare lidt spise så meget mere sundere og også lige som have et sundt sådan tænke sundt og sådan altså sådan ligesom begrænse sig selv for nogen af de sådan sukker øh, bare ligge på sofaen men ligesom være ret aktiv, det er også en sund person.

(Bilag L, 108)

Når overvægtige børn og unge orienterer sig mod kroppen, er der analytisk set forskel i deres kulturelle sundhedskapital og herunder deres sprog og viden omkring sundhed. Samfundets sundhedsdiskurser lægger op til et blik på KRAM-faktorerne. At faktoren motion bliver nævnt af de overvægtige børn og unge kan også relateres til Sundhedsstyrelsens tilbagevendende kampagne *Get moving*, hvortil denne kampagne analytisk set bliver virksom i børnene og de unge.

6.11.4. Delkonklusion

Ovenstående analyse indikerer, at de overvægtige børn og unge opfatter kroppen distinkti-
on til hinanden. Sundhedsstyrelsens normative anbefalinger angående BMI er der en enkelt agent, der ligger sig op af. Hertil kræver det en vis mængde ressourcer at sætte sig ind i, hvilke former for adfærd, der betragtes og anerkendes for at være sund på et givent tidspunkt. Statens effekter kan være virksomme hos overvægtige børn og unge, når de udtaler sig om KRAM-faktorerne. Samtidig

fremtræder der forskelle og ligheder i måden at opfatte en sund krop på. Disse distinktioner i kropsopfattelser gør sig samtidig gældende i samfundet, eftersom sundhedskursen en foranderlig konstruktion.

Kapitel 7. Metodisk diskussion

Dette afsnit indledes med et kritisk blik på nærværende speciales metode i henhold til vores prakseologiske tilgang. Afslutningsvis vil fokus være på børn og unge som interviewpersoner og herunder diskuteres de overvægtige børn og unges deltagelse i interviewene, deres forståelse i relation til spørgsmål omhandlende sundhed samt hvilken betydning lokaliteten af interviewet har haft for det empiriske materiale.

7.1. Refleksioner over arbejdet med et prakseologisk blik

Vi vil i det følgende kaste et kritisk blik på, hvorledes vores betragtningsmåde og prækonstruktioner formodes at påvirke vores antagelser og empiriske fund. Med et prakseologisk blik for øje må vi som undersøgere dels bryde med undersøgelsesfeltets og de overvægtige børn og unges umiddelbare forståelse af dem selv, og dels må vi objektivere vores egne prækonstruktioner af vores undersøgelsesfelt. Hertil kan det diskuteres, hvorvidt vi i vores forståelse af praksis formår at skabe forståelse for de objektive betingelser for produktion af socialt liv og samtidig bryde med objektive forståelser for at inddrage agenternes subjektive forståelser af deres handlinger. Det dobbelte brud, relationel tænkning, historisering og Bourdieus begrebsapparat fungerer som metodologiske værktøjer til at arbejde prakseologisk.

7.1.1. Refleksioner omhandlende det dobbelte brud i relation til vores undersøgelsespraksis

Gennem vores metodologiske undersøgelsesarbejde har vi været inspireret af det dobbelte brud, da vi har forsøgt at bryde med de overvægtige børn og unges egen selvforståelse og fremstilling af dem selv og vores egne teoretiske prækonstruktioner om undersøgelsesgenstanden (Bourdieu 1997, 93). Hertil har vi oplevet det som en udfordring gennem udarbejdelsen af specialet at efterleve Bourdieus krav om at foretage disse brud, da bruddene ikke er foretaget systematisk. Det dobbelte brud er ifølge Bourdieu svært at gennemføre, fordi det kræver, at vi som undersøgere foretager et brud med nogle dybe og ubevidste følelser af samhørighed og loyalitet over for undersøgelsesgenstanden (Bourdieu og Wacquant 1996, 234).

7.1.1.1. At bryde med agenternes selvforståelse

Det første brud har vi forsøgt foretaget ved at bryde med de overvægtige børn og unges egne oplevelser og erfaringer. Dette ved at forstå og forklare deres udtalelser ud fra vores analyseramme, og herved tage afstand til fænomenologien. Dette brud medvirker til, at meningen af børnene og de unges udsagn skabes af os som undersøgere, og i relation hertil kan rettes en kritik mod os selv. I undersøgelsesarbejdet har vi ikke fokuseret på undersøgelsesfeltets doxa til trods for, at de doxiske selvfølgeligheder gør sig gældende i undersøgelsesfeltet. Det kan herved være svært at bryde med børnenes og de unges selvforståelse, når vi ikke er bevidste omkring, hvad der blandt andet kan ligge bag deres udtalelser. Vi har forsøgt at bryde med agenternes selvforståelse ved at spørge de overvægtige børn og unge om deres sociale baggrund. Det vil sige, at vi har brudt med agenternes selvforståelse ved at fokusere på deres habitus gennem deres sociale baggrund og opvækstvilkår samt hvordan staten er virksomme i børnene og de unge, men vi kunne have foretaget bruddet i større grad ved også at fokusere på doxaen i undersøgelsesfeltet.

7.1.1.2. Vores position i det sociale univers

I det andet brud er fokus på vores egen undersøgerpraksis, og hvad vi som undersøgere tager for givet i et undersøgelsesfelt. Et kritisk blik inddrages derfor på, om det er muligt, at vi som undersøgere kan objektivere os selv fuldstændig, og vores position i det sociale univers diskuteres. Hertil diskuteres det, hvorvidt og i givet fald på hvilke måder, vi har været i stand til at sætte os ud over vores egen position.

I relation til vores position i det sociale univers kan metamagtfeltet være virksom i os som undersøgere i forhold til det universelle og normale indenfor sundhed. Dette ses som en udfordring at fremskrive, eftersom vi ligesom de overvægtige børn og unge underlægger os staten og er en del af den sociale verden. Vi er ikke altid bevidste omkring, hvornår vi underlægger os staten og hertil kan disse prægninger være svære at fremskrive. Vi er herved indskrevet i samfundets strukturer, og disse kan i praksis kan være svære at se bagom, fordi vi tager selvfølgeligheder for givet. Sundhedskapitalen og den institutionaliserede kulturel kapitalform, herunder kulturel sundhedskapital, kan præge vores position i det sociale univers, da disse har indflydelse på vores forståelse af undersøgelsesfeltet. Vi har forsøgt at objektivere de prækonstruerede konstruktioner, som har været inkorporeret i os, og som derfor fremstår som doxiske selvfølgeligheder i relation til vores position i undersøgelses-

sesfeltet. Dette kan have påvirket undersøgelsens analyse, da der kan være relevante udtalelser på baggrund af vores sundhedskapital og institutionaliserede kulturelle kapitalform som overses.

Gennem analysearbejdet fremstår det, at vores position som professionsbachelor i Ernæring og sundhed har influeret på analysens bearbejdning, og at vi ikke helt har formået at bryde med dette. Dette fremstår gennem nedenstående uddrag fra analysen, at vi har klassificeret og positioneret de overvægtige børn og unge ud fra udsagn, der ifølge vores position opfattes som termer, der angiver en højere kulturel sundhedskapital:

I forhold til motion fremtræder der ligeledes distinktioner, da Interviewperson 10, 11 og 5 skildrer det som ”løbetur”, ”løbe rundt” og ”sport”. Dette står i modsætning til Interviewperson 1, 9, 8 og 3, der anvender ord som ”motion”, ”muskler” og ”at holde sig i form”. Interviewperson 4 adskiller sig, eftersom han ikke nævner motion. Hertil er der forskel i de overvægtige børns og unges sproglige sundhedsrepertoire og dermed en forskel i deres mængde af kulturelle sundhedskapital (Afsnit 6.4., 76).

Ovenstående viser, at vi på baggrund af vores position i det sociale univers, herunder med en professionsbachelor i Ernæring og sundhed, fremskriver følgende distinktioner og analyserer børnene og de unges kulturelle sundhedskapital. Vi tager det som en selvfølge, at vi kender betydningen af termerne, og stiller derfor ikke efterfølgende spørgsmålstejn ved det. Hertil bliver det, hvad vi analytisk set tillægger sproget af betydning, og hermed vores sproglige konstruktion som gør sig gældende. Dette kan være præget af vores uddannelsesmæssige baggrund samt statens indprentede sundhedsudlægning i relation til f.eks. KRAM-faktorerne og sundhedstermer.

7.1.2. Relationel tænkning og historisering

Når vi med et Bourdieusk perspektiv skal undersøge et bestemt fænomen nærmere, må vi ifølge Bourdieu fokusere på undersøgelsesfeltets struktur og historiske genese, hvilket forstås som relationer mellem positioner og historisk tilblivelse (Larsen 2010, 73). I det følgende afsnit vil vi reflektere over brugen af dette i forhold til relationel tænkning og historisering.

Relationel tænkning er et metodisk redskab til at foretage det dobbelte brud. Den relationelle tænkning er reflekteret i Bourdieus begreber habitus, felt og kapitaler, og disse konstituerer den relationelle tænkning, og fungerer både som teoretiske og metodiske principper. I forhold til metodiske refleksioner og det at arbejde ud fra en relationel betragtningsmåde fremtræder en metodisk udfor-

dring. I et Bourdieusk perspektiv er det essentielle ved overvægtige børn og unge deres relationer til andre sociale tilhørsforhold (Hammerslev og Hansen 2009, 18). En udfordring i vores analysearbejde i henhold til relationel tænkning har været konstant at sætte de overvægtige børn og unge i relation til hinanden. Vi har dermed forsøgt at analysere på baggrund af de overvægtige børns og unges relationelle forhold, og ikke som en enkelt agent, hvilket har været svært at efterleve. Bourdieu tænker i relationer frem for i enkelte subjekter, hvilket vi har oplevet som værende udfordrende at gøre hele tiden. I forhold til feltbegrebet har vi metodisk anvendt det relationelt til at strukturere udvælgelsen af interviewpersoner, så vi fik synliggjort flere positioner. Den relationelle forståelse af undersøgelsens agenter sætter os i stand til med kapitalbegrebet at forstå og forklare de styrkeforhold, som fremtræder i relationerne mellem agenternes positioner. Vi har analyseret de overvægtige børns og unges positioner i relation til hinanden, samt forældrene i spørgeskemaundersøgelsen. Det har rent metodisk været en analysestrategi at sætte interviewpersonerne i relation til hinanden for herved at tænke relationelt. Habitus har også været et konstruerende begreb i forhold til relationen mellem objektive strukturer samt de overvægtige børns og unges erfaringer og oplevelser. I forhold til spørgeskemaundersøgelsen er det ikke muligt at bryde med den objektivistiske erkendelsesform da vi ud fra en spørgeskemaundersøgelse kun kan fokusere på de objektive relationer. På trods af dette har vi valgt at inddrage en spørgeskemaundersøgelse da vi herigennem kunne undersøge vores arbejdsantagelse omhandlende fælles mønstre og distinktioner i forældrenes kapitalsammensætning

Et andet redskab vi har forsøgt at bruge i forhold til at foretage det dobbelte brud er historisering, men hertil kan det diskuteres, hvorvidt vi har formået dette fuldstændigt. Ved at arbejde med vores undersøgelsesfelt historisk og hermed oprids sundhed som felt, må vi anskue det som en konstruktion, der er menneskeskabt. Vores undersøgelsesobjekt indgår i et bestemt historisk samfund i en given kontekst under nogle specifikke sociale og sundhedspolitiske betingelser. De kategoriseringer, der objektivt eksisterer i samfundet, er et resultat af en historisk udvikling. Hertil kunne opridsset af sundhedsfeltet i nærværende speciale være foretaget mere deltageret. Dette kunne gøres ved at besvare spørgsmål i et historisk perspektiv som eksempelvis hvornår det danske samfund begyndte at fokusere på overvægt som et samfundsmæssigt problem samt hvornår der fremtrådte lovgivning inden for sundhed i dansk sammenhæng (Larsen 2010, 74). Det vil sige en sociologisk fremskrivning af sundhed og overvægt i forhold til opkomsten heraf og de kampe der har været både internationalt og nationalt.

Et større fokus på sundhedsfeltets historiske tilblivelse kunne have bidraget med en større forståelse for de dominerende sundhedsdiskurser, og hertil ville vi i større grad have formået at foretage det dobbelte brud. Dette på baggrund af Bourdieus forståelse af historisering, da han mener, at de brud vi som undersøgere skal foretage altid er historisk konstrueret, og disse brud kan kun foretages ved at historisere sundhedsfeltets opkomst (Hammerslev og Hansen 2009, 22).

7.2. Diskussion af børn og unge som interviewpersoner

Nedenfor diskuteres børn og unge som interviewpersoner, og hvilken betydning inddragelsen af børn og unge af haft for vores undersøgelse. Hertil vil fokus være på interaktionen mellem os som undersøgere, og børn og unge som interviewpersoner i relation til deres måde at konstruere den sociale verden på. Yderligere inddrages et blik på interviewets lokalitet.

7.2.1. Interviewpersonernes konstruktion af os som undersøgere

Interviewpersonernes deltagelse har været varierende, og dette har skabt efterfølgende refleksioner. Forestillingen om, at alle børn og unge er lige gode interviewpersoner, har ikke været tilfældet i selve undersøgelsesprocessen. Fælles for interviewene har været den magt, som har udspillet sig mellem os som interviewere og børnene og de unge som interviewpersoner. Vi havde magten til at stille spørgsmålene, men børnene havde ubetinget magten til at besvare vores spørgsmål. Et metodisk valg har været at informere interviewpersonerne om, at vi studerer Læring og Forandringsprocesser frem for at positionere os gennem vores Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed. Dette kunne have haft betydning for interviewpersonernes opfattelse af os, eftersom vi på papiret er sundhedspersoner, og hertil kunne deres udtalelser være styret af at ville imponere med korrekt viden om sundhed og deres handlinger i forhold til sundhed.

Børn og unge kan tilpasse deres udtalelser i forhold til, hvad de tror, vi som undersøgere gerne vil høre. På trods af, at vi har været bevidste omkring vores position, er vi ikke alene om at konstruere vores position i feltet. Som undersøgere vil vi altid være nogen, og børnene og de unge konstruerer også vores position og tillægger os forskellige roller, og dermed kan vores position både siges at være valgt og tillagt. Hertil er vi uvidende omkring, hvordan børnene og de unge har opfattet os som undersøgere. Denne opfattelse kan have betydning for, hvordan børnene og de unge agerede i forhold til os som undersøgere og dermed deres deltagelse i de udførte interviews. I relation til Bourdieu kan magtstruktur inddrages i forhold til, hvordan vores position som voksne undersøgere er i forhold til børnenes position i det sociale rum. Den asymmetri, der opstod i interviewsituationen

blev forsøgt imødekommet igennem tøjvalg samt vores placering i forhold til børnene og de unge. Vi forsøgte at sætte os i børnene og de unges sted, og placerede os ved siden af dem i stedet for overfor, for at virke så lidt intimiderende som muligt.

7.2.2. Interviewpersonernes ordforråd i relation til sundhed

Interviewpersonerne har bidraget med forskellige fortællinger indenfor analysens tematikker. Her ved kan interviewpersonerne artikulere et bestemt moment inden for vores undersøgelsesspørgsmål og arbejdsspørgsmål. I relation til de interviews, hvor interviewpersonens deltagelse har været varierende, var det ikke muligt at konstruere en situation, hvor det var muligt at opnå besvarelse på alle de spørgsmål som interviewguiden indeholdt. Dette på trods af, at vi i interviewguiden havde fokus på alderssvarende spørgsmål samt ikke at stille for komplekse og lange spørgsmål. Dette formåede vi ikke altid som undersøgere, hvilket nedenstående er et eksempel på:

***Interviewer:** Hvad er dine vaner sådan i forhold til kost?*

***Interviewperson 5:** Kost?*

***Interviewer:** Ja den mad du spiser, er der nogle vaner der?*

***Interviewperson 5:** Tja.*

(Bilag L, 71)

På trods af, at vi i interviewsituationen havde fokus på ikke at overpositionere os ved ikke at bruge sundhedsfaglige termer, ses det tydeligt i ovenstående, at Interviewperson 5 ikke forstod betydningen af kost. Hertil inddrages børnene og de unges distinktioner i deres kulturelle sundhedskapital samt vores kulturelle sundhedskapital. På baggrund af vores uddannelsesmæssige baggrund har vi en højere kulturel sundhedskapital end interviewpersonerne og dermed et større ordforråd inden for sundhed, og hertil tager vi forståelsen af forskellige termer for givet. Som det fremgik af det empiriske materiale, var der distinktioner i de overvægtige børn og unges sproglige sundhedsrepertoire. Interviewperson 12 som analytisk set er højere positioneret end Interviewperson 5 i forhold til deres kulturelle sundhedskapital anvender selv ordet kost som term, hvilket nedenstående viser:

***Interviewer:** jaer, hmm, hvis jeg siger ordet sundhed, hvad får det så dig til at tænke på?*

***Interviewperson 12:** Det får mig til at tænke på motion, kost og øhm fedtmasse i forhold til muskelmasse*

(Bilag L, 127)

Samtidig kan det nævnes, at nogle af spørgsmålene var for svære for børnene og de unge og forstå her kan nævnes: *Kan du sætte ord på din opfattelse af sundhed og krop før du startede til Jump4Fun?*

Hertil kunne vi i stedet for termen *opfattelse* havde brugt andre termer, således spørgsmålene kunne have lydt; *Hvad syntes du om din krop før du startede til Jump4fun?*

I og med at vi anvendte det kvalitative forskningsinterview som metode, havde vi mulighed for at forme interaktionen, og forklare betydningen af de ord børnene og de unge ikke forstod samt omformulere de vanskelige spørgsmål. I interviewsituationen tog vi udgangspunkt i hver enkelt interviewperson i forhold til deres kulturelle sundhedskapital samt objektive strukturer såsom alder.

7.2.3. Lokaltet på interviewstedet

Det kan diskuteres hvorvidt lokaliteten, hvor børnene og de unge blev interviewet har haft betydning for den interaktion, der fandt sted. Som nævnt tidligere foregik størstedelen af interviewene på en lokalitet nær børnene og de unges Jump4fun hold. I et enkelt tilfælde blev et søskendepar interviewet i deres eget hjem, efter ønske fra moren.

I analyseafsnittet omhandlende stigma inddrages primært to interviewpersoner, hvilket kan relateres til lokalitet. I interviewene med Interviewperson 5 og Interviewperson 7 blev der skabt en interaktion hvor interviewpersonerne åbnede op omkring deres overvægt og mobning. Hvortil det i interaktionen med nogle af de andre børn og unge fandtes svært at snakke om disse følsomme emner og spørge uddybende ind til det. Dette ses i nedenstående:

Interviewer: *Du har skiftet skole?*

Interviewperson 3: *Ja to gange*

Interviewer: *På grund af at i har flyttet eller?*

Interviewperson 3: *Nej, på grund af nogle andre ting*
(Bilag L, 53)

Interviewperson 3 nævner, at han har skiftet skole to gange, men ønsker ikke at komme nærmere ind på årsagen hertil. Det kan diskuteres om det har haft betydning for interaktionen, at interviewene med Interviewperson 5 og Interviewperson 7 foregik i et rum for sig, mens de andre interviews enten foregik på en gang, hvor der kunne komme andre forbi eller i et rum, hvor børnene eller de unges forældre var tilstede. Børnene og de unge kan have oplevet det som intimiderende, at skulle tale om personfølsomme emner, hvor andre ud over os som interviewere kunne høre dem, og benyttede sig derfor af forskellige forsvarsmekanismer, såsom at snakke udenom eller at lukke af. Hertil kan det være svært for børnene og de unge at blive mindet om deres overvægts ekskluderende virkning og skulle tale om dette.

I forhold til de interviewsituationer, hvor der var en forælder tilstede, oplevede vi, at der var spørgsmål som børnene og de unge ikke ønskede at svare på, hvilket nedenstående viser:

Interviewer: *mm, og hvis du nu skulle sige en person som er ja også en i din familie eller en af dine venner eller en kendt person, som er usund, hvem ville du så sige?*

Interviewperson 4: *Øhh, må man godt sige, det vil man ikke svare på?*

Interviewer: *Ja, det må du godt sige*

Interviewperson 4: *Det vil jeg helst ikke svare på*

(Bilag L, 61)

Interviewer: *Ja, det er da dejligt, har du tit venner med hjemme?*

Interviewperson 6: *Øhm, det vil jeg helst ikke svare på*

(Bilag L, 84)

Hertil skal nævnes, at forældrenes tilstedeværelse gjorde, at de kunne supplere med viden f.eks. i forhold til deres sociale baggrund som børnene og de unge havde svært ved at svare på. Et andet aspekt, der findes væsentligt at inddrage er lokaliteternes påvirkning på børnene og de unges udtalelser og referencer. Interviewperson 4, der blev interviewet i hans eget hjem refererede til, hvad han lavede derhjemme, såsom *"jeg går rundt og leger med pind sammen med Harley"* (Bilag L, 60).

Ovenstående viser, at lokalitet er af stor betydning for børnene og de unges udtalelser og den måde de konstruerer deres sundhedspraktikker på. På trods af dette vægtes alle interviews lige meget, da det handler om en bevidsthed omkring lokalitetens betydning for interaktionen.

I forhold til ovenstående refleksioner er disse medvirkende til at gøre os til bedre undersøgere, da den praktiske læring forbedres. Dette kan sættes i relation til Bourdieu, der efter Glasdams forståelse heraf mener, at undersøgeren kun lærer ved at se, hvordan det virker i praksis (Glasdam 2004, 42).

Kapitel 8. Diskussion

Overordnet set vil dette diskussionsafsnit inddeles i to dele. I den første del fokuseres der på en teoretisk diskussion af nærværende speciales teoretiske forståelsesramme. Efterfølgende i del to er omdrejningspunktet en reflekterende diskussion af statens indflydelse på overvægtige børn og unges investering i sundhedskapitalen, samt hvem der kan siges at have ansvaret for den enkeltes sundhed.

8.1. Teoretisk diskussion

Den teoretiske diskussion indledes med et kritisk blik på Bourdieu og vores brug af hans begreber, dernæst diskuteres inddragelsen af Goffman og afslutningsvis er fokus på refleksioner omhandlende brugen af Shim og Larsen.

8.1.1. Diskussion af brugen af Bourdieu

I det følgende er der fokus på brugen af Bourdieu og hans begrebsapparat som analyseramme, og hvilke udfordringer der kan opstå ved brugen heraf.

Vi har gennem en Bourdieu inspireret analyseramme frembragt analytisk empiriske fund af dele af den sociale verden, og givet forklaringer på, hvorfor vores undersøgelsespraksis arter sig, som den giver udtryk for at gøre. Hermed er der frembragt forståelse og forklaring omkring den sociale baggrunds betydning i relation kulturel sundhedskapital og investering i sundhedskapital.

En af de oplevede udfordringer ved brugen af Bourdieu i vores undersøgelsesarbejde har opstået rent metodisk, eftersom han ikke foreskriver tydelige handlingsanvisninger for udførelsen af interviews. En kritik af Bourdieu er derfor, at selvom vi får anvisninger gennem hans begreber habitus, felt og kapital til at konstruere vores undersøgelsesobjekt, ligger der stadig en udfordring heri, da det at arbejde med disse begreber er en åben tilgang, da begreberne er dynamiske værktøjer (Larsen 2010, 75-76). I arbejdet med en Bourdieusk begrebsverden fremtræder det som værende en kompleks størrelse, eftersom alle begreberne hænger sammen og defineres i relation til hinanden. Hertil kan vi rette et kritisk blik mod os selv, eftersom vi i præsentationen af begreberne har forsøgt at adskille dem, og hermed kan de miste noget af deres betydning. Dette anser vi ikke som udslagsgivende i forståelse og brugen af begreberne i analysen, eftersom vi i vores analyse har brugt begreberne i relation til hinanden og herved sammenkoblet dem igen. Yderligere stiller vi os reflekteren-

de overfor, at vi som undersøgere har anvendt dele af Bourdieus begrebsapparat, og eksempelvis ikke har fokuseret på begreberne doxa, illusio samt symbolsk vold. Optimalt set ville hele begrebsapparatet være ideelt, men dette anses som værende komplekst at inddrage ved et mindre empiriske materiale som dette, eftersom vi også anvender andre teoretiske forståelser.

Et sidste kritisk punkt i relation til arbejdet med Bourdieu omhandler hans videnskabsteoretiske afsæt i hans sociologiske arbejde. Vi har tidligere fremskrevet Bourdieus videnskabsteoretiske position som værende konstruktivistisk strukturalisme eller strukturalistisk konstruktivisme. I arbejdet med Bourdieu har vi derfor løbende haft refleksioner omkring de objektive strukturers betydning i vores empiriske materiale. Hertil kan det diskuteres om de objektive strukturer mellem positionerne i det sociale rum er blevet tillagt større værdi end agenternes frie vilje, og i hvilken grad disse objektive strukturer er styrende for den enkeltes handlinger. Ud fra dette har overvægtige børn og unge analytisk set ikke det frie valg på baggrund af opvækstbetingelser, deres forældres kapitalsammensætning samt objektive strukturer. Når overvægtige børn og unge analytisk set orienterer sig mod at optimere eller opretholde deres sociale position, eksempelvis via investeringer relateret til sundhed, er det ifølge Bourdieu med en given position i det sociale samt en habitus. Vi kan i forbindelse med dette være kritiske overfor vores egen brug af Bourdieus begreb habitus. Vi har brugt habitus som et analytisk værktøj, hvortil fokuset primært har været på de objektive strukturer, og hertil et mindre fokus på habitus som værende noget foranderligt. I interviewene kunne vi derfor have spurgt mere ind til de overvægtige børn og unges erfaringer og oplevelser med sundhed end at fokuserer på objektive strukturer.

8.1.2. Refleksioner over inddragelsen af Goffman

I det følgende reflekteres over inddragelsen af Goffman og hans stigma begreb. En refleksion hertil retter sig mod, at stigma begrebet er udviklet af Goffman i 1960'erne. Samfundets strukturer i relation til sundhedsdiskursen har ændret sig siden 1960'erne, hvor Goffman udarbejdede sine begreber. Hertil kan det diskuteres, hvorvidt Goffmans beskrivelser af de tre former for stigma kan siges at være foranderlige alt efter kontekst og historisk periode. Stigma i sin kropslige form definerer Goffman som værende fysiske misdannelser såsom et ansigt med ar. Vi har i nærværende speciale valgt af definere overvægt som værende et kendetegn, der kan relateres til stigma. Dette på baggrund af, at overvægt analytisk set kan anses som værende socialt afvigende på baggrund af gældende sundhedsdiskurser.

Goffman nævner ikke overvægt, hvilket kan refereres til det givne historiske tidspunkt. Kroppen og vores opfattelse heraf ændres over tid og i forhold til den herskende sundhedsdiskurs i et givent samfund i en bestemt periode. Det dominerende kropideal kan analytisk set siges at være præget af de privilegerede grupper og denne konstruktion af den normaliserede krop gør de afvigende kroppe til det unormale (Larsen og Esmark 2013, 10). Overvægt som stigma gør sig derfor ikke gældende i alle kontekster, her kan nævnes overvægt som værende et symbol på velstand og magt i nogle samfund eller andre historiske perioder (Larsen og Hansen 2013, 30).

Ydermere kan Goffman siges at arbejde på mikroniveau, hvilket kan give et snævret billede af det empiriske materiale. Goffman har fokus på den sociale interaktion, hvor individet kan opleve at blive afvist. Vi finder det væsentlig at fokusere på makroniveauet, da det ifølge Larsen er de dominerende sundhedsdiskurser i samfundet, som er bestemmende for, hvad det normale og unormale er relateret til sundhed og kroppen. Disse kategoriseringer har betydning for, hvorvidt overvægt kan defineres som værende et stigma.

8.1.3. Refleksioner over brugen af Shim og Larsen

Fokus i dette afsnit omhandler refleksioner over brugen af Shim og Larsen. Shims udvikling af kulturel sundhedskapital i relation til patienter er foretaget på baggrund af en kvalitativ undersøgelse foretaget i 2010 og 2011 i det vestlige USA. Det empiriske materiale omfatter 17 klinik interaktioner og 23 dybdegående interviews (Shim et al. 2013, 3-4). Vi forstår Shims begreb som værende forsøgsvist, eftersom det ikke er teoretisk oparbejdet, fordi undersøgelsen er udført i det vestlige USA og med 23 interviews.

Shims begreb kulturel sundhedskapital er relateret til USA, og dette kan kritiseres i forhold til brugen heraf i nærværende speciale på baggrund af sammenlignelsesgrundlaget til en dansk sammenhæng. Sammenlignelsesgrundlaget er større ved nationale undersøgelser frem for internationale, fordi agenterne som er inddraget i forskningen ved nationale studier er underlagt den samme velfærdsstat og herunder samme strukturer i samfundet. Drages der parallel til Danmark kan det diskuteres, hvorvidt Shims refererede ulighed i sundhed kommer til udtryk i et dansk regi. Til forskel fra USA er der i Danmark opbygget en såkaldt fælles sundhedskapital gennem både den materialiserede og institutionelle form. I relation til den materialiserede form er staten centralt, eftersom der her til kan relateres til de basale artefakter, herunder blandt andet forebyggelsescentre, vitaminer, lægemidler, vandforsyning og hospitaler. I den institutionaliserede form for sundhedskapital kan ord-

ninger som statslige støtte til f.eks. sundhedspleje og behandling af sygdom nævnes (Hansen og Larsen 2013, 25). Denne form for fælles sundhedskapital står principielt til rådighed for alle i den danske velfærdsstat, hvilket ikke gør sig gældende i USA, da deres sundhedsvæsen er anderledes opbygget. I USA er der ikke en række sundhedsydelser, som står til rådighed for alle, og generelt er det op til den enkelte at få en sygeforsikring. Denne sygeforsikring kan sikres gennem en arbejdsgiver, hvilket skaber ulighed i sundhed, da ledige ikke sikres herigennem. Hertil kan den enkelte opleve at skulle betale en del af udgifterne til behandling selv (BBC News, 2010). Ovenstående forskelle mellem Danmark og USA begrænser sammenligningsgrundlaget, da der i relation hertil kan være forskel på, hvordan patienter oplever deres behandling. Overordnet set findes det væsentligt at relatere empiriske fund fra en kontekst i forhold til værdien og relevansen heraf i en anden kontekst. Hertil er der store afvigelser mellem det undersøgelsesfelt Shim har studeret og nærværende speciales kontekst grundet det danske velfærdssamfund og målgruppen.

Afslutningsvis i denne teoretiske diskussion er fokuset på begrebet sundhedskapital. Larsens empiriske grundlag i relation til begrebet sundhedskapital udspringer fra et studie fra 2013. Larsen tydeliggjorde ved hjælp af eksempler fra dansk statistik, hvordan agents position i samfundet i løbet af de seneste 20 år er begyndt at afhænge af, hvor meget vi investerer i vores sundhedskapital (Larsen et al. 2013). Til trods for, at både Larsen og Shims begreber er tentative findes det relevant at inddrage dem som vores forståelsesramme, eftersom vi har tillagt undersøgelsesspørgsmålet et sundhedsperspektiv.

8.2. Reflekterende diskussion

Vores fokus i denne reflekterende diskussion omhandler, hvordan staten er virksom i de overvægtige børn og unge, når de analytisk set orienterer sig mod sundhed. Yderligere diskuteres, hvem der har ansvaret for den enkelte agents sundhed.

8.2.1. Hvordan er staten virksom i de overvægtige børn og unges investering i sundhedskapital?

Staten er den eneste institution, som har magten til at udøve legitim symbolsk vold, og kan herved være virksom i overvægtige børn og unges orienteringer mod sundhed. Staten kan siges at indprente nogle fælles opfattelser af sundhed og kroppen hos børnene og de unge (Bourdieu 1997, 125). På baggrund af analysen kan staten analytisk set siges at være virksom i de overvægtige børn og unge, og hermed kan staten have påvirket agenterne i forskellig omfang af den dominerende sundhedsdis-

kurs, der viser sig i samfundet. Denne sundhedsdiskurs kan blive virksom gennem sundhedskam-pagner, sundhedsfremmende indsatser og lovgivning. Statens beskyttelsesramme er hermed blevet mindre, og det er op til agenterne selv, hvordan de skal opretholde, forbedre og anvende deres sundhedskapital.

Jump4Fun er et kommunalt sundhedsfremmende tilbud til overvægtige børn og unge, og det kan diskuteres, hvorvidt dette kan anses som værende en eksklusion. Siden staten som den eneste insti-tution har magten til at udøve symbolsk vold har danskere et specielt forhold hertil. Befolkningen stiller sig ikke undrende overfor de tilbud som staten står bag, og herved bliver det ikke diskuteret, om der skulle være tale om et overgreb. Det er i politikernes interesse at forebygge overvægt blandt børn og unge, eftersom overvægt opfattes som et samfundsøkonomisk problem, da der er omkostninger forbundet med overvægt i relation til behandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007, 9). På et makro niveau kan overvægt i samfundet og herunder sundhedsfeltet analytisk set blive opfattet som et stigma, eftersom statens interessenter har fokus på at forebygge dette. På et mikroniveau kan overvægt indikere i relation til vores analytiske nedslag, at agenter ikke lever op til den dominerende sundhedsdiskurs. Ud fra ovenstående kan overvægt i nogle kontekster opfattes som et stigma, der kommer til udtryk både på et makro og mikroniveau. Det kan hertil diskuteres, hvorvidt de overvægtige børn og unge analytisk set igennem deres investering i sundhedskapitalen forsøger at underlægge sig staten udlægning af sundhed. Herigennem at mindske muligheden for at blive ekskluderet af fællesskabet på baggrund af deres overvægt, hvortil investering i sundhedskapi-talen analytisk set kan omveksles til social kapital.

8.2.2. Hvem har ansvaret for den enkeltes sundhed?

I det følgende vil det blive diskuteret hvem, der har ansvaret for den enkeltes sundhed. Forældrene til overvægtige børn og unge, der går til Jump4fun, skulle i spørgeskemaundersøgelsen besvare hvilket ansvar en række interessenter på mikro-, meso- og makroniveau havde i relation til egen sundhed i forhold til mad og bevægelse (Tabel 2, 57).

Størstedelen af forældrene (96 %) tildeler den enkelte et stort ansvar for egen sundhed i forbindelse med mad og bevægelse. Staten kan siges, at hjælpe i form af lovgivning, information og en række sundhedsydelse, men samtidig er statens beskyttelsesramme blevet mindre. Dette kan relateres til, at det ifølge forældrene den enkelte selv, der har hovedansvaret for at holde en sund livsstil. Det kan derfor diskuteres hvorvidt, der på trods af en såkaldt fælles sundhedskapitalen i Danmark kan opstå

ulighed i sundhed. Agenter har analytisk set forskellige kapitalmængder og sammensætninger, og dermed forskellige ressourcer at trække på i forhold til sundhed. Selvom forældrene erkender, at de har et stort ansvar i forhold til egen sundhed, er det ikke sikkert, at de har de rette ressourcer til at have dette ansvar alene. Hertil kan det være svært at give de rette påvirkninger videre til sine børn, hvortil ansvaret kan pålægges andre. Jump4fun kan dermed siges at være en hjælp til forældre, da Jump4fun analytisk set kan være medvirkende til at forbedre eller optimere børnene og de unges sundhedskapital.

Dette kan relateres til forældrenes holdning til staten og kommunernes ansvar i forhold til den enkeltes sundhed. Lidt over halvdelen (52 %) mener, at staten og kommunerne intet ansvar har, mens den anden halvdel (48 %) mener, at de har et medansvar. Medansvaret i relation til kommunerne kan være de tilbud, de stiller til rådighed, men samtidig er det op til den enkelte, hvorvidt denne ønsker sig at benytte sig heraf. Næst efter den enkelte selv, mener over halvdelen (56 %) af forældrene, at familien har et stort ansvar. Relateres ansvarsfordelingen til interviewene kan siges at være distinktiøst i forhold til den objektive struktur alder. Nogle af de yngste af de interviewede børn og unge tillægger deres familie ansvaret for deres egen sundhed. Hvortil de resterende tillægger dem selv ansvaret for, at de har gode sundhedsvaner. Børnene og de unges alder gør, at de er underlagt påvirkninger fra hjemmet, men flere af børnene og de unge udtalelser, at det er deres eget ansvar f.eks. at kunne sige nej til kage, hvilket nedenstående indikerer:

Altså en selv blandt andet, men også ens mor og far. Fordi når man er her i de her 14-13 år, så kan man hurtigt lige gå ned og købe noget nede i Brugsen eller sådan noget, så man har selv et stort ansvar.

(Bilag L, 41)

Det kan diskuteres, hvorvidt forældrenes ansvar for deres børn også gælder i relation til sundhed og herunder børnene og de unges overvægt. Ansvar for børn og unges sundhed deles af familie, institutioner og samfundet, og ansvaret forekommer herved på forskellige niveauer.

Kapitel 9. Sammenfattende fund

I nærværende speciale har vi undersøgt, hvordan overvægtige børn og unge konstruerer og investerer i sundhed, og i dette afsnit vil sammenfattende fund relateret til specialets undersøgelsesspørgsmål blive præsenteret. Dette afsnit vil derfor tage afsæt i arbejdsspørgsmålene i relation til undersøgelsesspørgsmålet, arbejdsantagelserne, delkonklusionerne fra analyseafsnittet, diskussionsafsnittet samt samle op på specialets formål.

9.1. Distinktioner i sundhedskapitalen og kulturel sundhedskapital

I relation til de overvægtige børn og unges kulturelle sundhedskapital fremstår det, at børnene og de unge har et forskelligt ordforråd og viden relateret til sundhed. Hertil fremtræder der i dette empiriske materiale ikke sammenhæng mellem de overvægtige børn og unges mængde af kulturel sundhedskapital i forhold til deres forældres position i sundhedsfeltet. Ud fra vores empiriske materiale fremstår der blandt overvægtige børn og unge ulighed i sundhed, eftersom tendensen er, at de har et forskelligt ordforråd og viden relateret til sundhed, og dermed forskellig fordelte ressourcer.

Gennem analysen fremstår det, at de overvægtige børn og unge analytisk set tilsidesætter deres behov og tid for at investere i deres sundhedskapital igennem deltagelse i Jump4fun. Hertil kan det diskuteres, hvorvidt de overvægtige børn og unge igennem deres investering i sundhedskapitalen forsøger at underlægge sig statens udlægning af sundhed. Dette kan relateres til det udbytte, de får i form af større selvtillid og flere venner, hvilket er medvirkende til at forbedre deres sociale position. De overvægtige børn og unges investering i sundhedskapitalen kan medvirke til, at deres andre kapitaler forbedres eller optimeres. Herigennem kan børnene og de unge analytisk set mindske muligheden for at blive ekskluderet af fællesskabet på baggrund af deres overvægt, hvortil investering i sundhedskapitalen analytisk set kan omveksles til social kapital. Samtidig kan et vægttab medvirke til en optimering af de overvægtige børn og unges position i forhold til kroppen og dens fremtræden. Jump4fun gør det muligt for overvægtige børn og unge at investere i deres sundhedskapital, på trods af forskellige opvækstvilkår.

9.2. Sundhedskonstruktioner

Gennem datamaterialet fra spørgeskemaundersøgelsen samt det empiriske fra interviewenes tendenser det til, at de overvægtige børn og unge primært er mellem positionerede i det sociale rum i relation til hinanden. I forhold til de analytiske fund kan KRAM-faktorerne siges at være virksomme i

de overvægtige børn og unges konstruktioner af sundhed, eftersom de udtaler sig om kost og motion. Staten kan analytisk set hermed siges at være virksom i de overvægtige børn og unge, og hermed kan staten have påvirket agenterne i forskellige omfang af den dominerende sundhedsdiskurs, der viser sig i samfundet. Enkelte i det empiriske materiale betoner også det at være i godt humør og have det godt med sig selv i relation til konstruktionen af sundhed. Denne ulighed i sundhedskonstruktionerne kan analytisk forklares med forskelle i interviewpersonernes habitus, herunder deres sociale baggrund.

Igennem det empiriske materiale er der tendens til, at de overvægtige børn og unge fokuserer på den ydre og indre krop. Der fremstår samtidig en tendens til, at en sund krop for denne målgruppe er idealet om at være tynd. Selvom størstedelen af agenterne orienterer sig mod den ydre og indre krop, er der også andre agenter som forholder sig distinktivt til dette kropsideal. Eksempelvis fremstår det helhedsorienterede kropsideal som et forsøgsvist kropsideal gennem det empiriske materiale. Disse distinktioner i kropsoptagelser gør sig samtidig gældende i samfundet, eftersom sundhedsdiskursen er en foranderlig konstruktion.

9.3. Den sociale baggrund og betydningen for investering og forståelsen af sundhed

I forhold til spørgeskemaundersøgelsen tenderes der nogle fælles mønstre og distinktioner blandt de forældre, der har besvaret spørgeskemaet. Et af de mest fremtrædende mønstre blandt forældrene er, at en stor del af forældrene kan kategoriseres under betegnelsen overvægtige eller fede ud fra BMI inddelingerne. Forældrene har forskellige mængder af kulturel sundhedskapital i relation til uddannelse og jobfunktion. Gruppen af forældre repræsenterer en vis heterogen gruppe på baggrund af deres kapitalmængder og sammensætninger, og har dermed forskellige ressourcer at trække på i forhold til investering i sundhedskapitalen. De overvægtige børn og unge er samtidige distinktive fra hinanden, eftersom de er forskelligt positioneret i det sociale rum og har forskellige mulighedsbetingelser. De overvægtige børn og unge er underlagt nogle samfundsmæssige ressourcer som gør, at de også inden for den institutionelle form for sundhedskapital har noget til fælles. Størstedelen af forældrene mener, at den enkelte selv har hovedansvaret for at holde en sund livsstil. Hertil kan det diskuteres, hvorvidt der på trods af den såkaldte fælles sundhedskapital, kan opstå ulighed i sundhed. Analyserne ud fra vores empiriske materiale tyder på, at børnene og de unges mængde af social kapital er væsentligt i forhold til sundhedskapitalen, da agentens relationer kan være medvirkende til støtte og opbakning. Jump4fun kan være et netværk, hvor de overvægtige børn og unges soci-

ale relationer styrkes og dermed analytisk set være medvirkende til, at de overvægtige børn og unge finder det værd at investere i sundhedskapitalen.

9.4. Overvægt som stigma i sin kropslige form

Overvægt som stigma i sin kropslige form kan ud fra det empiriske materiale resultere i, at de overvægtige børn og unge analytisk set bliver ekskluderet fra fællesskabet i nogle kontekster. Dette kan på et makro niveau begrundes med, at overvægt i samfundet og herunder sundhedsfeltet kan blive opfattet som et stigma, eftersom statens interessenter har fokus på at forebygge dette. Ud fra det empiriske materiale oplever to af agenterne dette, og hertil forsøger de gennem et vægttab at rette op på deres distinktion. Hertil stigmatiserer to af interviewpersonerne selv andre i forhold til overvægt. Flere af de overvægtige børn og unge undlader at fortælle deres klassekammerater, at de går til et bevægelsestilbud for overvægtige og analytisk set kan dette være for at undgå at kategorisere og stemple dem selv som overvægtige. De overvægtige børn og unge oplever Jump4fun som et frirum med andre ligestillede. I dette frirum oplever de overvægtige børn og unge, at de kan søge støtte og råd, og deres sociale kapital øges igennem nye relationer. Dette sociale netværk, der skabes til Jump4fun, kan anses som værende en symbolsk kapital, da det anerkendes af børnene og de unge.

9.5. Hvordan konstruerer og investerer overvægtige børn og unge i sundhed?

Nærværende speciale viser, at overvægtige børn og unge konstruerer sundhed ud fra deres position i det sociale rum, de dominerende samfundsmæssige diskurser i sundhedsfeltet samt deres mængde af kulturel sundhedskapital herunder deres sproglige sundhedsrepertoire. Samtidig tenderer det til, at forældrene repræsenterer en vis heterogen gruppe på baggrund af deres kapitalmængder og sammensætninger, og dermed har overvægtige børn og unge forskellige ressourcer at trække på i forhold til investering i sundhedskapitalen. Overvægtige børn og unge tilsidesætter deres behov og tid for at investere i deres sundhedskapital igennem deltagelse i Jump4fun. Overvægtige børn og unge oplever Jump4fun som et frirum med andre ligestillede, hvori de analytisk set kan investere i deres sundhedskapital uden at deres overvægt kan opfattes som et stigma. Jump4fun kan hermed være et netværk, hvor de overvægtige børns og unges sociale relationer styrkes og dermed analytisk set være medvirkende til, at de overvægtige børn og unge finder det værd at investere i sundhedskapitalen.

10. Litteratur

- Andersen, D. og Kjærulff, A. (2003): *Hvad kan børn svare på – om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser*. København: Social forskningsinstituttet.
- Andersen, P.T og Timm, H. (2010). Indledning. I Andersen, P.T. og Timm, H. (red.) *Sundhedssociologi. En grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag
- BBC News (2010): *Q&A: US healthcare reform*. Tilgængelig på: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8160058.stm> [besøgt d. 06.05.15]
- Bjerg, O. (2011). Metoder og erkendelsesteori. I Vallgård, S., Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg., København: Munksgaard.
- Bloch-Jørgensen, S. og Vestergaard Larsen, J. (2014). Kap. 2 Undersøgelsens analyseramme. I *Kompetenceudviklingsforløbet Klar, Parat – Leg: En undersøgelse af de involverede agenter oplevelse og sundhedsopfattelser*. København: Aalborg universitet.
- Boolsen, M.W. (2008): *Spørgeskemaundersøgelser. Fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarerne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (1986) The form of capital. I: Richardson, J.G. *Handbook of theory and reseach for the sociology of education*. Libary of congress cataloging in Publication Data.
- Bourdieu, P. (1994). Socialt rum og symbolsk magt. I Callewaert, S. (Red). m.fl. (1994): *Pierre Bourdieu – Centrale skrifter inden for sociologi og kulturteori*. København: Akademisk Forlag
- Bourdieu, P. (1997): *Af praktiske grunde – omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. :A (2005). *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P.: B (2005): *Viden om viden om refleksivitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. :A (2010). Modstridende interesser i staten. I *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 / 2010. s. 121-134.
- Bourdieu, P.: B (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. Interview med Pierre Bourdieu. I *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 / 2010. s. 113-120.
- Bourdieu, P. og Wacquant, L. (1996): *Refleksiv Sociologi - Mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P og Wacquant, L. (2009): *Refleksiv sociologi – Mål og midler*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (2010). Introduktion: I Brinkmann, S. og Pedersen, L.T. *Kvalitative metoder*. En grundbog. København: Hans Reitzels Forlag.

- Callewaert, S. (1996): *Kultur, pædagogik og videnskab*. 2. udg. København: Akademisk Forlag.
- Christensen, U. et al. (2011). Det kvalitative forskningsinterview. I Vallgård, S. og Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg., København: Munksgaard.
- Christensen, V.T. (2011): *Vægt og kapital*. Tilgængelig på: <http://ej.lib.cbs.dk/index.php/danksociologi/article/viewFile/3913/4224> [besøgt d. 09.05.2015]
- Danmarks Evalueringsinstitut (2009): *Børneperspektiver*. Tilgængelig på: <http://www.eva.dk/udgivelser/2009/boerneperspektiver/view> [besøgt d. 10.05.2015]
- Danmarks Tekniske Universitet (2011): *Børns mellemmåltider er for søde*. Tilgængelig på: <http://www.food.dtu.dk/Nyheder/2011/04/Boerns-mellemmaaltider-er-for-soede> [besøgt d. 27.04.15]
- Den store danske. Gyldendals åbne encyklopædi (2009-2013): *Barndom*. Tilgængelig på: http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Etnologi/Barndom [besøgt d. 06.02.15]
- DGI A. *Hvem er DGI*. Tilgængelig på: <http://www.dgi.dk/arkiv/2004/09/12/hvem-er-dgi-> [besøgt d. 10.03.2015]
- DGI B. *DGI Nordsjælland*. Tilgængelig på: <http://www.dgi.dk/foreningsledelse/min-landsdelsforening/dgi-nordsjaelland> [besøgt d. 10.03.2015]
- DGI (2014): *Jump4fun*. Tilgængelig på: <http://www.dgi.dk/jump4fun> [besøgt d. 03.02.2015]
- Enalyzer (2010). Tilgængelig på <http://www.enalyzer.dk/> [besøgt d. 06.02.15]
- Esmark, K. (1993) *En teori om symbolsk vold*. Pierre Bourdieu og Jean-Claude Passeron: *Reproduction in Education, Society and Culture*, 2. udg. 1990 Resumé af 1. del: ”*Foundations of a theory of symbolic violence*”. Forlaget Hexis.
- Esmark, K. og Larsen, K. (2010): Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. I Esmark, K, Høyen, M, Larsen, K (red.): *Hvorfor Bourdieu?* København: Forlaget HEXIS.
- Esmark, K. og Larsen, K. (2013): Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring - norske og danske studier. I *Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 2013: 1-2 7. årgang.
- From, D. (2012): *De sunde overvægtige børn. Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Roskilde universitet: Forskerskolen i Livslang Læring. Tilgængelig på: http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/10465/1/Afhandling_fin_d_26.11.12.pdf
- Get Moving (2015): *Sundhedsstyrelsen. Get Moving. 60 minutter om dagen – gerne mere*. Tilgængelig på: <http://getmoving.dk/> [19.05.2015]
- Glasdam, S. (2004). *Interview. En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser*. I *Vård i Norden* 4. Publ. no. 74 vol. 24 no. 4 pp. s. 42-47.

- Glasdam, S. (2009). Folkesundhed – menneskehedens interesse par excellence. I Glasdam, S. (red.) *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Udgivet af Dansk Sygplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfunds Litteratur.
- Hammerslev, O. og Hansen, J.A. (2009): Indledning – Bourdieus refleksive sociologi i praksis. I Hammerslev, O., Hansen, J.A. og Willig, I. (red.) *Refleksiv sociologi i praksis*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Hammerslev, O. og Hansen, J.A. (2010): Bourdieu og staten. I *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 / 2010. s. 11-32.
- Hansen, G. og Larsen, K. (2013). *Social ulighed i sundhed – mere valg end vilkår. Indsigter og forklaring på norske forhold*. I Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse. Oslo: HiOA. dahl, E., van der Wel, K. & Bergsli, H. (eds.). helsedirektoratet
- Hastrup, K. (2007). Forord. I Bourdieu, P. *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels Forlag
- Høyer, K. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?. I Vallgård, S. og Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg., København: Munksgaard.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. Tilgængelig på:
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2007/Maj/~media/Files/20-%20dokumenter/samfundkons2007.ashx> [03.02.2015]
- Jacobsen, M.H og Kristiansen, S. (2010). Erving Goffman. I Andersen, P.T. og Timm, H. (red.) *Sundhedssociologi. En grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag
- Jensen, B. et al. (2007) *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. København NV: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Julemærket: *Om Julemærkefonden*. Tilgængelig på: <https://www.julemaerket.dk/467/om-julemaerkefonden> [besøgt d. 10.03.2015]
- Jørgensen P. S. (1988): Børn i en foranderlig verden. I Jensen, M. K. 1988: *Interview med børn*. København: Social forsknings instituttet.
- Jørgensen, P. S. (2000): Børn er deltagere – i deres eget liv. I Jørgensen, P. S og Kampmann, J. (red.) 2000: *Børn som informanter*. København V: Børnerådet.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Interview*. 2. udg., København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2009). Observationer i et felt. I Hammerslev, O., Hansen, J.A. og Willig, I. (red.) *Refleksiv sociologi i praksis*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. I Andersen, P.T. og Timm, H. (red.) *Sundhedssociologi. En grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K., Cutchin, P.M. og Harsløf, I. (2013). Health Capital: New Health Risks and Personal Investments in the Body in the Context of Changing Nordic Welfare States. I Harsløf, I. og Ulmestig, R. *Changing Social Risks and Social Policy Responses in the Nordic Welfare States*. Palgrave macmillan.

Larsen, K, Jensen, B., og Koudahl, P. (2010). *Sundhed og unge – sociologiske perspektiver. Ungdomsforskning, 2*. CEFU.

LoïcWacquant (2014): *Background*. Tilgængelig på: <http://loicwacquant.net/bio/background/> [besøgt d. 10.03.2015]

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2013): *Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Tilgængelig på: http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx

Motions- og Ernæringsrådet (2007): *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi*. Tilgængelig på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/mer/2007/Forebyggelse_af_overvaegt_blandt_boern_og_unge2007.pdf

Münster, K. (2011). Spørgeskemaundersøgelser. I Vallgård, S. og Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udg., København: Munksgaard.

Olsen, P.B og Pedersen, K. (1999): *Problemorienteret projektarbejde – en værktøjsbog*. 2. udg. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Otto, L. (2009). Sundhed i praksis. I Glasdam, S. (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Udgivet af Dansk Sygplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Petersen, A. (2009). Stress og selvrealisering. I Glasdam, S. (red.) *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Udgivet af Dansk Sygplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Rasborg, K. (2005). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I Fuglsang, L. og Olsen, P.B (red.). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

Region Nordjylland (2013): *Social kapital og sundhed – Analyser fra Nordjylland*. Tilgængelig som pdf på internettet.

Rudersdal Kommune (2015): *Børn og overvægt*. Tilgængelig på: http://www.rudersdal.dk/Borgerservice_selvbetjening/Boern/Boerns%20sundhed/Boern%20og%20Overvaegt.aspx [besøgt d. 10.03.2015]

Shim, J.K. (2010): *Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment*. In Journal of Health and Social Behavior 2010 51: 1. London: SAGE.

Shim, J.K, Dubbin, L.A. og Chang, S.J. (2013): *Cultural health capital and the interactional dynamics of patient- centered care*. Soc Sci Med. Author manuscript; available in PMC 2014 January 10.

Statens Institut for Folkesundhed A (2011): *KRAM*. Tilgængelig på: <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Sundhedsvaner/KRAM.aspx> [besøgt d. 21.04.2015]

Statens Institut for Folkesundhed B. Ramussen, M. og Due, P. (red.) (2011): *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. Tilgængelig på: <http://www.hbsc.dk/downcount/HBSC-Rapport-2010.pdf> [besøgt d. 03.02.2015]

Statens Institut for Folkesundhed: (2012): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*. Tilgængelig på: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed_og_sygelighed_2010_med_sidetal.pdf [besøgt d. 03.02.2015]

Sundhed.dk (2012). *Børne- og ungdomstandpleje*. Tilgængelig på: <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/tandlaege/boerne-og-ungdomstandpleje/> [besøgt d. 20.04.2015]

Sundhedsstyrelsen (2006): *Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2006/borgerrettet-forebyggelse-i-kommunen-raadgivning-fra-sundhedsstyrelsen> [besøgt d. 17.05.2015]

Sundhedsstyrelsen (2007): *Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, anbefalinger*. København: Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2006/CFF/Sundhedsydelse/Sundhedsydbogu_rev06.pdf [besøgt d. 03.02.2015]

Sundhedsstyrelsen A (2009). *BMI hos voksne*. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/overvaegt/bmi.aspx> [besøgt d. 03.02.2015]

Sundhedsstyrelsen B (2009): *"En lettere barndom" Informationsindsats om overvægt blandt børn*. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/kampagner/en-lettere-barndom-informationsindsats-om-overvaegt-blandt-boern> [besøgt d. 17.05.2015]

Sundhedsstyrelsen C (2009): *Kampagnen Get moving 2006 til 2008*. Tilgængelig på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/kampagner/get-moving/getmoving-2006-til-2008.aspx> [besøgt d. 17.05.2015]

Sundhedsstyrelsen (2010): *Temarapport om børn og overvægt*. København: Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/boernogovervaegt/temarapport_boern_og_overvaegt.pdf

Sundhedsstyrelsen (2011): *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* Tilgængelig på:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/sundhedsprofiler/dennationaleshp.pdf> [besøgt d. 05.02.2015]

Sundhedsstyrelsen (2014): *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. Tilgængelig på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx> [besøgt d. 09.05.2015]

Sundhedsstyrelsen A (2015): *Kampagner*. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/kampagner> [besøgt d. 17.05.2015]

Sundhedsstyrelsen B (2015): *Om os*. Tilgængelig på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/om-os> [besøgt d. 17.05.2015]

Vallgård, S. (2013): *Sundhedspolitik – teorier og analyser*. København: Munksgaard

World Health Organisation (1948): *WHO definition of health*. Tilgængelig på: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [besøgt d. 07.05.15]

Wikipedia (2015): *Narnia-fortællingerne*. Tilgængelig på: <http://da.wikipedia.org/wiki/Narnia-fort%C3%A6llingerne> [besøgt d. 27.04.2015]

11. Bilagsoversigt

I relation til bilag henvises til vedlagte CD, men nedenfor ses en oversigt over bilagene som udgør cd'en.

Bilag A: Eksisterende viden

Bilag B: Drejebog om Jump4fun

Bilag C: Evaluering af Jump4fun

Bilag D: Oversigt over de 8 kommuner

Bilag E: Oversigt over rekruttering

Bilag F: Mail til instruktører

Bilag G: Mail til forældre

Bilag H: Facebook opslag

Bilag I: Feltnoter

Bilag J: Interviewguide

Bilag K: Spørgeskema

Bilag L: Transskriptioner

Bilag M: Meningskondensering

Bilag N: Oversigt over respondenter

Bilag O: Danmarks Statistik

Artikel

Aalborg Universitet, København, 10. semester
Cand.mag. i Læring og forandringsprocesser

Rapportens art: Artikel

Afleveringsdato: 01.06.2015

Artiklens omfang: 11.562 tegn svarende til 4,82 normalsider

Ordoptælling

Statistik:

Sider	5
Ord	1.726
Tegn (ingen mellemrum)	9.851
Tegn (med mellemrum)	11.562
Afsnit	32
Linjer	141

Medtag fodnoter og slutnoter

OK

Statens effekter kan siges at være virksomme i overvægtige børn og unge

Julie Vestergaard Larsen og Sofie Bloch-Jørgensen

Stud.mag. i Læring og Forandringsprocesser

Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi

Aalborg Universitet

Abstrakt

Denne artikel beskæftiger sig med dominerende sundhedsdiskurser i samfundet, og hvordan disse kan være virksomme i overvægtige børn og unge i relation til investering i deres sundhedskapital. Samtidig vil fokus være på, hvordan den samfundsmæssige diskurs kan være medvirkende til stigmatisering på makroniveau. Artiklen tager afsæt i en undersøgelse foretaget ud fra en Bourdieu inspireret tankegang. Det empiriske grundlag er kvalitative interviews af 12 overvægtige børn og unge i Nordsjælland. Konteksten er et kommunalt bevægelsestilbud for overvægtige børn og unge kaldet Jump4Fun.

Statens virkning i sundhedsfeltet

Staten defineres af den franske sociolog Pierre Bourdieu som et metamagtfelt, der ikke kan konkretiseres som et fysisk sted med konkrete individer. Staten kan siges at være skabt af os som individer, og dermed er det de dominerendes synspunkt der grundet deres dominans, sætter sig igennem som værende et universelt synspunkt (Bourdieu 2010, 113-114). Professor Kristian Larsen beskriver, at det er statens effekter, der er virksomme i os, når vi som individer orienterer os mod en sund krop, og hvordan denne skal se ud (Larsen 2010, 56-57). Det er de dominerendes livsstil, der bliver den legitime, og sundhed kommer i den forstand til at fungere som symbolsk vold⁵ (Esmark og Larsen 2010).

Staten har igennem de sidste årtier haft øget fokus på sundhedsfremmende tiltag, og herigennem er både stat og felter relateret til sundhed under forandring (Esmark og Larsen 2013 5-6). Gennem dette øget fokus på sundhed synes kroppen at have fået en indflydelse i forhold til social difference, inklusion og eksklusion (Esmark og Larsen 2010, 9-10). Sundhedsfeltet involverer forskellige interesser såsom professioner og brugergrupper, men også statslige institutioner såsom Ministeriet

⁵ ”... at man anerkender og accepterer en vold, der udøves mod en, præcis fordi man ikke opfatter den som vold” (Bourdieu og Wacquant 1996, 152).

for sundhed og forebyggelse, kommuner og Sundhedsstyrelsen (SST). Disse interessenter er alle medvirkende til at regulere viden omkring sundhed, og hvad der er den dominerende norm indenfor sundhed, og derfor kan sundhedsfeltet siges at være foranderligt, eftersom det er kontekstafhængigt (Esmark og Larsen 2010, 9-10). I relation hertil har Larsen i et sociologisk perspektiv udviklet en sundhedskapital, som kan fremhæve, hvad overvægtige børn og unge er disponeret til at opnå i forhold til sundhed samt deres mulighed for investering heri. Med inspiration fra Larsen definerer vi sundhedskapitalen på mikroniveau som sundhedsopfattelser og sundhedsadfærd hos den enkelte agent. Hertil beskriver Larsen, at sundhedskapitalen bliver udformet i sammenspil med Bourdieus kapitalformer⁶ (Hansen og Larsen 2013, 39-41). På makroniveau kan den danske velfærdsstat siges at have skabt en fælles sundhedskapital i form af en række sundhedsydelser, der er tilgængelig for alle (Larsen et. al. 2010, 17). Hertil er agenternes individuelle kapitaler herunder sundhedskapitalen blevet individualiseret, fordi statens beskyttelsesramme er blevet mindre (Hansen og Larsen 2013, 27).

Dominerende diskurser i relation til sundhed og overvægt

Sundhed som diskurs kan sættes i relation til måderne, hvorpå sundhed gives opmærksomhed og tillægges betydning. Diskursen kan dermed siges at være, hvad der i en konkret kontekst anses som værende sundt og usundt (Otto 2009, 38). Hertil kan det sunde og det usunde i en sociologisk optik ikke tænkes som værende universelt men i en konstant forandring, da disse forståelser er produkter af stridende diskurser og praksisser (Larsen og Esmark 2013, 10). I relation til samfundsmæssige forståelser af overvægt er der ifølge Ditte-Marie From, adjunkt i sundhedsfremme, dominerende diskurser, som overvægtige agenter underlægger sig, og derved oplever de deres vægt som et sundhedsproblem. Hertil anses sundhed som et positivt ladet fænomen, som er værd at efterstræbe både individuelt og samfundsmæssigt (From 2012, 240-244). I og med at overvægt anses som værende et sundhedsproblem, kan der samtidig opstå stigmatisering. Hvis overvægtige bliver kategoriseret som værende f.eks. usunde vil der opstå en risiko for stigmatisering, da de vil anses som værende afvigere, der ikke tager samfundsmæssig ansvar for deres egen sundhed. Hertil kan den samfundsmæssige diskurs i relation til sundhed siges at være stigmatiserende (Glasdam 2009, 21). Ifølge Erving Goffman, canadisk-amerikansk sociolog, defineres stigma som et kendetegn, der kan distancere sig fra andre, og dermed kan overvægt anses som værende et stigma (Goffman 2009, 45-46). En af de faktorer, der kan have betydning for, at overvægt kan anses som et stigma er mediernes

⁶ Bourdieus opererer med fire kapitalformer: den økonomiske, den sociale, den kulturelle og den symbolske kapitalform (Bourdieu og Wacquant 1996, 104).

udlægning af den tynde krop og marginaliseringen af den overvægtige (Hansen og Larsen 2013, 30).

Investering i en sundhedskapital

Staten kan siges at indprente nogle fælles opfattelser af sundhed og kroppen hos børn og unge (Bourdieu 1997, 125). På baggrund af det empiriske materiale, som fremtræder gennem vores undersøgelsesarbejde kan staten analytisk set siges at være virksom i de overvægtige børn og unge. Hermed kan staten have påvirket agenterne i forskellige omfang af den dominerende sundhedsdiskurs, der viser sig i samfundet. Denne sundhedsdiskurs kan blive virksom gennem sundhedskampanjer, sundhedsfremmende indsatser og lovgivning. Statens beskyttelsesramme er hermed blevet mindre, og det er op til agenterne selv, hvordan de skal opretholde, forbedre og anvende deres sundhedskapital. Det kan hertil diskuteres, hvorvidt de overvægtige børn og unge analytisk set igennem deres investering i sundhedskapitalen forsøger at underlægge sig statens udlægning af sundhed og opnå selvkontrol. Herigennem at mindske muligheden for at blive ekskluderet af fællesskabet på baggrund af deres overvægt, hvortil investering i sundhedskapitalen analytisk set kan omveksles til social kapital.

De dominerende samfundsmæssige sundhedsdiskurser kan præge, hvordan børn og unge opfatter kroppen og dens udseende, eftersom SST eksempelvis udsender normative anbefalinger omkring BMI, som kategoriserer individer pga. af deres kropsproportioner. Den krop, der bliver fremstillet via staten herunder SST kan være medvirkende til at normalisere et bestemt kropsideal, og hertil bliver det de dominerendes udlægning af krop og sundhed, der bliver anset som værende den normale. Overvægtige børn og unge kan analytisk set opleve, at deres kroppe opleves som værende forkerte og unormale, eftersom de kan erfare at deres kroppe distancerer sig fra de samfundsmæssige diskurser af den normale og universelle krop.

Stigmatisering på et makroniveau

Det er i politikernes interesse at forebygge overvægt blandt børn og unge, eftersom overvægt opfattes som et samfundsøkonomisk problem, idet der er omkostninger forbundet med overvægt i relation til behandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007, 9). Hertil har SST udsendt kampagnen ”*En lette barndom*”, der informerer om de sundhedsmæssige følger af overvægt (Sundhedsstyrelsen 2009). Statens interessenter har fokus på at forebygge overvægt og dermed kan overvægt på et makro niveau analytisk set opfattes som et stigma, da overvægtige ikke lever op til den dominerende sundhedsdiskurs, og anses som værende de unormale og forkerte. Samfundets sundhedsdis-

kurser kan strukturere individer på mikroniveau, eftersom disse kan være virksomme, når individer orienterer sig mod den sunde krop. Nogle af de overvægtige børn og unges udlægning af den sunde krop, ses i nedenstående:

”Sund krop er en, der er rigtig tynd og løber hver dag.”

”Øh det ved jeg ikke, det er bare at man ... øhh er tynd.”

I forhold til vores undersøgelse fremtræder der en tendens til, at det at være overvægtig ikke bliver anset som værende det normale, da nogle af de overvægtige børn og unge oplever, at deres overvægt giver miskredit. Mediernes udlægning af den tynde krop og marginalisering af den overvægtige kan analytisk set refereres til en strukturel stigmatisering. At det er statens effekter, som er virksomme i børnene og de unge, når de orienterer sig mod en sund krop, og hvordan denne skal se ud, indikeres i nedenstående, hvor en af de overvægtige børn og unge udtaler sig om, hvorfor hun gerne vil tabe sig:

”Fordi at fordi, at det er på en måde medierne der også påvirker mig jo ikke... ”

I relation hertil fremgik det, at nogle af de overvægtige børn og unge oplevede, at blive drillet og holdt udenfor på baggrund af deres overvægt, hvilket nedenstående viser:

Interviewperson: *Ja, jeg har ikke sådan specielt nogle venner i klassen.*

Interviewer: *Nå hvordan kan det være?*

Interviewperson: *Fordi jeg blev rigtig meget drillet og mobbet og sådan noget så.*

Interviewer: *Hvad er du blevet drillet og mobbet med?*

Interviewperson: *Med at jeg var, specielt meget med at jeg var tyk...*

Hertil fremtræder det, at det at være overvægtig ikke indgår i samfundets dominerende diskurser, da det afviger fra det, som tillægges værdi. Samfundets diskurser kan være bestemmende for, hvornår agenter er normale eller ikke er det f.eks. kan overvægt opfattes som værende det unormale og forkerte. Staten kan med sin magt og autoritet udøve symbolsk vold, og hertil kan agenter påtvinges statens tænkemåder og værdier i relation til sundhed.

Sammenfattende pointer og perspektiver

Statens effekter kan siges at være virksomme i de overvægtige børn og unge, når de orienterer sig mod den tynde krop, da den anses som værende det rigtige og normale. Samtidig kan statens effekter være virksomme når de overvægtige børn og unges investerer sundhedskapitalen, da de hermed underlægger sig statens udlægning af sundhed og kroppen. Vores empiriske materiale peger på, at sundhedsdiskursen er en foranderlig konstruktion, og hertil kan overvægt som stigma ikke siges at

gøre sig gældende i alle kontekster, her kan nævnes overvægt som værende et symbol på velstand og magt i nogle samfund eller andre historiske perioder (Hansen og Larsen 2013, 30).

Fundene fra den undersøgelse som artiklen er skrevet på baggrund af frembringer en forståelse og forklaring af, hvordan overvægtige børn og unge investerer i sundhed, og hvorvidt de oplever deres overvægt som et stigma. Vores empiriske fund peger på, at der i sundhedsfremmende og forebyggende kampagner og indsatser rettet mod overvægtige herunder børn og unge kan opstå stigmatisering på makroniveau, der kan resultere i stigmatisering på mikroniveau. Hertil kan fundene bruges i relation til fremadrettede indsatser mod overvægtige børn og unge, da der heri kan medtænkes børnene og de unges handlerum og muligheder i forhold til deres kapitalmængder. Denne stigmatisering kunne undgås ved at fokusere på strukturelle forebyggelsestiltag, der får alle til at leve sundere og dermed ikke stempler eller udpeger en bestemt gruppe.

Set i lyset af fundene i det empiriske materiale kan et fremtidigt perspektiv være at få afdækket synet på samfundets tilgang til overvægtige børn og unge. Hertil ville et bidrag til forståelsen af, hvordan staten er virksom i overvægtige børn og unge kunne undersøges ud fra sundhedsfeltets interesser, eftersom de udsender normative anbefalinger omkring sundhed. Hertil fremtræder forskellige modstridende opfattelser af sundhed, og forskellige positioner konstituerer tilsammen de samfundsmæssige diskurser omkring overvægt og sundhed. Det vil sige, at overvægt blandt børn og unge kunne undersøges fra de dominerendes position i sundhedsfeltet i stedet for fra de dominerede.

Litteratur

- Bourdieu, P. (1997): *Af praktiske grunde – omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. Interview med Pierre Bourdieu. I *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2 / 2010. s. 113-120.
- Bourdieu, P. og Wacquant, L. (1996): *Refleksiv Sociologi - Mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Esmark, K. og Larsen, K. (2010): Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. I Esmark, K, Høyen, M, Larsen, K (red.): *Hvorfor Bourdieu?* København: Forlaget HEXIS.
- Esmark, K. og Larsen, K. (2013): Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring - norske og danske studier. I *Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 2013: 1-2 7. årgang.
- From, D. (2012): *De sunde overvægtige børn. Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Rokilde universitet: Forskerskolen i Livslang Læring. Tilgængelig på: http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/10465/1/Afhandling_fin_d._26.11.12.pdf [besøgt d. 13.05.2015]
- Glasdam, S. (2009). Folkesundhed – menneskeheds interesse par excellence. I Glasdam, S. (red.) *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Udgivet af Dansk Sygplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfunds Litteratur.
- Hansen, G. og Larsen, K. (2013). Social ulighed i sundhed – mere valg end vilkår. Indsigter og forklaring på norske forhold. I Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse. Oslo: HiOA. dahl, E., van der Wel, K. & Bergsli, H. (eds.). helsedirektoratet
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *De samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. Tilgængelig på: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2007/Maj/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/samfundkons2007.ashx [besøgt d. 13.05.2015]
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. I Andersen, P.T. og Timm, H. (red.) *Sundhedssociologi. En grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, K, Jensen, B., og Koudahl, P. (2010). *Sundhed og unge – sociologiske perspektiver. Ungdomsforskning, 2*. CEFU.
- Otto, L. (2009). Sundhed i praksis. I Glasdam, S. (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Udgivet af Dansk Sygplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *"En lettere barndom" Informationsindsats om overvægt blandt børn*. Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/kampanjer/en-lettere-barndom-informationsindsats-om-overvaegt-blandt-boern> [besøgt d. 17.05.2015]