



Hvor køn er sundhedsadfærden?

- En kvalitativ undersøgelse af erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedspraksisser

Sociologi, Aalborg Universitet

10. semester
Forår 2023

Ida Grøn Kristiansen

Vejleder:
Sune Qvotrup Jensen

Antal anslag:
164.342

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Summary	4
1. Indledning	6
1.1 Mænds sundhed som politisk emne	6
1.2 En kønnet ulighed i sundhed	7
1.2.1 Mændene i bunden.....	8
1.3 Sundhedsadfærd i samspil og kontekst	9
1.3.1 En særlig maskulin sundhedsadfærd?.....	9
1.3.2 Arbejdspladsen som en kønnet arena	12
1.4 Problemformulering	14
2. Begrebsafklaring	15
3. Specialesamarbejde med Center for Sundhedsfremme.....	16
4. Et realistisk socialkonstruktivistisk ståsted.....	17
5. Specialets teoretiske forståelsesramme	20
5.1 Intersektionalitet.....	20
5.2 Konstruktion af køn og maskuliniteter	22
5.2.1 Køn som en kulturel ramme	22
5.2.2 Køn som en performativitet.....	24
5.3 Maskulinitet og sundhedsadfærd.....	26
5.3.1 Hegemonisk maskulinitet	26
5.3.2 En hegemonisk maskulin sundhedsadfærd.....	27
5.4 Teoretisk diskussion	29
6. Metodiske overvejelser	32
6.1 Et kvalitativt forskningsdesign.....	32
6.2 Adaptiv forskningsstrategi	33
6.2.1 Orienterende begreber	34
6.3 Individuelle semistrukturerede forskningsinterviews	35
6.3.1 Interviewguide og operationalisering	36
6.4 Rekruttering af informanter	39
6.4.1 Refleksion over rekrutteringsstrategi.....	41
6.5 Kodnings- og analysestrategi	42
7. Analyse og diskussion.....	44

7.1 Præsentation af informanterne.....	44
7.1.1 Tømrervirksomheden.....	44
7.1.2 Anlægsgartnervirksomheden	45
7.1.3 Lager- og logistikvirksomheden	46
7.2 Mændenes arbejdspladser som sociale arenaer	47
7.2.1 Arbejdspladsernes struktur og sociale miljø.....	47
7.2.2 Tre mandsdominerede arbejdspladser. Køn betyder ikke noget - eller gør det?	49
7.2.3 Delkonklusion.....	51
7.3 Sundhed som en beslutning 'oppefra'	51
7.3.1 Mental sundhed som et nyt ledelsesmæssigt fokuspunkt	54
7.3.2 Delkonklusion.....	55
7.4 En kønnet sundhedskultur på arbejdspladserne.....	56
7.4.1 Sundhed som en privatsag	56
7.4.2 Rigtige mænd viser ikke sårbarhed.....	59
7.4.3 Rigtige mænd løfter tungt.....	62
7.4.4 Rigtige mænd går ikke til lægen - Virksomhedsindsatsen som øjenåbnende	64
7.4.5 Sygdom som et vendepunkt.....	67
7.4.6 Delkonklusion.....	68
8. Konklusion	69
8.1 Teoretisk konklusion	70
9. Litteraturliste.....	72
10. Bilagsoversigt.....	76

Forord

Siden vi på et af de første semestre på sociologiuddannelsen havde den første forelæsning i køn, har jeg haft stor interesse for netop kønsforskning og -teorier. Derfor var det heller ikke svært at vælge, at mit speciale skulle indplacere sig på netop kønsområdet på den ene eller anden måde. I min praktik i Sundhedsstrategisk Sekretariat, som er en del af Sundhed og Kultur i Aalborg Kommune, fik jeg samtidig interesse for sundhedsområdet. I min praktik fik jeg ydermere kontakt til Center for Sundhedsfremme. Sidstnævnte åbnede muligheden for at lave et specialesamarbejde, hvor jeg kunne få lov til at arbejde med sundhed og køn i kombination, ved at undersøge mænds sundhedsadfærd ud fra et kønsteoretisk perspektiv. Specialeprocessen har været udfordrende, men i særdeleshed spændende og lærerig.

Tak til Mads Borgstrøm-Hansen, Centerleder for Center for Sundhedsfremme, og Martin Olesen, teamkoordinator på virksomhedsindsatsen Center for Sundhedsfremme for samarbejdet, hjælp til rekruttering af informanter samt god og faglig sparring.

Tak til min vejleder Sune Qvotrup Jensen for god og konstruktiv vejledning.

Ida Grøn Kristiansen

Den 26. maj 2023

Summary

In recent years, there has been an increased focus on men's general health, which has served as a motivation for this thesis. This increased focus is affected by the fact that men's health on several parameters are worse than women's, as research shows that men have both a higher mortality rate and a higher share of obesity and poor self-rated health. However, there are educational differences in the groups of men who live unhealthy lives. As a fact men of shorter education tend to live more unhealthy than men of higher education. In addition to this, men of shorter education also tend to live more unhealthy than women of the same educational level. Consequently, I argue that it is not sufficient to focus only on gender differences in health, but also on how gender interacts with the respective level of education and thereby creates certain health behaviors. As an explanation on the gendered and educational inequality in health, I have chosen a point of departure in men with shorter education and how these men construct their masculinities, as one explanation to their unhealthier behavior.

Research has shown that there is an educational difference in which masculine ideals are prevailing for different groups of men. The masculine ideal that is prevailing for men with shorter education tends to be associated with different kinds of unhealthy behavior. Therefore, masculinity can serve as an explanation why men of shorter education tend to have an unhealthier behavior. Furthermore, research has shown that working class men's places of work serve as a main arena when creating their masculinities. Therefore, I have considered these men's places of work as important contexts in which they construct their masculinities and thereby their health behaviors. I have chosen to focus on vocationally educated men, as one of the groups in question.

My research question is:

How do vocationally educated men, in different professions, construct their masculinities and how does these constructions influence the men's view on health and particularly their health practices?

I have examined the research question from a realistic social constructivist standpoint. This has led me to view gender, masculinity, and health practices as social constructed normative phenomena, created by social mechanisms. Furthermore, I have examined the research question through qualitative interviews with vocationally educated men in different professions. I have approached the thesis

with an adaptive research strategy, which has allowed me to nuance or re-evaluate my theoretical position. My theoretical starting point has been influenced by Candace West and Don Zimmermann's theoretical perspective on gender as a performative act. Furthermore, I have been influenced by Cecilia Ridgeway's theoretical perspective on gender as a cultural frame and Will Courtenay's theoretical perspective on unhealthy behavior, as special hegemonic masculine practices.

From this study it can be concluded that the vocationally educated men's places of work are significant in the men's construction of masculinities and thereby in which health practices the men incorporate in their masculinities. Even though the men's places of work partly structure the men's health behavior, gendered health norms still occur among the vocationally educated men in these contexts; health norms that both structure and are being structured by the men's practices. In particular, it became clear that distancing oneself from talking about physical and mental health, including healthy diet and exercise, as well as avoiding seeking help from one's doctor, is part of the hegemonic masculinity in the men's places of work. Furthermore, it can be concluded that the technological development of assistance in men's daily work has been a major driving force in creating a gentler work environment. At the same time, it has changed the culture and norms around heavy lifting, which has led to the fact that the men have incorporated technical skills, as equal to strength, as part of their hegemonic masculinity.

In summary, it can be concluded that the vocationally educated men's construction of their masculinities and their health practices happens in a complex interplay between on one side 1) The men's workplaces, including the structure of their workplaces, the management's age averages, the technological development and the management's handling of health and illness in general, and on the other side 2) The social environment, the men's age, generation and (previous) life circumstances, including illness and disabilities.

1. Indledning

”For det første må kønsaspektet skarpt med ind i udforskningen af, hvorfor vi har den store ulighed i vores ellers (troede vi) så homogene samfund. En af de ting, som står klart, er, at mænd har en overdødelighed indenfor alle de dødsårsager, man kan finde på. En overdødelighed fra 25 til 300 pct” (Madsen 2016).

Mænd bliver oftest kategoriseret som det privilegerede køn, når man i samfundet debatterer ligestilling mellem mænd og kvinder. Jeg vil, for at nuancere dette perspektiv, læne mig op ad Hans Bondes tese om manden som det ekstreme køn. Han pointerer, at mænd både befinder sig i samfundets top og bund. Han argumenterer ydermere for, at mænd, som oftest fejlagtigt antaget, ikke er en homogen gruppe. Det kommer dog til at fremstå sådan, da man tit og oftest overser mændene i bunden til fordel for mændene i toppen (Bonde 1995: 36). Derfor ønsker jeg i indeværende speciale at sætte fokus på mænds sundhed, da mænds sundhed netop er et eksempel på, at mænd ikke kun befinder sig i samfundets top, men også i samfundets bund. Mænd - og særligt bestemte grupper af mænd - ligger netop væsentligt dårligere i diverse sundhedsstatistikker end kvinder. En ulighed, som man i samfundet de seneste år har fået øjnene op for.

1.1 Mænds sundhed som politisk emne

Som en modreaktion på, at mænds sundhed på en lang række parametre er dårligere end kvinders (Jensen et al. 2022), er der de seneste år kommet større fokus og mere politisk bevågenhed på netop mænds sundhed. For eksempel er der både internationalt og i Danmark stiftet mænds sundhedsuge, som afholdes hvert år i uge 24. I denne uge sættes der fokus på mænds sundhed, og der udgives skriftligt materiale af forskellige slags og med forskellige temaer indenfor sundhed, som er forsøgt udformet på måder, der bedre kommunikerer til mænd. Ligeledes har blandt andet Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse forsøgt sig med kommunikation og sundhedsinformation specifikt målrettet mænd (Madsen 2014: 95).

I 2018 blev WHO's strategi for mænds sundhed og trivsel vedtaget og fik både støtte fra den danske regering og Sundhedsstyrelsen. Strategien har en klar målsætning om at forbedre mænds sundhed samt nedbringe overdødeligheden blandt mænd. Strategien indeholder en lang række forslag til handling. WHO anbefaler for eksempel, at:

- a) *“Developing and implementing gender equality policies that recognize the benefits of gender equality for the health and well-being of both men and women and promote the important role of men in achieving gender equality”.*
- b) *“Ensuring that gender equality policies recognize that the intersections between masculinities and social determinants may exacerbate exposure to risk and vulnerability among some groups of men”* (World Health Organization 2018: 7f).

I forlængelse heraf har Forum for Mænds Sundhed, som bidrag til drøftelserne om sundhedsreformer og sundhedspolitik, lavet en opgørelse over kommunernes sundhedstilbud og aktiviteter specifikt målrettet mænds sundhed. I den seneste opgørelse lavet for 2021/2022, blev 12 ud af 98 kommuner kategoriserede som 'guldcertificerede kommuner'. En kommune bliver kategoriseret som en guldcertificeret kommune, når kommunen: 1) Har flere sundhedsevents målrettet mænd, 2) Henviser til tjekdigselvmand.dk eller har en fast sektion om mænds sundhed på kommunens hjemmeside og 3) Har to eller flere permanente sundhedsindsatser målrettet mænd (Sundmand Kommuner).

På trods af det øgede fokus, der er kommet på mænds sundhed både internationalt og nationalt de seneste år, er der stadig meget, der tyder på, at mænd halter bagud, når det gælder deres sundhed.

1.2 En kønnet ulighed i sundhed

Generelt set går det fremad med danskernes sundhed, og danskere lever i gennemsnitligt længere end nogensinde før (Jensen et al. 2022: 11-14). Ifølge rapporten *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021*, der er lavet på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, ses det dog, at der er væsentlige forskelle i mænd og kvinders sundhed. Disse kønsmæssige forskelle afspejler sig i mest udtalt grad i sundhedsadfærden relateret til kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne), hvor mænd, på nær sidstnævnte, ligger statistisk dårligere end kvinder. Mænd ryger mere, drikker mere alkohol og har et mere usundt kostmønster end kvinder (Ibid.: 11f).

Denne sundhedsadfærd kan medføre en øget sandsynlighed for en lang række sygdomme og tilstande, såsom overdødelighed, hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, kræft og overvægt (Jensen et al. 2022: 60, 76, 92). Mænds generelle usundere sundhedsadfærd afspejler sig for eksempel i, at mænd i gennemsnit har en middellevetid, der er fire år kortere end kvinder (Ibid.: 176). Derudover er andelen af mænd, der har moderat eller svær overvægt¹ samt har et dårligere fysisk helbred højere end andelen af kvinder (Ibid.: 122, 27f). Mænds sundhedsadfærd hænger ikke blot sammen med sygelighed og dødelighed, men har også sammenhæng med en række afledte følger i form af flere indlæggelser, mere sygefravær og ikke mindst øget risiko for førtidspension eller tidlig udstødning af arbejdsmarkedet (Iversen 2016: 123). Dermed har ovennævnte risikofyldte sundhedsadfærd blandt mænd, udover individuelle konsekvenser for mændene, også samfundsmæssige konsekvenser.

På baggrund af ovenstående redegørelse af den kønsmæssige ulighed, der er i sundhed - og særligt i fysisk sundhed - er vigtigheden af at sætte fokus på mænds sundhedsadfærd blevet fremhævet. Et sådant fokus kan bidrage til at forbedre mænds sundhed og forlænge deres levetid, samtidig med at det kan have en lang række samfundsgevinster. For at specificere hvilke mænd, jeg i indeværende speciale vil tage udgangspunkt i, vil jeg i det næste afsnit kigge på hvilke sociale differentieringsformer, der afgør, om mænd er i henholdsvis toppen eller bunden (jf. Bondes tese om manden som det ekstreme køn), når det gælder deres sundhed.

1.2.1 Mændene i bunden

Det er efterhånden alment kendt, at strukturelle forhold såsom uddannelsesniveau, erhvervsmæssig stilling og indkomst spiller en afgørende rolle for menneskers sundhed. Ifølge den føromtalte rapport *Danskerne's sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021* ses det, hvorledes der, ud over en kønsmæssig ulighed, også er en væsentlig social ulighed. Den sociale ulighed ses på samtlige sundhedsparametre; både, når det gælder helbred og trivsel samt sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygelighed. For eksempel har individer med kortere uddannelser et mere usundt kostmønster, ryger mere, er mere inaktive end individer med længere uddannelser. Derudover er der en større andel af individer med kortere uddannelser, der har et dårligere selv vurderet helbred; både fysisk og mentalt (Ibid.: 97f, 63f,

¹ Vurderes ud fra BMI. Moderat overvægt = $5,0 \leq \text{BMI} < 30,0$, moderat eller svær overvægt = $\text{BMI} \geq 25$ og svær overvægt = $\text{BMI} \geq 30$.

107f). Denne rapport kigger, ligesom mange andre sundhedsrapporter, udelukkende på de separate effekter fra køn og uddannelsesniveau. Således tages der ikke højde for, at køn og uddannelsesniveau kan interagere, og at der for eksempel kan være kønsmæssige forskelle indenfor forskellige uddannelsesmæssige grupper eller vice versa. I rapporten *Dødelighed og erhverv 1996-2005*, ses det netop, at dødeligheden blandt mænd er højere, jo lavere uddannelsesniveau. For kvinder er der stort set ikke uddannelsesmæssige forskelle i dødeligheden (Andersen et al. 2009: 23). Ydermere konkluderer selvsamme rapport, at der er erhvervsmæssige forskelle i dødeligheden, således at dødeligheden stiger med faldende færdighedsniveau i erhvervet. Her er forskellene i dødeligheden mellem erhvervsgrupperne ligeledes langt større hos mændene end hos kvinderne (Ibid.: 31f). Det at uddannelse og erhverv påvirker dødeligheden på lignende måder skyldes selvsagt, at placeringen på arbejdsmarkedet i høj grad er bestemt af den uddannelsesmæssige baggrund.

Sidstnævnte rapport tager således, i modsætning til førstnævnte rapport, højde for, at køn og uddannelsesniveau interagerer, således at der er kønsmæssige forskelle indenfor selvsamme uddannelsesmæssige grupper. På den måde er der noget, der tyder på, at effekten fra uddannelsesniveau har en større effekt på mænd. Jeg vil herudfra argumentere for, at køn og socioøkonomi ikke blot skal ses som to adskilte sociale differentieringsformer. I stedet vil jeg advokere for, at socioøkonomi og køn - for såvel som andre sociale differentieringsformer - er gensidigt konstituerende i forhold til mænds sundhedsadfærd. Min undren går i den forbindelse på, hvad mænd med kortere uddannelsers generelle usundere og mere risikofyldte sundhedsadfærd samt højere dødelighed kan forklares med. I næste afsnit vil jeg derfor se nærmere på, hvordan omtalte differentieringsformer sameksisterer og influerer den måde, disse mænd konstruerer deres maskulinitet som én mulig forklaring på mændene i bundens sundhedsadfærd.

1.3 Sundhedsadfærd i samspil og kontekst

1.3.1 En særlig maskulin sundhedsadfærd?

Generelt set, og temmelig paradoksalt, når man tager ovenstående tal i betragtning, er der en mindre andel af mænd sammenlignet med kvinder, der har benyttet egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. Samtidig er mænd - og særligt mænd med lav socioøkonomisk status - underforbrugere af behandlende- og forebyggende tiltag, for eksempel i kommunalt regi (Jensen et al. 2022: 167f; Madsen

2014: 69). Dette kan, ud fra psykolog Will H. Courtenays socialkonstruktivistiske perspektiv, hænge sammen med, at der hersker bestemte maskuline idealer for, hvornår mænd er 'rigtige mænd', som mænd internaliserer og dermed praktiserer. Disse maskuline idealer er, ifølge Courtenay, associeret med manglende bekymring for sundhed og sikkerhed. Omvendt bliver sårbarhed og det at værne om ens sundhed anset som feminint, og dermed noget mænd bør tage afstand fra for at demonstrere deres maskulinitet (Courtenay 2000: 1387ff). Dermed kan de maskuline idealer, som mænd efterstræber, anses som mulige barriere for at forbedre deres sundhed.

Flere studier undersøger sammenhængen mellem maskulinitet og diverse risikoadfærd og konkluderer, at traditionelle maskulinitetsideal, såsom risikovillighed, opfattet usårbarhed og udholdenhed af smerte, spiller en negativ rolle i mænds sundhed. Mænd med traditionelle maskulinitetsopfattelser er både associeret med usund og risikofyldt sundhedsadfærd, som for eksempel usund diæt, rygning, alkohol og højere forekomst af skader, samtidig med at de opsøger professionel hjælp signifikant mindre, end mænd der har mindre traditionelle maskulinitetsopfattelser (Christensen et al. 2015; White 2011; Marcell et al. 2007). Studierne bakker derfor op om Courtenays socialkonstruktivistiske udlægning af, at efterstræbelsen af visse maskulinitetsideal - her traditionelle maskulinitetsideal - udmønter sig i en usundere sundhedsadfærd blandt disse mænd.

Der er altså noget, der tyder på, at der er maskuline idealer på spil, som påvirker mænds sundhedspraksisser, men hvordan skabes disse kønnede idealer, og er der forskel på forskellige grupper af mænds opfattelser af hvad det at være maskulin indeholder? Ifølge lektor Kenneth Reinicke varierer konstruktionen af maskulinitet både rumligt mellem forskellige kulturer, tidsmæssigt indenfor den samme kultur og personligt i den enkeltes livsforløb. En konsekvens heraf er, at maskulinitet har forskellige betydninger afhængig af, hvilke klasser, aldersgrupper, seksuelle orienteringer samt hvilke sociale arenaer, mænd befinder sig indenfor (Reinicke 2013: 31). Min undren går hermed på, om mænds manglende omsorg for deres sundhed, altid og blandt alle grupper af mænd, er en særlig maskulin praksis.

Studier, der undersøger maskulinitetsideal blandt forskellige grupper af mænd, konkluderer, at der er socioøkonomiske forskelle i hvilke maskulinitetsideal, der er fremherskende blandt mænd. Studierne peger netop på, at mænd med kortere uddannelser generelt set udviser en større støtte til traditionelle køns- og maskulinitetsideal end mænd med længere uddannelser (Platin 2007; Brandth & Kvande 2014; Bloksgaard et al. 2015). Dette kan sammenkobles med tidligere nævnte studier, der pegede på en sammenhæng mellem traditionelle maskulinitetsideal og risikoadfærd i form af

usundhed sundhedsadfærd. Dermed vil disse to studier tilsammen pege på, at mænd med lav socioøkonomisk status generelle usundere sundhedsadfærd (til dels) kan forklares i kraft af deres mere traditionelle maskulinitetsopfattelser. Min undren går i forlængelse heraf på, om usund sundhedsadfærd, som en maskulin praksis, er særligt fremherskende indenfor gruppen af mænd med kortere uddannelser? Svend Åge Madsen argumenterer for, at rammerne for hvad maskulinitet og det at være en 'rigtig mand' er, er i opløsning og at man i forlængelse heraf må tale om flere maskuliniteter, i stedet for blot én maskulinitet. Han argumenterer desuden for, at de videre rammer giver nye friheder til mænd (Madsen 2014: 90). Dog pointerer han, at mænd med kortere uddannelser, ikke har samme udbytte af ændringerne i mænds liv og vilkår. Det interessante bliver derfor, om det er alle grupper af mænd, der profiterer af den større mangfoldighed i maskuliniteter, og dermed har bedre mulighed for at inkorporere sundhed som en del af deres maskulinitet.

Om ikke andet peger ovenstående studier igen på vigtigheden af, at socioøkonomi og køn ikke skal anses som to adskilte sociale kategorier, men i stedet som intersektionelle kategorier, der sammen kan være med til at konstruere mænds maskuliniteter og herigennem deres sundhedsadfærd. Jeg vil derfor lægge mig op ad følgende pointe skrevet af professor Alan Dolan:

[...] men's health continues to be explained in predominantly cultural or behavioral terms; divorced from the broader social and economic milieu (Lohan 2007, 2009). The need remains therefore to link theories of masculinity and health to broader theories regarding social class and health, which highlight the social and economic context of people's lives, in order to develop more complex understandings regarding the interactions between social class, gender and men's health practices" (Dolan 2011: 587).

Ovenstående afsnit har åbnet op for at anse sundhedsadfærd som et middel til at udvise maskulinitet. Samtidig indikerer ovennævnte studier, at der er klasse-mæssige forskelle i både sundhedsadfærd og hvilke maskuline idealer, mænd praktiserer. Ud fra dette perspektiv kan mænd med kortere uddannelsers opfattelse af, hvad 'en rigtig mand' er være vigtige barrierer i sundhedsfremmelse- og forebyggelse hos disse mænd. Sigtet med indeværende speciale er derfor at koble mænds maskulinitet og sundhedsadfærd med deres sociale klasse, og dermed granske hvordan mænd med kortere uddannelser konstruerer deres maskuliniteter, og endvidere hvordan disse konstruktioner indvirker på deres sundhedsadfærd. I det næste afsnit ønsker jeg at dykke ned i arbejdspladsen som én kontekst (ud af flere), hvori køn og uddannelse interagerer og skaber visse maskuline idealer hos mænd med kortere uddannelser.

1.3.2 Arbejdspladsen som en kønnet arena

Sociolog Raewyn Connell bemærker, at særligt staten, arbejdspladsen og familien er vigtige institutioner i konstruering af køn (Connell 1993: 602). Førmtalte Courtenay argumenterer i forlængelse heraf for, at:

"The institutionalized social structures that men encounter elicit different demonstrations of health-related beliefs and behaviors, and provide different opportunities to conduct this particular means of demonstrating gender [...] Institutional structures, by and large, foster unhealthy beliefs and behaviours among men, and undermine men's attempts to adopt healthier habits" (Courtenay 2000: 1394).

På den måde kan forskellige institutioner anses som væsentlige i mænds konstruktion af maskulinitet og dermed virke begrænsende i opnåelsen af en sundere sundhedsadfærd blandt mænd. Professor Alan Dolan konkluderer i hans studie *'You can't ask for a Dubonnet and lemonade': working class masculinity and men's health practices*, at arbejdet er én af hovedarenaerne, hvor maskulinitet blandt arbejderklassemænd bliver konstrueret og opretholdt. Studiet fandt, at mændenes sundhedsadfærd er medieret af deres ønske om at forblive maskuline identiteter, og at mændenes sundhedspraksisser således er et forsøg på at være 'rigtige' mænd og dermed opnå status blandt de mandlige kollegaer. Dolan skriver: *"[...] men's 'negative health behaviours can be seen as a form of agency designed to gain status within restricted hierarchies of masculinity"* (Dolan 2011). På den måde kan arbejdspladsen som kontekst siges at spille en vigtig rolle i mænds kulturelle konstruktion af maskuliniteter og maskulinitetspraksisser, herunder deres sundhedspraksisser.

Flere studier undersøger ligeledes maskulinitet i forskellige erhverv. Det metodekombineret studie *Maskulinitet og sikkerhed i to mandedominerede brancher* undersøger sikkerhed og maskulinitetspraksisser blandt mandlige slagterimedarbejdere og ambulanceredde gennem en spørgeskemaundersøgelse samt et etnografisk studie. Den kvantitative del af studiet konkluderer, at de traditionelle maskulinitetsidealer har en relativt begrænset udbredelse blandt mænd i disse to erhvervsgrupper. Den kvalitative del af studiet viser, i tråd med den kvantitative undersøgelse, at traditionelle maskulinitetsidealer om fysisk styrke, mod og risikotagning ikke længere er hegemoniske blandt ambulanceredderne. Studiet konkluderede, at kombinationen af den teknologiske udvikling, en stigende bevidsthed om egen fysisk sårbarhed samt patienters robusthed og ambulancereddernes uddannelsesmæssige løft stiller nye maskuline identiteter til rådighed. De nye maskuline identiteter, som stilles

til rådighed blandt ambulanceredderne, er nu i højere grad forenelige med sikkerhed i arbejdet og mindsker dermed de mandlige ambulanceredderes risikoadfærd (Christensen et al. 2015).

Endnu et studie, der beskæftiger sig med maskulinitet på arbejdspladser, er studiet *Men, Masculinity and Food: Interviews with Finnish carpenters and engineers*. Studiet er et komparativt finsk studie, der sammenligner en gruppe af tømrere med en gruppe af ingeniører i forhold til deres mad-relaterede praksisser, betydninger og præferencer. Studiet konkluderede, at ingeniørerne reformulerede det traditionelle ideal om, hvad en mand er og spiser, således et sundere kostmønster tilgodeses. Studiet viste, at ingeniørerne havde en mere positiv indstilling overfor grøntsager end tømrerne havde, som i højere grad favoriserede kød og 'tunge måltider'. Samtidig værdsatte ingeniørerne i højere grad nydelse ved mad end tømrerne, som udelukkende anså mad som brændstof. Således viser studiet, at både maskulinitet og beskæftigelse spiller en rolle i mandlige mad-relaterede praksisser, betydninger og præferencer. Samtidig tog de højere uddannede ingeniører i højere grad afstand til de traditionelle maskulinitetsidealer, for i højere grad at integrere sundhed - i form af sund mad - i deres maskuliniteter (Roos et al. 2001).

Ovennævnte afsnit peger på, at mænds arbejdspladser kan være med til at sætte rammerne for, hvad der er ideel maskulin praksis, og herunder at arbejdspladsen kan være medskabende for, hvilken sundhedsadfærd, der er efterstræbelsesværdig for mændene. Dermed indikerer ovenstående afsnit, at maskulinitetsidealer og -praksisser ikke kan adskilles fra den sociale kontekst, for eksempel i form af mænds arbejdspladser. Derudover peger ovennævnte studier på, at nogle mænd i forskellige erhverv har redefineret deres maskulinitet, således at de for eksempel sikrer et mere sikkert arbejdsmiljø eller sundere madpræferencer- og praksisser. Min undren går derfor på, hvorvidt kortere uddannede mænd på forskellige arbejdspladser holder mere rigtigt fast i usund sundhedsadfærd som en maskulin praksis - eller om de har redefineret deres maskulinitet, så den er i bedre overensstemmelse med sunde sundhedspraksisser.

1.4 Problemformulering

Ud fra ovenstående indledning er det blevet tydeligt, at der er et behov for at se køn og uddannelsesniveau som differentieringsformer, der er i et tæt og komplekst samspil. Sammenspillet mellem disse differentieringsformer er tilsammen med til at konstruere de maskulinitetsidealer, der er på spil blandt forskellige grupper af mænd. Samtidig er det blevet fremhævet, hvorledes de maskulinitetsidealer, der hersker blandt forskellige grupper af mænd, kan influere den måde mænd gør og praktiserer deres sundhed på. Derudover er det blevet tydeliggjort, at mændenes arbejdsplads som kontekst har betydning for den måde deres maskuliniteter konstrueres på. Derfor ønsker jeg i indeværende speciale at have et fokus på erhvervsfagligt uddannede mænd (som én gruppe af mænd med kortere uddannelser) i forskellige erhverv, herunder hvordan arbejdspladsen som én kontekst (ud af flere) er med til at sætte rammerne for, hvilke maskuline opfattelser der er på spil blandt disse mænd. Dermed bliver det interessant at undersøge, hvorvidt forskellige erhverv og dermed forskellige typer af arbejdspladser konstruerer forskellige måder at være mand på, som potentielt kan påvirke mændenes syn på sundhed og deres sundhedsmæssige praksisser. Specialets problemformulering er på baggrund heraf følgende:

Hvordan konstruerer erhvervsfagligt uddannede mænd i forskellige erhverv deres maskuliniteter, og hvordan påvirker disse konstruktioner mændenes syn på sundhed og særligt deres sundhedspraksisser?

2. Begrebsafklaring

Jeg vil i dette afsnit kort definere, hvad jeg i ovennævnte indledning og problemformulering samt i resten af specialet mener med sundhed, sundhedspraksisser og sundhedsadfærd.

Sundhed = Jeg vil lægge mig ud af WHO's brede definition af sundhed. De definerer sundhed på følgende måde:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization).

Sundhedsadfærd/sundhedspraksisser = Sundhedspraksisser eller sundhedsadfærd er alle de handlinger, et individ bevidst eller ubevidst foretager sig, som påvirker deres sundhed (jf. ovenstående definition). Et individs sundhedsadfærd er bestemt af både personlige, lokale og samfundsbestemte forhold og afspejler dets sociale og kulturelle identitet. Sundhedspraksisser kan både være kropslige handlinger samt verbale- og nonverbale handlinger. For eksempel kan sundhedspraksisser både være det at spise (u)sundt, (ikke) dyrke motion, (ikke) ryge og (ikke) drikke alkohol samtidig med, at det for eksempel kan være det, at man (ikke) taler om sin sundhed med andre eller (ikke) opsøger professionel sundhedshjælp.

3. Specialesamarbejde med Center for Sundhedsfremme

Jeg har et specialesamarbejde med Center for Sundhedsfremme (CFS), som er en driftsenhed under forvaltningen Sundhed og Kultur i Aalborg Kommune. Specifikt har jeg i mit speciale et samarbejde med CFS's virksomhedsindsatser. CFS's virksomhedsindsatser er proaktive indsatser, hvor teamkoordinator for indsatserne kontakter virksomheder i Aalborg Kommune og tilbyder dem rådgivning og sparring i forhold til sundhed og trivsel. Derudover tilbyder de virksomhedernes ansatte frivillige sundhedssamtaler med sundhedsprofessionelle fra CFS. Sparringen og sundhedssamtalerne foregår på de respektive virksomheder. Sigtet med virksomhedsindsatserne er at forbedre sundheden på de enkelte virksomheder - enten ved at give medarbejderne på virksomhederne råd og anbefalinger i sundhedssamtalerne, som de kan handle på, på egen hånd efterfølgende eller ved enten at henvise medarbejderne til deres alment praktiserende læge eller til en anden sundhedsindsats på CFS (blandt andet rygestop eller vaneændringsforløb). Derudover er sigtet med virksomhedsindsatserne at gøre virksomhederne opmærksomme på deres ansattes sundhedstilstande, herunder hvilke tiltag og indsatser vedrørende sundhed og trivsel, som man kan igangsætte på arbejdspladserne.

De virksomheder, der er med i virksomhedsindsatserne, er typisk overrepræsenterede af mænd med korte- eller erhvervsfaglige uddannelser (Bilag 1a). Virksomhederne selekteres efter højt sygefravær samt erhvervstype, hvor det særligt er erhverv indenfor industri, bygge og anlæg samt handel og service, der udvælges. Derudover udvælges der kun virksomheder, hvor der er flere end 10 ansatte. Interne tal fra Center for Sundhedsfremme viser, at 78 procent af de ansatte på alle de virksomheder, hvor CFS har holdt sundhedssamtaler har takket ja til en sundhedssamtale, hvorfor efterspørgslen på sundhedssamtaler på virksomhederne er forholdsvis høj (Bilag 1c).

Mændene fra virksomhedsindsatsernes sundhed er ydermere i overensstemmelse med ovenstående skitsering af sundhedsadfærden blandt mænd med kortere uddannelser. Det ses blandt andet, at mange af de erhvervsfagligt uddannede mænd fra virksomhedsindsatserne ryger, drikker forholdsvis meget alkohol og har et forholdsvis lavt aktivitetsniveau efter arbejde. Derudover er der 16 procent af mændene, der har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og 25 procent, der har haft smerter i kroppen indenfor de seneste tre måneder (Bilag 1b; 1e). Jeg har, som jeg vil komme ind på senere, brugt virksomhedsindsatserne til at rekruttere specialets informanter.

4. Et realistisk socialkonstruktivistisk ståsted

Specialets videnskabsteoretiske ståsted er inspireret af Dave Elder-Vass' realistiske socialkonstruktivisme - eller socialkonstruktivistiske realisme - som han præsenterer i hans bog *The Reality of Social Construction*. Elder-Vass argumenterer for, at moderat socialkonstruktivisme og realisme kan og bør kombineres i anskuelsen af den sociale verden. Overordnet set deler realister verden op i to: den der er afhængig af, hvordan individer (individuel eller kollektivt) tænker om den, og den der ikke er. På samme måde vil moderate socialkonstruktivister anse dele af virkeligheden som socialt konstrueret. Det er netop i disse udlægninger af henholdsvis realismen og socialkonstruktivismen, at han mener, de to videnskabsteoretiske retninger er forenelige (Elder-Vass 2012: 6f). For Elder-Vass er kultur, sprog, diskurser og viden vigtige normative sociale fænomener, som man i et forsøg på at forstå den sociale verden må forklare. Han argumenterer for, at disse normative sociale fænomener bedst undersøges ved at undersøge de mekanismer og sociale kræfter, der producerer dem (Ibid.: 3,14). Jeg har valgt at lade mig inspirere af Elder-Vass' videnskabsteoretiske ståsted, da det åbner op for at se erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskuliniteter og sundhedsadfærd som normative fænomener, der er socialt konstrueret. Dermed anser jeg maskulinitet og sundhedsadfærd som værende dynamiske og ikke-universelle størrelser, der ikke betyder det samme for alle mænd i alle situationer og på tværs af alle tider. Ydermere åbner Elder-Vass' videnskabsteoretiske perspektiv op for et fokus på, hvilke sociale mekanismer og sociale kræfter, der skaber erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedsadfærd som normative fænomener i givne kontekster.

Interaktionen mellem individer betegner Elder-Vass som *mekanismer*, og disse mekanismer kan tilsammen skabe sociale strukturer. De sociale strukturer, der skabes på baggrund af individers interaktion, besidder det, han kalder *kausale kræfter*. Kausale kræfter gør, at sociale strukturer kan skabe normative fænomener (Elder-Vass 2012: 21f). Sociale fænomener skyldes, ifølge Elder-Vass, ikke én enkelt kausal kraft. I stedet anser han et socialt fænomen som et resultat af interaktionen mellem forskellige kausale kræfter fra forskellige sociale strukturer. Sociale fænomener er således: "[...] multiply determined by a set of interacting causal powers" (Ibid.: 16). Interaktionen mellem forskellige sociale strukturer besidder tilsammen det, han kalder en *kollektiv kausal kraft*. En sådan kollektiv kausal kraft forstås som et virkeligt produkt af en social konstruktion, da en kollektiv kausal kraft ikke ville være mulig, hvis de sociale strukturer var organiseret anderledes. Som følge heraf påpeger Elder-Vass, at det ikke er muligt at finde regelmæssigheder i den sociale verden, men udelukkende

tendenser (Ibid.). Han skriver følgende: "[...] *the causal powers model insists that any given event is multiply determined by a number of interacting factors, none of which alone constitutes a complete cause of the event concerned*" (Ibid.: 17). De tendenser, som kausale kræfter producerer, kan blive forstærket eller svækket, når andre kausale kræfter med andre tendenser interagerer med dem (Ibid.:22). I indeværende speciale betyder det, at jeg vil anse erhvervsfagligt uddannede mænds maskulinitetsnormer og sundhedsadfærd som normative fænomener, der er skabt af forskellige sociale strukturer, samt den måde disse strukturer interagerer på. Samtidigt vil jeg anse sociale strukturer som værende skabt af interaktion mellem individer. Derudover vil jeg ikke anse det som muligt at finde regelmæssigheder i mændenes konstruktion af maskuliniteter og sundhedspraksisser, da jeg aldrig kan udelukke, at der er andre sociale strukturer og kausale kræfter på spil, end dem jeg undersøger og finder frem til i specialets empiriindsamling. Dette samtidig med, at jeg, som før skrevet, anser maskulinitet og sundhedsadfærd som dynamiske og kontekstbaserede konstruktioner. Dermed skal specialets resultater og endelige konklusion ses i relation til, at fænomener er undersøgt på et bestemt tidspunkt i en bestemt kontekst, og at en undersøgelse af samme fænomen på et andet tidspunkt og i en anden kontekst højt sandsynligt vil give andre resultater og konklusioner.

De sociale strukturer, der konstruerer normative sociale fænomener - som for eksempel maskulinitet og sundhedspraksisser - er det Elder-Vass betegner som *normcirkler*. Normcirkler adresserer normativitet, som han definerer som den tendens, individer har til at følge praksisser, der er relativt standardiserede på tværs af en social gruppe (Elder-Vass 2012: 22). Normcirkler skabes af en gruppe individer, der tilslutter sig og håndhæver en bestemt norm (Ibid.: 26f). På baggrund af den måde individerne i en normcirkel interagerer, kan de have den kausale kraft til at producere en tendens hos andre individer til at følge; "[...] *a set of beliefs or dispositions regarding appropriate behaviour*" (Ibid.:22f, 26f). Normcirkler opererer altid gennem individers handlinger, og individer agerer så at sige som repræsentanter for denne normcirkel (Ibid.: 26f). Dog påpeger han, at individer ikke er direkte influeret af alle mennesker, der håndhæver en norm, men nærmere af en lokal gruppe af individer (Ibid.: 24). Det der er nødvendigt for, at en normcirkel har en kausal kraft på dets medlemmer er: "[...] (i) *that the members of the group are able to recognize whether any given action conforms to their understanding of the norm; and (ii) that their understandings of the norm are reasonably closely consistent with each other*" (Ibid.: 51). Han argumenterer endvidere for, at individer har mange dispositioner i form af forskellige normcirkler, og at det de gør i en given situation, afhænger af, hvordan disse forskellige dispositioner interagerer i den givne kontekst. Som følge heraf argumenterer han for, at individers praksisser skabes af *normativ intersektionalitet* (Ibid.: 27ff). I indeværende

speciale betyder det, at jeg vil anse erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedsadfærd som et resultat af, hvordan mændenes forskellige normcirkler interagerer på deres respektive arbejdspladser. Dermed vil de normcirkler, som mændene er en del af udenfor arbejdet, influere deres konstruktion af maskuliniteter og sundhedsadfærd i en arbejdsmarkedskontekst, samtidig med at normcirklerne på arbejdet kan influere deres konstruktion af maskuliniteter og sundhedsadfærd udenfor arbejdet.

Hvis man, ifølge Elder-Vass, skal producere kausale forklaringer af sociale fænomener, må man benytte to distinkte, men komplementære slutningsformer. Den første er *retroduktion*, der handler om at identificere enkeltvise kausale kræfter og de mekanismer, der producerer dem. Den anden er *retrodiktion*, der handler om at identificere sættet af kræfter, der interagerer for at skabe et socialt fænomen. I førstnævnte er fokus på specifikke kausale kræfter, hvorimod fokus i sidstnævnte er på en specifik begivenhed, og hvordan forskellige sociale kræfter interagerer heri. Kombinationen af disse to slutningsformer åbner således op for ikke udelukkende at have et strukturalistisk perspektiv på normative fænomener, men også at relatere normative fænomener til 'virkelige' fænomener på mikroniveau (Elder-Vass 2012: 18f). Retroduktion kommer i indeværende speciale til udtryk ved, at jeg vil forsøge at identificere enkeltvise sociale kræfter i erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskulinitet og sundhedsadfærd. Her har jeg ladet mig informere af eksisterende forskning (jf. afsnit 1) og det kommende teori-afsnit, der identificerer enkeltvise kausale kræfter i konstruktionen af køn og maskulinitet. Retrodiktion kommer til udtryk ved, at jeg vil forsøge at identificere de kausale kræfter, der interagerer for at skabe mændenes maskulinitetsnormer og dermed deres sundhedsadfærd på deres respektive arbejdspladser. Således åbner retrodiktion op for, at jeg kan granske, hvilke andre strukturer og kausale kræfter, der er på spil i mændenes konstruktion af maskulinitet og sundhedsadfærd, og hvordan disse forskellige strukturer interagerer med hinanden.

Opsummerende vil jeg på baggrund af Elder-Vass' realistiske socialkonstruktivisme være optaget af de sociale mekanismer, der skaber sociale strukturer eller normcirkler. Ydermere hvordan disse strukturer i interaktion med hinanden har den kausale kraft til at konstruere erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedsadfærd som normative fænomener på deres respektive arbejdspladser. I specialets teoretiske og metodiske afsnit vil disse videnskabsteoretiske antagelser og implikationerne heraf blive ekspliciteret yderligere.

5. Specialets teoretiske forståelsesramme

5.1 Intersektionalitet

Indledningsvist vil jeg præsentere specialets hovedbegreb *intersektionalitet*, som danner rammen for den måde, jeg anskuer erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskuliniteter samt deres sundhedspraksisser på. Begrebet har metodiske såvel som teoretiske implikationer, som jeg løbende vil redegøre og argumentere for. Jeg vil overordnet argumentere for, at et intersektionelt blik er frugtbar i indeværende speciale, da det kan være med til at indfange, hvordan sociale differentieringsformer, såsom køn og uddannelsesniveau, spiller en rolle i den proces, der skaber og betinger maskuliniteter og sundhedspraksisser i forskellige kontekster. Dermed går perspektivet også godt i tråd med specialets videnskabsteoretiske ståsted, som netop lægger vægt på, at sociale fænomener opstår på baggrund af, hvordan forskellige sociale strukturer og deres kausale kræfter interagerer med hinanden i en given kontekst.

Intersektionalitet har i løbet af de sidste tre årtier haft stor indflydelse på kønsstudier indenfor sociologi såvel som indenfor andre faglige discipliner. Intersektionalitet er et begreb, der conceptualiserer samspillet mellem forskellige strukturelle uligheder og menneskers hverdagsliv (Christensen & Jensen 2019a: 82). Essensen i intersektionalitet er, at sociale kategorier eller differentieringsformer sameksisterer, og at denne sameksistens af sociale kategorier gør, at individer både positionerer sig selv og bliver positioneret på komplekse måder. Man kan eksempelvis aldrig blot være en mand eller en kvinde uden også at være klasse- og racemæssigt positioneret. Sameksistensen af forskellige sociale kategorier har netop implikationer for hvilke kønsidentiteter, der er mulige, vanskelige eller helt umulige. På den måde er intersektionalitet et begreb, der forbinder strukturelle forskelle med identitet, normativitet og hverdagsliv, og begrebet indfanger dermed både et fænomens makro- og mikroniveau. Et centralt princip i intersektionalitet er *det ikke-additive princip*, som beskriver, hvorledes det ikke er muligt blot at addere effekten af én kategori med effekten af en anden kategori. De forskellige sociale differentieringsformer anses som gensidigt konstituerende og kan dermed ikke ses adskilt. På den måde er sociale kategorier heller ikke parallelle eller statiske, men i stedet multidimensionelle og dynamiske (Ibid.: 84ff).

Intersektionalitetsbegrebet opstod blandt sorte feminister i USA, som satte deres situation i relation til deres køn og race. Målet med begrebet var at sætte fokus på sorte kvinders strukturelle undertrykkelse (Crenshaw 1991). Siden begrebets opkomst har intersektionalitet været på en begrebsrejse, der blandt andet har medført, at begrebet er blevet bredt ud til ikke kun at omhandle sorte, underprivilegerede kvinder, men også mere privilegerede og magtfulde individer, som for eksempel hvide mænd (Christensen & Jensen 2019a: 86). Denne begrebsrejse har affødt diskussioner om, hvorvidt begrebet har mistet sit fokus og radikalitet på strukturel undertrykkelse til fordel for et større fokus på mangfoldige identiteter og subjektiviteter. I forlængelse heraf er der splittelse omkring, om begrebet bør være forbeholdt bestemte (underprivilegerede) grupper, herunder hvorvidt det er rimeligt at anse hvide mænd som intersektionelle subjekter (Christensen & Jensen 2019b: 20). Her vil jeg først og fremmest argumentere for, at en af intersektionalitetens styrker netop er, at begrebet tilbyder en kobling mellem struktur og individ, hvorfor det er gavnligt ikke blot at anskue et fænomen strukturelt, men også på et identitetsmæssigt niveau. Ydermere vil jeg lægge mig op ad Devon Carbados argument om, at intersektionalitet ikke er begrænset til bestemte sociale grupper, og at intersektionalitet i lige så høj grad omhandler mænd, maskulinitet og hvidhed. Han introducerer i forlængelse heraf begreberne *colorblind intersectionality* og *gender-blind intersectionality*, som henviser til situationer, hvor henholdsvis hvidhed og køn er med til at producere og er en del af en social kategori, som er usynlig eller ikke anses som en intersektionel subjektposition, for eksempel hvordan hvidhed er en; "[...] *racial default*". Således påpeger han, at der eksisterer en racemæssig kønsnormativitet (Carbado 2013).

Ud fra ovenstående afsnit har jeg klargjort, hvordan intersektionalitet kan være behjælpelig med at skabe en bredere forståelse for erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedspraksisser, som både inkorporerer et strukturelt- såvel som et individniveau. På den måde sætter intersektionalitet, sammen med mit realistiske socialkonstruktivistiske ståsted, rammen om min forståelse af, hvorledes normative fænomener, som maskuliniteter og sundhedsadfærd, konstrueres på dynamiske og komplekse måder. Dermed breder jeg begrebet ud til ikke kun at omhandle strukturel undertrykkelse af visse underprivilegerede grupper, men til også at omhandle hvide erhvervsfagligt uddannede mænd, og hvordan de positioneres samt positionerer sig selv i visse maskuliniteter. Dog rummer begrebet ikke en forklaring af, hvordan denne gensidige konstituering af sociale kategorier og maskuliniteter foregår, hvorfor det er nødvendigt at supplere med indholdsudfyldelse af begrebet. Derfor vil jeg i følgende afsnit redegøre teoretisk for, hvordan køn og maskuliniteter konstrueres på forskellige niveauer.

5.2 Konstruktion af køn og maskuliniteter

Jeg vil i dette afsnit teoretisere, hvorledes jeg anser konstruktionen af køn og maskuliniteter som normative og intersektionelle fænomener. Det vil jeg gøre for at indfange de sociale mekanismer og kausale kræfter, der skaber og betinger erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter, for senere at sætte disse i relation til deres sundhedsadfærd. Jeg vil først og fremmest teoretisere køn som en kulturel ramme - en form for mesostruktur - der har implikationer for individer, og den måde de udøver kønnede praksisser på. Dernæst vil jeg ud fra et interaktionelt perspektiv teoretisere, hvorledes individer udøver kønnede praksisser, og hvordan disse praksisser (re)producerer kønnede strukturer.

5.2.1 Køn som en kulturel ramme

Jeg vil teoretisere køn som en kulturel ramme med udgangspunkt i Cecilia Ridgeways teoretiske artikel *Framed Before We Know It. How Gender Shapes Social Relations*. Jeg vil argumentere for, at Ridgeways perspektiv er fordelagtigt i indeværende speciale, da perspektivet netop kan skærpe forståelsen af, hvorledes køn strukturerer og rammesætter den måde, som erhvervsfagligt uddannede mænd bliver positioneret i forskellige kønnede identiteter i forskellige organisatoriske kontekster. Ridgeways perspektiv går således også godt i tråd med specialets videnskabsteoretiske ståsted, som netop lægger vægt på, at normative fænomener skabes af en kollektiv kausal kraft fra forskellige interagerende strukturer eller normcirkler i en bestemt kontekst.

Ridgeway anser køn, alder og race som primære kulturelle rammer, der koordinerer og organiserer adfærd og sociale relationer (Ridgeway 2009: 145). Ridgeway argumenterer for, at individer har brug for en fælles kulturel viden, en delt måde at kategorisere og definere hvem man selv og andre er, i en given situation. Denne delte kulturelle viden, som individer bruger til at kategorisere sig selv og andre med, kalder hun for *kategorisystemer* (Ibid.: 145). Et nærliggende eksempel kunne være det kønnede kategorisystem, der medfører socialt skabte forskelle mellem mænd og kvinder. Kategorisystemer gør, at individer kan forudsige, hvordan andre individer handler og dermed koordinere deres egne handlinger i overensstemmelse hermed. På den måde er kategorisystemer med til at gøre individer genkendelige overfor hinanden og er dermed med til at smidiggøre interaktionen. Køn fungerer således som *baggrundsidentitetskategorier*, som styrer individer i bestemte kønnede retninger. Ridgeway argumenterer ydermere for, at kategorisystemer er baseret på kulturelt definerede standarder af

forskelle og kontraster. Disse kulturelle kategorisystemer er ofte simplificeret, således de nemt kan bruges som "framing devices" og dermed til at definere én selv og andre i en given situation. Således kommer disse kategorisystemer til at fungere som delte stereotyper; en forsimplet forudindtagethed omkring hvordan et individ i en given kønskategori vil handle i en given situation (Ibid.: 145,147f). Ridgeway argumenterer for, at kønsstereotyper er *kulturelle hegemoniske overbevisninger* på baggrund af, at det kønnede kategorisystem: 1) Er institutionaliseret i medierepresentationen, i love og politikker samt i en bred vifte af organisatoriske praksisser og 2) Repræsenterer de oplevelser og forståelser af køn, som de dominerende grupper i samfundet har. Dog kan individet have alternative kønsoverbevisninger, som de deler med en subgruppe af ligesindede, som kan siges at forme deres adfærd og fordomme i højere grad end kulturelle hegemoniske overbevisninger (Ibid.:150).

En yderligere pointe hos Ridgeway er, at institutionelle og organisatoriske roller ofte er viklet ind i kønnede kulturelle betydninger. Ridgeway hævder, at den mest virkningsfulde måde, hvorpå køn som en kulturel ramme virker på, er ved at kønnede betydninger overføres til institutionelle praksisser, procedurer og rolleidentiteter, som forskellige institutioner fungerer efter:

"[...] these institutional roles, even the gendered ones, provide clearer instructions for behavior in a given context than do the diffuse cultural meanings of the primary gender frame. For individuals, it is these institutional identities and rules that are in the foreground of their sense of who they are in a given context and how they should behave there" (Ridgeway 2009: 152).

Institutionelle kontekster kan således være med til at 'frame' køn på en given måde og kan så at sige fungere som en 'mediator' for kønnede kategorisystemer. I kontekster, der kulturelt anses som maskuline, vil kønsoverbevisninger: *"[...] bias judgements and behaviors more strongly in favor of men"* (Ibid.: 151). Der er, ifølge Ridgeway, to generelle faktorer, der afgør om kønsrammen biaser udførelsen af institutionelle rolleidentiteter: 1) Kønsrammens betydning og relevans i situationen. Dette afhænger af den institutionelle konteksts kønssammensætning, og i hvor høj grad rollerne i konteksten i sig selv er kulturelt kønnede og 2) I hvor høj grad organisatoriske regler og procedurer begrænser individuel adfærd. Jo mere begrænsede individers handlinger er, jo mindre spillerum har kønsrammen til implicit at forme individers adfærd (Ibid.: 152f).

Ovenstående perspektiv på køn som en kulturel ramme er således med til at rette fokus på, hvordan køn fungerer som en form for 'overindividuel kulturelt script', som individer trækker på i forskellige sociale arenaer. På den måde åbner teorien op for at anse mændenes arbejdspladser som en kulturel ramme, hvor indenfor køn indrammes. I det næste afsnit vil jeg kigge på køn og maskulinitet som en

performativitet, der med ovennævnte perspektiv kan siges at blive praktiseret indenfor rammerne af og dermed (re)producere en bestemt kulturel kønsrammesætning.

5.2.2 Køn som en performativitet

Candace West og Don Zimmerman teoretiserer i artiklen *Doing gender* køn som en rutine, der er indlejret i hverdagsinteraktioner. De anser dermed ikke køn som noget individer *er*, men noget individer *gør* i interaktion med andre. De skriver: "[...] a person's gender is not simply an aspect of what one is, but, more fundamentally, it is something that one does, and does recurrently, in interaction with others" (West & Zimmermann 1987: 140). Således anser de køn og dermed den kønnede orden som noget, der (re)produceres i sociale interaktioner, ved at et individ lever op til bestemte kønnede normative forventninger (Ibid.:126). Dette perspektiv er valgt, da det åbner op for at se erhvervsfagligt uddannede mænds måde at praktisere køn og maskulinitet på som normative fænomener, der (re)produceres i interaktionen med andre. Således går teorien også godt i tråd med specialets videnskabssteoretiske ståsted og kan teoretisere de sociale mekanismer, der (re)producerer de kønnede sociale strukturer.

For at forstå West og Zimmermanns teoretiske udlægning er deres skelnen mellem *biologisk køn*, *køns kategorier* og *sociokulturelt køn* essentiel. Et individs biologiske køn er de socialt skabte biologiske kriterier for at klassificere personer som enten pige/kvinde eller dreng/mand. Køns kategorier skabes på baggrund af det biologiske køn, ved at der til det at være biologisk enten mand eller kvinde, er koblet bestemte normative *identificatory displays*, som indikerer et individs biologiske køn, og som det forventes individet fremfører (West & Zimmermann 1987: 127). Det kan for eksempel være maskuline og feminine praksisser og udseende. Dog er et individs biologiske køn og køns kategori ikke altid identiske, men kan variere uafhængigt af hinanden. Et individ kan for eksempel godt være i en køns kategori, selvom kriterierne for det biologiske køn ikke er opfyldt. Køns kategorier hænger derimod tæt sammen med sociokulturelt køn. Sociokulturelt køn er de forventninger og aktiviteter, der opfattes som passende for et individs køns kategori (Ibid.). Det handler altså for et individ om at fremvise sin køns kategori, så den bedst muligt er i overensstemmelse med sit sociokulturelle køn. På den måde organiserer deltagerne i interaktion med hinanden deres adfærd, så den reflekterer eller udtrykker deres køns kategori; "[...] in a decisive a fashion as they can" (Ibid.: 134). Her henter West & Zimmerman inspiration fra Erving Goffmans begreb *gender display*. Det at gøre køn på en bestemt

måde handler altså om at fremføre det køn, som ens kønskategori tilskriver én og fremføre det på en passende måde; det West & Zimmermann kalder for *appropriate gender* (Ibid.: 127ff). Individet holder ydermere hinanden ansvarlige for, at de gør deres køn på en socialt acceptabel måde; det West & Zimmermann kalder *accountability*. De skriver følgende:

"[...] a person engaged in virtually any activity may be held accountable for performance of that activity as a woman or a man, and their incumbency in one or the other sex category can be used to legitimate or discredit their other activities" (Ibid.: 136).

På den måde er en væsentlig pointe hos West og Zimmermann altså, at der sker en form for social evaluering af, om et individs gender display er i overensstemmelse med dets kønskategori. Hvis ikke individet fremviser sin kønskategori på en acceptabel måde, kan der fremkomme sociale sanktioner for individet (Ibid.: 136).

I en videreudvikling af doing gender-perspektivet udvider Candace West og Sarah Fenstermaker perspektivet til også at indbefatte forholdet mellem køn, race og klasse; det de kalder *doing difference*. De argumenterer for, at køn, race og klasse er sammenlignelige mekanismer, der producerer social ulighed, og som alle er noget, der på komplekse måder opnås i sociale interaktioner (West & Fenstermaker 1995: 9): "[...] our perspective affords an understanding of the accomplishment of race, gender, or class as constituted in the context of the differential "doings" of the other" (Ibid.: 32). Således argumenterer de for, at både køn, klasse og race alle er sociale kategoriseringer, som individer bliver holdt 'accountable' for at fremvise på en social acceptabel måde (Ibid.: 26). På den måde kan deres videreudvikling af doing-gender-perspektivet anses som fordelagtig til at forstå, hvordan både køn, klasse bliver re(produceret) af individers forskellige normative praksisser og går således både godt i tråd med specialens videnskabssteoretiske ståsted samt intersektionalitetsperspektivet.

Ovenstående afsnit har ekspliciteret, hvordan køn, klasse og race kan forstås som en social gøremål, som individer bliver holdt til ansvar for i interaktionen med andre. Dette perspektiv kan således være behjælpelig med at forstå, hvordan erhvervsfagligt uddannede mænd ikke blot bliver positioneret i forskellige subjektpositioner, qua deres tilhørsforhold i forskellige sociale kategorier samt de kulturelle arbejdsmæssige kontekster de indgår i, men også positionerer sig selv ved at gøre køn på bestemte kulturelle måder. I næste afsnit ønsker jeg at kigge nærmere på et teoretisk perspektiv, der ekspliciterer forholdet mellem køn, uddannelse, maskulinitet og sundhedsadfærd.

5.3 Maskulinitet og sundhedsadfærd

Will Courtenay teoretiserer i artiklen *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, hvorledes usund sundhedsadfærd kan ses som særlige hegemoniske maskuline praksisser. Han er i hans teoretiske blik inspireret af og låner et centralt begreb fra Raewyn Connell, som jeg indledningsvist kort vil redegøre for.

5.3.1 Hegemonisk maskulinitet

Connell introducerer i hendes bog *Masculinities* begrebet *hegemonisk maskulinitet*. Hegemonisk maskulinitet er den form for maskulinitet, der i en given historisk og samfundsmæssig kontekst optager en hegemonisk og idealiseret position (Connell 1995: 76). Hegemonisk maskulinitet defineres som: “[..] *widespread ideals, fantasies, and desires*” og “[..] *the currently most honored way of being a man, it required all other men to position themselves in relation to it*” (Connell & Messerschmidt 2005: 838, 832). På den måde positionerer den hegemoniske maskulinitet mænd i forskellige maskuliniteter. De mænd, der ikke lever op til den hegemoniske maskulinitet, bliver placeret i henholdsvis *underordnet, marginaliseret* eller *medløbende maskuliniteter*. Underordnet maskuliniteter indbefatter mænd, der ikke praktiserer de normative idealer i den hegemoniske maskulinitet. Det kan for eksempel være homoseksuelle eller feminine mænd. Marginaliseret maskuliniteter indbefatter mænd, der er placeret i mindreværdspositioner. Det kan for eksempel være handicappede eller raciserede mænd. Medløbende maskuliniteter indbefatter mænd, der indgår og underkaster sig den hegemoniske maskulinitet for at få privilegierne, der følger med, på trods af at praksisserne er imod deres egne overbevisninger (Connell 1995: 78ff).

Connell pointerer dog, at der ikke er mange mænd, der i praksis lever op til de normative standarder i hegemonisk maskulinitet. På trods heraf former deres forsøg på at leve op til den hegemoniske maskulinitet alligevel deres praksisser (Connell 1995: 68, 79). Connells pointe er, at hegemonisk maskulinitet legitimerer kønnede relationer mellem mænd og kvinder samt mellem forskellige maskuliniteter (underordnet, marginaliseret og medløbende maskuliniteter). På den måde relaterer hegemonisk maskulinitet sig også til (nogle) mænds dominerende position og underordningen af kvinder, herunder patriarkatet (Connell 1995: 76ff). Konceptet er således baseret på to indbyrdes forbundne dimensioner: 1) *Eksternt hegemoni*, hvor fokus er på mandlig dominans og undertrykkelse af

kvinder og 2) *Internt hegemoni*, hvor fokus er på den hierarkiske klassifikation af maskuliniteter. Begge dimensioner er, ifølge Connell, forbundet til opretholdelsen af patriarkatet (Christensen & Jensen 2014: 63). Jeg vil, qua specialets problemformulering, have fokus på det interne hegemoni. I en videreudvikling af hegemonisk maskulinitet forslår Raewyn Connell og James Messerschmidt endvidere, at man anerkender den geografiske kontekst, hvori maskuliniteter konstrueres ved at empiriske hegemoniske maskuliniteter analyseres på tre niveauer: Det lokale, det regionale og det globale. De tre niveauer skal ikke nødvendigvis ses adskilt, men kan også være sammenhængende (Connell & Messerschmidt 2005: 848f). Denne skildring af niveauer kan potentielt være gavnlige til at få et mere konkret blik på, hvordan mændenes arbejdspladser, som lokale kontekster, er væsentlige i mændenes konstruktion af maskuliniteter.

Connells begreb hegemonisk maskulinitet er så at sige 'tomt' og indeholder ikke bud på, hvad hegemoniske maskuline praksisser kan være. Jeg vil derfor i næste underafsnit benytte Courtenays teoretiske perspektiv på usundhed/sundhedsadfærd, som særlige hegemoniske maskuline praksisser, for på den måde at indholdsudfylde Connells begreb om hegemonisk maskulinitet og dermed koble erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskuliniteter sammen med deres sundhedsadfærd.

5.3.2 En hegemonisk maskulin sundhedsadfærd

Ifølge Courtenay er køn en af de vigtigste faktorer til at forklare forskelle i individers sundhedsadfærd. Han hævder, at sundhedsrelateret adfærd, ligesom andre sociale praksisser, som individer engagerer sig i, er en måde, hvorpå de konstruerer og demonstrerer deres feminiteter og maskuliniteter. Han skriver konkret, at: "[...] *the doing of health is a form of doing gender*" (Courtenay 2000: 1385f, 1388). Courtenay har dog i hans teoretiske udlægning et særligt fokus på relationen mellem mænds maskuliniteter og deres sundhedsadfærd, hvorfor hans teoretiske perspektiv er yderst frugtbar i indeværende speciale. Courtenay mener, at mænd, gennem deres sundhedsadfærd, efterstræber at demonstrere en hegemonisk maskulinitet (jf. Connells definition). Han skriver følgende: "[...] *males use health beliefs and behaviours to demonstrate dominant - and hegemonic - masculine ideals that clearly establish them as men*" (Ibid.: 1389). Hegemonisk maskulinitet kan i dette henseende for eksempel inkludere benægtelse af svaghed eller sårbarhed, emotionel og psykisk kontrol, det at give udtryk for at være stærk og robust, afvisning af alt hjælp samt aggressiv opførsel og psykisk dominans. På den måde anser Courtenay usund og risikofyldt sundhedsadfærd som et middel, mænd kan bruge til at demonstrere hegemonisk maskulinitet (Ibid.: 1388f).

I mænds (sundhedsmæssige) demonstration af hegemonisk maskulinitet positionerer de sig i modsætning til kvinder samt andre underordnede maskuliniteter (jf. Connells definition):

"Like crime, health behaviour may be invoked as practice through which masculinities (and men and women) are differentiated from one another [...] Men's denial and disregard of physical discomfort, risk and health care needs are all means of demonstrating difference from women, who are presumed to embody these "feminine" characteristics. These behaviours serve both as proof of men's superiority over women and as proof of their ranking among "real" men. A man's success in adopting (socially feminized) health-promoting behaviour, like his failure to engage in (socially masculinized) physically risky behaviour, can undermine his ranking among men and relegate him to a subordinated status" (Ibid.: 1388, 1390).

På samme måde som usund sundhedsadfærd er konstrueret som hegemoniske maskuline praksisser, er en sund sundhedsadfærd, ifølge Courtenay, socialt konstrueret som former for idealiseret feminitet. På den måde handler mænds efterstræbelse af hegemonisk maskulinitet om at tage afstand til 'kvindelige sundhedspraksisser' og dermed afvise feminine sundhedsideal, som for eksempel omsorg for egen sundhed. Når mænd demonstrerer deres køn 'korrekt' ved en såkaldt hegemonisk maskulin sundhedsadfærd, bliver de anerkendt med social accept, som gør at de får en følelse af at være 'rigtige mænd'. Dermed er mænds positionering i forhold til den hegemoniske maskulinitet med til at opretholde, reproducere og gøre kønskategoriene legitime (Ibid.: 1394). Ydermere vil mænds afstandtagen til sundhed gøre, at de beholder deres status og dermed ikke bliver positioneret som underordnede maskuliniteter. Modsat vil mænd, der demonstrerer feminine normer og dermed afviser hegemonisk maskuline praksisser, blive nedgraderet til underordnede maskuliniteter (Ibid.: 1389).

Courtenay anser etnicitet, økonomisk status, uddannelsesniveau samt seksuel orientering som vigtige for mænds konstruktion af maskuliniteter: *"Boys will be boys' differently, depending upon their position in social structures and, therefore, upon their access to power and resources [...] Social class positioning both constrains and enables certain forms of gendered social action and influences which unhealthy behaviours are used to demonstrate masculinity"* (Ibid.: 1390). På baggrund af mænds forskellige positioneringer i forskellige sociale strukturer hævder Courtenay, at mænd efterstræber det hegemoniske maskuline ideal på forskellige måder. Dermed anser han samspillet mellem disse forskellige sociale kategorier som væsentlige i mænds konstruktion af maskuliniteter, herunder de specifikke sundhedspraksisser, som de vælger at praktisere for at forsøge at leve op til den hegemoniske maskulinitet. Derfor vil for eksempel mænds sociale klasse være afgørende for, hvilke usunde

praksisser mænd udøver for at efterleve den hegemoniske maskulinitet og dermed idealet om at have en usund sundhedsadfærd. Ydermere anser Courtenay den sociale kontekst som væsentlig, da måder at efterstræbe maskulinitet på er dikteret af kulturelle normer i en given kontekst. Han skriver, at: ”[...] institutional structures and contexts that women and men encounter elicit different demonstrations of health beliefs and behaviours and provide different opportunities to conduct this particular form of demonstrating gender” (Ibid.: 1388). På den måde kan sociale og institutionelle strukturer anses som (re)producerende for mænds konstruktion af maskulinitet, herunder deres sundhedsmæssige risici og (Ibid.).

Med ovenstående perspektiv på sammenhængen mellem maskulinitet og sundhedsadfærd er de øvrige perspektiver i specialets teoriafsnit blevet koblet sammen og blevet koblet op på mænds sundhedsadfærd. Således åbner perspektivet op for at se usund sundhedsadfærd som særlige hegemonisk maskuline praksisser blandt erhvervsfagligt uddannede mænd, en kulturel accepteret måde at gøre køn på, der gøres samtidig med klasse og andre sociale kategorier indenfor en bestemt kulturel rammesætning.

5.4 Teoretisk diskussion

I ovenstående teoriafsnit har jeg redegjort for en vifte af forskellige teoretiske perspektiver, der på hver deres måde kan være med til at belyse, hvilke sociale mekanismer og kausale kræfter, der er på spil i erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskuliniteter og sundhedspraksisser. De forskellige teoretiske perspektiver, som jeg har valgt at tage udgangspunkt i, har forskellige perspektiver på den sociale verden og forskellige teoretiske fokuspunkter. Dog kan de valgte teoretiske perspektiver siges at supplere hinanden og tilsammen give en mere fyldestgørende og flerdimensionel forståelse af specialets genstandsfelt. Det er netop det, jeg i følgende afsnit vil diskutere og argumentere for.

Først og fremmest vil jeg fremhæve, at både Ridgeway, West, Zimmermann og Courtenay alle har blik for, at der er andre sociale differentieringsformer end køn, for eksempel klasse, alder og race, der strukturerer og bliver struktureret af den sociale interaktion mellem individer. På den måde vil jeg argumentere for, at de valgte teoretiske perspektiver er kompatible med specialets hovedbegreb, intersektionalitet, samt specialets realistiske socialkonstruktivistiske ståsted. Dernæst har perspektiverne det til fælles, at de anser køn og maskulinitet som socialt skabte normative fænomener. Der er

dog forskel på, hvorvidt de har et strukturalistisk eller interaktionistisk syn på den sociale konstruktion af køn og maskulinitet.

Ridgeway har i hendes teoretiske udlægning af køn (samt alder og race), som kulturelle rammer, et strukturalistisk udgangspunkt, idet hun anser disse kulturelle rammer som strukturer, der organiserer individers adfærd og sociale relationer. Køn som en struktur interagerer, ifølge Ridgeway, med institutionelle arenaer og rammesætter, hvordan køn i en given organisatorisk kontekst frames på. På den måde anser hun også kønnede sociale strukturer som værende multidimensionelle, da sociale strukturer både indbefatter kønnede makrostrukturer såsom samfundsmæssig kønsulighed og kønnede mesostrukturer. Hun tilbyder derfor så at sige et fordelagtigt 'link' mellem makro- og mesoniveau. Jeg vil argumentere for, at Ridgeways overvejende 'oppe-fra-og-ned-perspektiv' på fordelagtigt vis kan suppleres af West og Zimmermanns teoretiske perspektiv. De tager i deres teoretiske udlægning af køn (samt klasse og race) som en gøren netop et interaktionistisk udgangspunkt, idet de anser køn som noget et individ gør i interaktionen med andre. De er således optaget af, hvordan individer i interaktion med hinanden (re)producerer en kønnede struktur og har så at sige et overvejende 'nede-fra-og-op-perspektiv'. På den måde kan Ridgeway samt West og Zimmermanns teoretiske perspektiver på frugtbar vis tilsammen give et mere fyldestgørende og flerdimensionelt blik. Perspektiverne kan tilsammen tilbyde at se konstruktionen af køn og maskuliniteter fra både et mikro-, meso- og makroniveau samt hvordan disse niveauer er gensidigt konstituerende og forstærkende. Således vil jeg også argumentere for, at disse to teoretiske perspektiver indholdsudfylder intersektionalitetsbegrebet, da de netop tilsammen tilbyder en kobling mellem køn (og andre differentieringsformer) på makro- og mikroniveau, der 'medieres' gennem mesoniveau/det institutionelle niveau.

Jeg vil endvidere argumentere for, at Courtenays teoretiske perspektiv på usund sundhedsadfærd som særlige hegemoniske maskuline praksisser passer godt ind i og supplerer specialets øvrige teoretiske perspektiver. Courtenays teoretiske perspektiv supplerer de øvrige valgte teoretiske perspektiver ved at tilbyde en kobling mellem køn, uddannelse, maskuliniteter og sundhedspraksisser. Han er i hans teoretiske perspektiv inspireret af West og Zimmermanns perspektiv på køn som en gøren. Derudover vil jeg argumentere for, at han også går godt i tråd med Ridgeways teoretiske blik, da han anser konteksten som afgørende for den måde køn strukturer de kønnede sundhedsmæssige praksisser. Han inkorporerer således både et strukturalistisk- samt et interaktionistisk perspektiv i hans teoretiske udlægning på maskuliniteter og sundhedsadfærd og har dermed et fordelagtigt vekselvirkende blik på forholdet mellem struktur og individ. Således er perspektivet fordelagtigt til at forstå, hvordan

individer skaber kønnede (og klassemæssige) strukturer, samt hvordan disse strukturer tilsammen skaber normative maskuliniteter og sundhedspraksisser i forskellige kontekster.

Slutteligt vil jeg dog give et kritisk blik på Courtenays teoretiske perspektiv. Courtenay hævder, at usunde eller risikofyldte sundhedspraksisser for alle grupper af mænd er en del af den hegemoniske maskulinitet. Det, der varierer indenfor forskellige grupper af mænd, er hvilke usunde eller risikofyldte praksisser, der er en del af den hegemoniske maskulinitet. Det kan diskuteres, hvorvidt usunde eller risikofyldte sundhedspraksisser for alle grupper af mænd i alle kontekster er en del af den hegemoniske maskulinitet. I forlængelse heraf kan man diskutere, hvorvidt denne indholdsudfyldelse af hegemonisk maskulinitet rummer nok kontekstsensitivitet og formår at tage nok højde for den forskellighed, der er i forskellige mænds (hegemoniske) maskuliniteter. Ydermere kan man diskutere, om der siden Courtenays teoretiske udlægning i 2000 er sket et skifte i, hvordan man (samfundsmæssigt) kigger på sundhed. Med det stigende sundhedsfokus, der er kommet de seneste år, kunne man forestille sig, at (nogle) mænds hegemoniske maskulinitet i højere grad vil inkorporere sunde og mindre risikofyldte praksisser end for bare 20 år siden. Jeg vil dog lade denne diskussion stå åben for nu og tage den op igen i analysen af empirien, hvor jeg forhåbentlig kan komme nærmere, hvorvidt usund sundhedsadfærd er hegemonisk maskuline praksisser for specialets erhvervsfagligt uddannede mænd.

6. Metodiske overvejelser

I følgende afsnit vil jeg beskrive, hvilke metodiske overvejelser jeg har haft i undersøgelsen af mænds konstruktion af maskuliniteter og sundhedspraksisser. Først og fremmest vil jeg beskrive undersøgelsens forskningsdesign samt den valgte forskningsstrategi. Herefter vil jeg gå i dybden med empiriindsamlingen, herunder rekruttering af informanter og opbygning af interviewguide. Slutteligt vil jeg beskrive, hvilken kodnings- og analysestrategi jeg har anvendt i analysen af undersøgelsens empiri. Specialets metodiske overvejelser og dermed de metodiske præmisser, der ligger bag specialets resultater og endelige konklusion, er forsøgt gjort så transparente som muligt for at højne undersøgelsens reliabilitet (G & Bellamy 2012: 21).

6.1 Et kvalitativt forskningsdesign

For bedst muligt at kunne undersøge specialets genstandsfelt har jeg valgt en kvalitativ tilgang til undersøgelsen heraf. Jeg har valgt, at min undersøgelse skal tage udgangspunkt i kvalitative forskningsinterviews med erhvervsfagligt uddannede mænd i forskellige erhverv, for at få et indblik i hvordan mændene, i kraft af deres positioneringer i bestemte sociale kategorier og arbejdsmarkeds-kontekster, konstruerer deres maskuliniteter og dermed deres sundhedsadfærd. Denne kvalitative tilgang til specialets genstandsfelt er valgt, da den tillader mig at gå i dybden med de sociale mekanismer og de sociale kræfter, der skaber og betinger erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedsadfærd. Jeg anser, qua mit realistiske socialkonstruktivistiske ståsted, interviewet som en aktiv interaktion mellem mig som interviewer og de mandlige informanter, der leder til socialt forhandlede kontekstuelte baserede svar. Således vil det der fortælles altid være konstrueret i den samtaleinteraktion, som interviewet udgør (Tanggaard & Brinkmann 2015: 30f).

Når man arbejder ud fra et intersektionelt perspektiv, er det nødvendigt at udvælge nogle sociale kategorier eller etablere nogle *ankerpunkter*. De valgte ankerpunkter skal fungere som strategiske pejlemærker i empiriindsamlingen og analysen. Ankerpunkterne er på den måde med til at gøre analysen håndterbar, samtidig med at de skærper fokus på de kategorier, som anses som mest vigtige for forskningsspørgsmålet (Christensen & Jensen 2012: 112). Jeg har valgt køn og uddannelsesniveau som specialets ankerpunkter, da det er disse kategorier, der jf. eksisterende forskning i afsnit 1, er vigtige i uligheden i sundhed og levetid. Det er derfor disse kategorier, der har dannet

udvælgelseskriterierne for de mænd, jeg har rekrutteret til interviews, samtidig med at det er disse, der har været retningsgivende i empiriindsamlingen og i analysen heraf.

Man kan, ifølge Leslie McCall, have tre forskellige tilgange til intersektionalitetsanalyser. Den første er *den antikategorielle tilgang*, hvor fokus er på at destabilisere og dekonstruere de sociale kategorier. Den anden er *den intrakategorielle tilgang*, hvor fokus er på forskelle indenfor én bestemt social kategori. Den sidste og tredje tilgang er *den interkategorielle tilgang*, hvor fokus er på kompleksitet og variation mellem forskellige kategorier (McCall 2005: 1773f). Udgangspunktet for indeværende speciale har været den intrakategorielle tilgang, hvor jeg har fokus på erhvervsfagligt uddannede mænd. Formålet med valg af denne tilgang er at nuancere kompleksiteten indenfor denne gruppe af mænd, og de implikationer som køn og uddannelsesniveau har for disse mænds konstruktion af maskuliniteter og sundhedsadfærd. Jeg anser dog forholdet mellem forskellige sociale kategorier som et empirisk spørgsmål. Som følge heraf har jeg været åben for, at andre sociale kategorier eller differentieringsformer sameksisterer med køn og uddannelsesniveau, eller at mændenes forskellige erhverv har viser sig at have en vigtig betydning. Som følge heraf har jeg holdt jeg mig åben for en eventuel interkategoriel analyse af erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskulinitet og sundhedsadfærd. Min empiriske åbenhed hænger tæt sammen med den valgte forskningsstrategi, som jeg vil præsentere i næste afsnit.

6.2 Adaptiv forskningsstrategi

Jeg er i indeværende speciale inspireret af Derek Layders adaptive tilgang. Formålet med Layders adaptive tilgang er at gøre op med dualismen mellem induktion og deduktion, der, ifølge ham, er en kunstig adskillelse mellem to former for komplementære tilgange til vidensudvikling (Jacobsen 2007: 252). Layder inkorporerer således både elementer fra den induktive og deduktive tilgang i hans adaptive tilgang. På den måde placerer hans tilgang sig i midten af 'det kvalitative kontinuum' og er hverken metodisk induktiv eller rendyrket deduktiv, men både-og (Ibid.: 254, 264). Ifølge Layder adaptive tilgang skal man altid indlede en undersøgelse med et teoretisk fokus eller afsæt. Det kan man gøre med det, han betegner som *orienterende begreber*. Orienterende begreber skal være retningsgivende for tematiseringen og fokuseringen i empiriindsamlingen (Ibid.: 266). Orienterende begreber, som teoretiske afsæt, er sensitive overfor empirien og tillader at blive revideret eller modificeret i mødet hermed. På den måde finder der en vedvarende vekselvirkning sted mellem empiri og teori, ved at

teorien adapteres virkeligheden og omvendt (Ibid.: 261). Layder selv udtrykker det således: "*Den 'adaptive' del af begrebet henviser til, at teorien både tilpasser sig eller formes af indkomne empiriske fund, samtidig med at data selv filtreres gennem (og tilpasses) det eksisterende teoretiske stof, der forekommer relevant, og som er tilgængeligt*" (Layder 1998: 38; Jacobsen 2007: 261f). Udvælgelsen af orienterende begreber skal ske, ud fra det Layder betegner som *disciplineret eklektisme*, som indebærer en systematisk eller sammenhængene fremgangsmåde i udvælgelse af anvendelige elementer eller komponenter fra forskellige teorier (Jacobsen 2007: 258). Jeg vil argumentere for, at den adaptive tilgang er kompatibel med Elder-Vass' slutningsformer retroduktion og retrodiktion. Lidt forenklet vil jeg argumentere for, at retroduktion er sammenlignelig med den 'deduktive' del og at retrodiktion er sammenlignelig med den 'induktive' del af den adaptive tilgang. I retroduktion identificerer jeg sociale kræfter ud fra eksisterende forskning og teorier, hvorimod jeg i retrodiktion holder mig åben for, at andre strukturer og kausale kræfter, end dem jeg identificerede gennem eksisterende forskning og teori, interagerer på mændenes respektive arbejdspladser.

Jeg vil ud fra ovenstående redegørelse for Layders adaptive tilgang argumentere for, at den adaptive tilgang er frugtbar i indeværende speciale, da den tilbyder mig at gå til undersøgelsens genstandsfelt med en teoretisk ramme, som min empiri kan indskrives i eller gøres meningsfuld i forhold til. Samtidig tillader den adaptive tilgang mig at være åben for, hvad empirien viser og således revidere det teoretiske udgangspunkt efter empiriindsamlingen. På den måde åbner tilgangen også op for at være åben for en mere interkategoriel analyse af mænds konstruktion af maskulinitet og sundhedsadfærd, ved at være åben for andre sociale kategorier end de valgte ankerpunkter (jf. afsnit 6.1). I næste afsnit vil jeg redegøre for hvilke orienterende begreber, jeg har udvalgt.

6.2.1 Orienterende begreber

På baggrund af specialets teoretiske afsnit har jeg udvalgt nogle orienterende begreber, der fungerer som retningsgivende i både udformningen af interviewguiden samt i kodnings- og analyseprocessen.

Jeg har valgt følgende begreber fra Ridgeways teoriapparat:

- *Køn som en primær kulturel ramme*
- *Institutionel kønsbias*

Med disse orienterende begreber har jeg øje for, hvordan køn fungerer som en kulturel ramme på mændenes respektive arbejdspladser, samt hvordan arbejdspladsernes kønsrammesætning influerer mændenes opfattede måde at være mand på, herunder deres sundhed og sundhedspraksisser.

Dernæst har jeg valgt følgende begreber fra West og Zimmermanns teoriapparat:

- *Køn som en gøren*
- *Sociokulturelt køn*
- *Gender display*
- *Passende køn*

Med disse orienterende begreber har jeg øje for, hvorledes mændenes måde at gøre deres køn på er influeret af de sociale forventninger, der er på mændenes arbejdspladser til, hvordan man praktiserer det at være mand. Ydermere vil jeg have øje for, hvorledes usund sundhedsadfærd anses som bestemte maskuline praksisser på mændenes respektive arbejdspladser.

Slutteligt har jeg valgt følgende begreber fra Connells og Courtenays teoriapparat:

- *Hegemonisk maskulinitet*
- *Internt hegemoni*

Med disse orienterende begreber har jeg øje for, hvorvidt der er en særlig hegemonisk maskulin sundhedsadfærd på de givne arbejdspladser. Herunder hvilke idealer mændene, i deres forsøg på at gøre køn og maskulinitet 'rigtig', forsøger at efterstræbe, samt hvordan efterstræbelsen af disse idealer er med til at hierarkisere mændene i forskellige maskuliniteter.

Med forskningsdesign og -strategi på plads vil jeg nu beskrive, hvilke metodiske overvejelser jeg har haft i forbindelse med afholdelse af interviewene og opbygningen af interviewguiden.

6.3 Individuelle semistrukturerede forskningsinterviews

Jeg har valgt at indsamle min empiri ved hjælp af individuelle interviews med mænd rekrutteret fra CFS's virksomhedsindsatser (jf. afsnit 3). Individuelle interviews med mændene er valgt til fordel for fokusgruppinterview, på baggrund af tidligere erfaringer CFS har haft med at holde gruppesessioner med mænd omkring sundhedsrelaterede emner. De har her erfaret, at mændene, i samværet med andre ligesindede mænd fra deres arbejdspladser, ikke tør sige noget og åbne op om sundhedsrelaterede

emner. Dette begrundes, ifølge CFS, med, at sundhed er et følsomt og tabuiserede emne for denne gruppe af mænd.

Dernæst har jeg valgt, at de individuelle interviews med de erhvervsfagligt uddannede mænd skal være semistrukturerede interviews. Et semistruktureret interview tillader en kombination af et åbent og struktureret interview, ved at jeg kan have nogle på forhånd definerede spørgsmål, samtidig med at jeg er åben for andre vinkler eller nuancer, ved både at stille åbne samt opfølgende spørgsmål til det informanterne siger (Tanggaard & Brinkmann 2015: 36). Valget af et semistruktureret interview går således godt i tråd med specialets adaptive forskningsstrategi og tillader dermed, at jeg kan være åben for andre differentieringsformer end mine valgte ankerpunkter samt andre teoretiske perspektiver end mine orienterende begreber. Som følge heraf er der nogle spørgsmål, der relaterer sig direkte til et teoretisk perspektiv fra specialets teoretiske afsnit, mens andre spørgsmål er mere åbne og eksplorative. Jeg vil i det følgende underafsnit komme ind på, hvordan jeg har udformet og operationaliseret interviewguiden (Bilag 4).

6.3.1 Interviewguide og operationalisering

Jeg indleder hvert interview med en kort briefing, hvor jeg fortæller informanten om, hvem jeg er, samt hvad interviewets formål er. Dernæst starter jeg med nogle indledende baggrundsspørgsmål om informanten samt spørgsmål om informantens erhverv og arbejdsplads. Disse spørgsmål har til hensigt at give et indblik i, hvem informanten er, og hvordan informanten er endt i det pågældende erhverv. Disse spørgsmål er nemme for mændene at tale om, hvorfor de også kan være behjælpelige med at få talt dem 'varme'. I disse spørgsmål havde jeg ydermere en forventning om, at de sociale kategorier, der er vigtige for informantens selvforståelse, kom mere eller mindre eksplicit frem. Efter de indledende spørgsmål er interviewguiden delt op i to. Den første del omhandler sundhed på mændenes respektive arbejdspladser. Her spørger jeg ind til, hvorvidt mændenes arbejdspladser går op i de ansattes sundhed, om sundhed og sygdom er noget, man taler om på arbejdspladsen, samt hvorledes det fysiske hårde erhverv påvirker mændenes opfattede sundhed. Den anden del omhandler arbejdspladsen som en kønnet (og klasse-mæssig) kontekst. Her spørger jeg ind til det sociale miljø på mændenes arbejdspladser, samt hvad det gør for mændene og deres sundhedspraksisser, at de er på mandsdominerede arbejdspladser. De to dele har tilsammen haft til formål at belyse, hvordan mændenes arbejdspladser rammesætter den kønnede interaktion mellem mændene, og hvordan denne

påvirker deres konstruktion af maskuliniteter og deres sundhedspraksisser. Jeg slutter interviewet af med en debriefing. Jeg vil argumentere for, at jeg har sikret en god validitet i undersøgelsen ved at have en god operationalisering af specialets orienterende begreber. Disse orienterende begreber er netop forsøgt 'oversat' på måder, der gør dem virkelighedsnære og nemme at forstå for informanterne. På den måde har jeg sikret, at informanterne svarer på spørgsmål, der relaterer sig til specialets genstandsfelt og dermed, at jeg, gennem interviewene, har fået relevant viden (Monrad & Olesen 2018: 300f). Jeg vil i det følgende underafsnit explicitere, hvilke refleksioner jeg har haft i forbindelse med at behandle og undersøge køn, klasse og sundhed.

6.3.1.1 Køn og klasse

Når jeg i indeværende speciale har undersøgt køn, klasse og maskulinitet gennem kvalitative interviews, har der været forskellige metodiske forhold, som jeg har overvejet. Først og fremmest har interviewene, ligesom andre interaktioner, fundet sted i en kønnet og klassemæssig kontekst. En kontekst, hvor der enten er kønnede og klassemæssige ligheder eller forskelle. I samtlige af specialets interviews var der både kønnede og klassemæssige forskelle, da jeg er en kvindelig universitetsstuderende og samtlige af mine informanter var mænd med erhvervsfaglige- eller ingen uddannelser. Disse kønnede og klassemæssige forskelle kan siges at have været medskabende for, hvilken viden, der blev produceret igennem interviewene. Tidligere forskning har for eksempel vist, at mænd, der bliver interviewet af kvindelige interviewere, præsenterede dem selv mere betænksomme og afvisende overfor stereotype kønsroller, end de gjorde ved mandlige interviewere (Sallee & Harris 2011).

Endnu en metodisk udfordring ved at undersøge køn og klasse kan være at spørge om de sociale kategorier, som informanten er en del af, uden samtidig at konstruere dem. På den måde kan en direkte adressering af disse sociale kategorier være associeret med forskellige typer af risici i forhold til at reproducere fordomme og stereotyper (Christensen & Jensen 2012: 118). Som følge heraf har jeg været særligt opmærksom på ikke at reproducere kønnede og klassemæssige stereotyper om mændene i mine spørgsmålsformuleringer. Det har jeg konkret gjort ved at stille spørgsmålene i interviewene så åbent som muligt. For eksempel bad jeg indledningsvist mændene om at fortælle, hvordan de er endt i det erhverv de er i, da man ved narrative fortællinger undgår at spørge direkte om de sociale kategorier. I narrative fortællinger vil sociale kategorier og deres sammenspil netop oftest opstå

naturligt, i den måde informanterne fortæller deres livshistorie (Bilag 4; Christensen & Jensen 2012: 113f).

Jeg har derudover, i undersøgelsen af køns betydning og maskulinitetsidealer på mændenes respektive arbejdspladser, spurgt ind til køn så implicit som muligt. For eksempel spurgte jeg åbent mændene om, hvad det gør for arbejdspladsernes sociale miljø, at de er mandsdominerede. Det gjorde jeg for ikke på forhånd at tillægge arbejdspladsen en kønnet betydning og dermed farve mit spørgsmål samt informantens svar (Bilag 4). En fordel ved at spørge mere implicit ind til køn er netop, at det minimerer, at jeg som interviewer kom til at påvirke informanternes måde at forholde sig til emnet på ved en bestemt måde at slå kønstemaet an på. Man kan dog med strategien om at spørge implicit ind til køn risikere, at man ikke gør køn relevant i informantens bevidsthed og dermed får for få informationer om netop køn. Det kan hænge sammen med den selvfølgelighed, hvormed vi i de fleste situationer agerer som kønnede individer samt en herskende forestilling om, at arbejdslivet og organisationer i vestens ideer og rutiner er kønsneutrale - at køn er uden betydning (Højgaard 2010: 10,21; Bloksgaard 2012: 163f). Jeg spurgte dog til sidst i interviewene mere eksplicit ind til køn og maskulinitet på mændenes arbejdspladser, hvis mændene i løbet af interviewene havde åbnet op for, at køn har en betydning for det sociale miljø og sundhedspraksisser på arbejdspladsen.

6.3.1.2 Sundhed

Ligesom ved køn kan der siges at herske normative forestillinger om sundhed samt hvad et sundt individ er. Det sunde liv - manifesteret i en sund og normalvægtig krop - er ofte i samfundsdiskurser synonym med det gode liv, og et ideal et individ bør stræbe efter og nærmest har pligt til at efterleve (Mik-Meyer 2016: 129f). I forlængelse heraf kan sundhed siges at blive set som individets ansvar og således vil et individ, der ikke lever op til normen om det sunde liv, opleve at føle sig forkert og måske endda stigmatiseret. Derfor anser jeg sundhed som et emne, der for nogle kan være tabuiserede og følsomt at tale om. Denne refleksion har gjort, at jeg har haft fokus på, hvordan jeg har tilgået sundhed som emne i interviewene. Først og fremmest gjorde jeg det indledningsvist i interviewene klart, at jeg ikke er i gang med en sundhedsvidenskabelig eller -faglig uddannelse. I forlængelse heraf gjorde jeg det indledningsvist klart, at jeg ikke kommer til at have fokus på sundhed på samme måde som de sundhedsprofessionelle fra CFS har haft, som for nylig har afholdt sundhedssamtaler på deres respektive virksomheder. Jeg fortalte således, at jeg ikke ville gå i dybden med deres kost-, rygning-

, alkohol-, motions- og søvnavaner ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, men snarere ud fra et socialt perspektiv. Min forhåbning med dette var, at de derfor ikke fik en fornemmelse af, at jeg ikke ville følge op på deres potentielt dårlige vaner med en 'løftet pegefinger'. Dernæst undgik jeg til at starte med at spørge informanterne direkte ind til deres personlige sundhed. Jeg spurgte kun yderligere ind til informanternes personlige sundhed, hvis de selv bragte det på banen undervejs i interviewene.

Min definition af sundhed er, jf. afsnit 2, meget bred og subjektiv. Qua mit specialesamarbejde med Center for Sundhedsfremme valgte jeg at lade det indledende sundhedsfokus være KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Det var derfor disse sundhedsparametre, som jeg i interviewguiden havde formuleret specifikke spørgsmål til. For eksempel spurgte jeg i interviewet ind til kost, rygning, alkohol og motion i forbindelse med sundhed på arbejdspladsen (Bilag 4). Dog valgte jeg også i interviewguiden at spørge mere bredt ind til sundhed flere gange. For eksempel spurgte jeg informanterne, om de synes virksomheden går meget op i medarbejdernes sundhed. Ydermere spurgte jeg dem ind til, om de taler om sundhed med hinanden på arbejdspladsen. Disse åbne spørgsmål med en bred sundhedsbetegnelse, medførte, at mental sundhed og fysisk sundhed, i forhold til tunge løft og sikkerhedsprocedure, viste sig at være relevant for mændenes forståelse og følelse af at være sund. Dette vil jeg dykke yderligere ned i, i analysen af empirien.

Med ovennævnte redegørelse for opbygning og operationalisering af interviewguide samt refleksioner og overvejelser om, hvordan jeg greb køn og sundhed an i interviewene, vil jeg nu beskrive, hvordan jeg har rekrutteret mine informanter.

6.4 Rekruttering af informanter

Specialesamarbejdet med CFS har muliggjort, at jeg, via deres virksomhedsindsatser (jf. afsnit 3), har rekrutteret informanter til specialet. Jeg har konkret fået kontakt til erhvervsfagligt uddannede mænd på forskellige arbejdspladser gennem teamkoordinatoren for CFS's virksomhedsindsatser, hvorfor han fungerede som min 'gatekeeper' i rekrutteringen af specialets informanter.

Den oprindelige rekrutteringsstrategi var, at mændene skulle rekrutteres direkte gennem sundhedssamtalerne på deres respektive arbejdspladser. Planen var, at dette skulle ske ved, at de sundhedsprofessionelle medarbejdere til slut i sundhedssamtalerne på de forskellige virksomheder skulle fortælle mændene om mit speciale, udlevere en skriftlig beskrivelse af interviewets formål og slutteligt

udlevere mine kontaktoplysninger. Grundet travlhed og misforståelser endte rekrutteringen dog med at foregå en smule anderledes. Jeg har i stedet rekrutteret specialets informanter ved at kontakte tre virksomheder, som har været med i CFS's virksomhedsindsatser. Disse virksomheder er på forhånd blevet kontaktet af teamkoordinatoren for CFS's virksomhedsindsatser og har derigennem indvilliget i, at jeg måtte kontakte dem med henblik på at rekruttere nogle af deres mandlige ansatte til interviews. Virksomhederne dækker over: en tømrervirksomhed, en industri- og lagervirksomhed og et anlægsgartneri. Min kontakt til virksomhederne skete indledningsvist ved, at jeg udsendte en mail med en beskrivelse af specialet og formålet med interviewene til virksomhedernes respektive ledelser (Bilag 2). Jeg lagde i mailen op til, at virksomhedslederne kunne være behjælpelige med at rekruttere informanter til interviews, enten ved at udsende mails til de mandlige ansatte eller ved at rekruttere dem mundtligt. De virksomheder, der ikke besvarede min mail indenfor en uge, valgte jeg at ringe op for at skynde på informantsøgningsprocessen. Det viste sig, at alle tre virksomheder var meget interesserede i mit speciale og derfor også meget behjælpelige med at få mig i kontakt med nogle af deres mandlige ansatte. Jeg fik i løbet af tre uger aftaler med samtlige af specialets informanter. Jeg har i alt rekrutteret otte informanter fra ovennævnte tre virksomheder - alle mænd med erhvervsfaglige uddannelser på nær én, der i stedet har 9. klasse som hans højest fuldførte uddannelse. Alle informanter underskrev inden interviewets start en samtykkeerklæring (Bilag 3). Nedenstående tabel er en oversigt over specialets informanter fordelt på de virksomheder, som de hver især arbejder på:

Virksomhed	Informanter
Tømrervirksomhed	Jan - 51 år, tømrermester
	Morten - 27 år, tømrersvend
	Per - 36 år, bygningsnedkersvend
Anlægsgartnervirksomhed	Mikkel - 56 år, anlægsgartner
	Bo - 43 år, kloakmester
	Finn - 59 år, uuddannet anlægsgartner

Lager- og logistikvirksomhed	Calle - 54 år, lagerekspedient
	Kent - 62 år, lagerekspedient

Tabel 1: Specialets informanter

Alle interviewes foregik på mændenes respektive arbejdspladser. CFS anbefalede mig, at lade interviewene foregå på virksomhederne til fordel for på CFS's adresse (eller et tredje sted). Dette med begrundelse i, at mændene er mere trygge på deres respektive arbejdspladser end på for eksempel CFS. Derudover var det nemt og bekvemt for mændene at deltage i interviewene på deres respektive arbejdspladser i, eller lige efter, deres arbejdstid.

6.4.1 Refleksion over rekrutteringsstrategi

Den endelige rekrutteringsstrategi har medført, at der er kommet 'et ekstra led' i rekrutteringsprocessen end først planlagt. Det ekstra led indbefatter virksomhedslederne. Det kan have haft den konsekvens, at mændene potentielt har fået en opfattelse af, at mine interviews er ledelsernes interesse og initiativ, hvilket muligvis kan have afskrækket nogle af de mandlige ansatte til at have deltaget i et interview. Det kan også have påvirket mændenes svar under interviewene, at de muligvis har haft en opfattelse af, at interviewene skulle bruges til at informere ledelsen om medarbejdernes sundhed og trivsel, som potentielt kan have influeret dem til at være mere 'sundhedsvenlige'. Dog har rekrutteringen gennem virksomhedslederne medført, at de fleste informanter har fået lov til at deltage i interviewene i arbejdstiden. Det kan have bevirket, at flere af mændene har haft tid og lyst til at deltage i interviewene.

Jeg er ydermere bevidst om, at der er mulighed for selektionsbias i udvælgelsen af informanter, da jeg, igennem ovennævnte rekrutteringsmetode, udelukkende har rekrutteret mænd, der har opsøgt en sundhedssamtale med sundhedsprofessionelle på deres arbejdsplads. Dette skyldes, at virksomhederne associerede mig med CFS og de sundhedssamtaler, som de netop har holdt på virksomhederne. Dermed har jeg udelukkende rekrutteret mænd, der har været interesseret i at deltage i en sundhedssamtale, og som derfor må have en vis interesse i at vedligeholde eller forbedre deres sundhed. Derfor formoder jeg også, at de mænd, der er blevet rekrutteret til dette speciale, adskiller sig fra de mænd, der har takket nej til en sundhedssamtale på deres respektive arbejdspladser. Således antager jeg også,

at interviews med mænd, der har takket nej til en sundhedssamtale på deres respektive arbejdspladser, ville have givet andre perspektiver end de rekrutterede informanter har gjort. Disse præmisser i forhold til valget af informanter og min sammenhæng med CFS kan have influeret undersøgelsens validitet (Monrad & Olesen 2018: 300f) og derfor vigtige at have for øje i undersøgelsens resultater og konklusioner. I næste afsnit vil jeg beskrive, hvordan jeg har kodet og analyseret den indsamlede empiri.

6.5 Kodnings- og analysestrategi

Inden jeg påbegyndte analysen af empirien, inddelte jeg interviewene i mindre dele, som blev placeret i koder med meningsfulde navne. Kodningen af empirien fandt sted i det kvalitative kodningsprogram Nvivo. Jeg har foretaget en grundig og systematisk kodning af empirien; en proces, der er sket over to omgange, for at sikre, at jeg har brugt koderne på lignende måder på tværs af alle interviewtranskriptionerne. Derved har jeg også højnet undersøgelsens reliabilitet (Monrad & Olesen 2018: 302f).

I tråd med min adaptive forskningsstrategi har jeg valgt en blanding af teori- og empiristyret kodning (Kristiansen 2015: 484f). Jeg lod teorien og de valgte orienterende begreber danne udgangspunktet for kodningsprocessen, samtidig med at jeg holdt mig åben for andre relevante emner og tematikker, der viste sig at være vigtige for mændenes konstruktion af maskuliniteter og sundhedsadfærd. Planen var, at dele af empirien skulle kodes ud fra de orienterende begreber. Det blev dog hurtigt klart, at nogle af de valgte orienterende begreber var tæt relaterede og derfor bedst fungerede som begrebsklynger, der tilsammen kunne være med til at belyse en eller flere tematikker på tværs af interviewene. De orienterende begreber jeg har valgt at bruge direkte som koder er: 'Hegemonisk maskulinitet', 'Internt hegemoni', 'Institutionel kønsbias' og 'Kønskategori'. De øvrige orienterende begreber blev ikke brugt direkte som koder, men blev i stedet brugt til at belyse andre koder. For eksempel blev det orienterende begreb 'Køn som en kulturel ramme' brugt til analytisk at belyse koden 'Sundhed på arbejdspladsen'. Derudover blev de orienterende begreber 'Køn (klasse og race) som en gøren', 'Sociokulturelt køn', 'Gender display' og 'Passende køn' brugt som en begrebsklynge, der analytisk kunne belyse koderne 'Hegemonisk maskulinitet', 'Institutionel kønsbias', 'Internt hegemoni', 'Kønskategori', 'Sundhed på arbejdspladsen' og 'Sundhedssamtale'.

Ud over specialets teoretiske forståelsesramme og de orienterende begreber, opstod der flere nye tematikker under interviewene. De nye tematikker blev kodet under koderne: 'Fysisk hårdt arbejde og hjælpemidler', 'Vendepunkt' og 'Ændring i sundhed på arbejdspladsen'. Disse er derfor eksempler på empiristyrede koder. Derudover har jeg til flere af koderne benyttet mig af underkoder for at nuancere hovedkoden. Nedenunder ses samtlige koder og underkoder:

Name	Files	References
Arbejds miljø	7	17
Baggrunds information	8	34
Fysisk hårdt arbejde og hjælpemidler	7	20
Hegemonisk maskulinitet	5	24
Institutionel køns bias	4	12
Internt hegemoni	5	11
Køns kategori	4	11
Kvindelig køns kategori og sundhed	3	4
Mandlig køns kategori og sundhed	6	12
Personlig sundhed	8	44
Sundhed på arbejdspladsen	1	1
Ledelsen	7	23
Medarbejderne	8	35
Sundhedssamtale	8	28
Vendepunkt	4	15
Ændring i sundhed på arbejdspladsen	2	4

Billede 1: Koder i Nvivo

Jeg har i min analysestrategi været inspireret af Nanna Mik-Meyer og Margaretha Järvinen, der argumenterer for, at konstruktivistiske, interaktionistiske og poststrukturalistiske retninger bør forstå deres analyseobjekter som værende ustabile, flydende og flertydige fænomener, der bliver dannet i mødet med forskeren (Mik-Meyer & Järvinen 2005: 9f). Dette betyder, at specialets empiri ikke skal forstås som havende en iboende essens, der kan afdækkes, men at denne er foranderlig og bliver skabt i samspillet med andre. Fænomenerne, som jeg forsøger at afdække i analysen, skal derfor ikke forstås som uafhængige størrelser, men derimod relationelle fænomener, der skal forstås ud fra konteksten, som de er skabt i. Derfor vil jeg forsøge at analysere fænomenerne ud fra en forståelse af, at disse ikke bare bliver skabt i samspillet med mig i interviewsituationen, men også i samspillet med informanternes omverden.

7. Analyse og diskussion

7.1 Præsentation af informanterne

Inden jeg vil analysere de empiriske fund fra interviewene, vil jeg først give en kort beskrivelse af specialets informanter samt de virksomheder, de arbejder på.

7.1.1 Tømrervirksomheden

Tømrervirksomheden er en lille virksomhed i Aalborg Kommune, der ejes af en tømrermester og hans kone. De har i alt 10 håndværkere ansat, der både renoverer private- og udlejningshuse og lejligheder. Virksomheden har derudover en viceværtfunktion, hvor de laver ind- og udflytningssyn, slår græs og rydder sne for et boligselskab.

Jan

Jan er 51 år gammel og tømrermester. Jan begyndte i tømrerlære allerede som 15-årig og startede sin egen tømrervirksomhed i 1999. I sit tidligere arbejdsliv har han arbejdet på fabrik, været butikschef i en hvidevarebutik og senere i en håndværkerbutik. Jan har problemer med sin ryg og knæ grundet de mange år i erhvervet, som afholder ham fra at være aktiv uden for arbejdet.

Morten

Morten er 28 år gammel og tømrersvend. Morten begyndte på tømreruddannelsen, da han var 18 år og har, udover lærlingeperioden, kun været ansat hos Jan. Morten har været ryger i mange år, men er nu i gang med et rygestopforløb.

Per

Per er 36 år gammel og bygningsnedkervend. Per begyndte på bygningsnedkeruddannelsen, da han var 16 år. Han har været på nuværende virksomhed i tre år og har før det været ansat i én anden håndværkervirksomhed. Per har haft depression én gang og stress tre gange, senest for to år siden. Derudover har Per forhøjet blodtryk og har røget i mange år.

7.1.2 Anlægsgartnervirksomheden

Anlægsgartnervirksomheden har to afdelinger; én i Aalborg og én i Aarhus. Der er i alt 150 ansatte fordelt på anlægsgartnere og administrative medarbejdere. Virksomheden laver gartneropgaver for både private kunder og for boligselskaber. Anlægsgartnerne i virksomheden er opdelt i 'de grå' og 'de grønne'. 'De grå' lægger fliser, og 'de grønne' planter træer og planter samt slår græs og klipper hæk.

Mikkel

Mikkel er 56 år og arbejder som grøn anlægsgartner. Mikkel er uddannet planteskolegartner, en uddannelse han begyndte på lige efter folkeskolen. Han tog derefter en driftslederuddannelse på en gartnerskole. Mikkel har i løbet af sit arbejdsliv arbejdet i tre havecentre, været graver, souschef og medarbejder på en planteskole. Han har været på nuværende arbejdsplads som anlægsgartner i 11 år, hvor han i øvrigt også er arbejdsmiljørepræsentant. Mikkel er tidligere ryger og dørjer med et for højt blodtryk. Derudover har han slidgigt i ryggen.

Bo

Bo er 43 år. Bo er både uddannet anlægsgartner, kloakmester og regnvandskonsulent, men er i nuværende virksomhed primært ansat som kloakmester. Han startede i branchen allerede som 14-årig og begyndte på uddannelsen som anlægsgartner som 16-årig. Bo har, grundet hans forskellige uddannelsesbaggrunde og fysiske skavanker, vekslet mellem fysisk arbejde og kontorarbejde i sit arbejdsliv. Han har i løbet af sit arbejdsliv blandt andet været daglig leder for en entreprenørforretning. Bo beskriver sig selv som overvægtig og føler sig tit presset på arbejdet.

Finn

Finn er 59 år og arbejder som uuddannet anlægsgartner og tager sig både af 'det grå' og 'det grønne'. Finn har tidligere været selvstændig landmand i 10 år. Han har forsøgt at tage anlægsgartneruddannelsen, men måtte efter nogle måneder droppe ud grundet dårlig fysik. Finn har nu arbejdet som uuddannet anlægsgartner i den nuværende virksomhed i 27 år. Finn beskriver sig selv som meget aktiv. Han cykler, går til badminton og swingdance i sin fritid. Han har dog forhøjet blodtryk og har derudover en vævssygdom, der har medvirket til, at han har mistet synet på det ene øje.

7.1.3 Lager- og logistikvirksomheden

Lager- og logistikvirksomheden er en virksomhed i Aalborg Kommune, der er inddelt i salg, økonomi og it, indkøb, marketing, miljø og HR, kundeservice, maskiner og service samt lager. Lagerekspedienterne, der arbejder på lageret modtager, plukker og pakker varer, der bestilles af private eller andre virksomheder. Lagermedarbejderne arbejder på enten dag- eller nathold.

Calle

Calle er 54 år. Calle arbejder som lagerekspedient om natten. Han har været på én anden arbejdsplads end den nuværende, som han har været på i fire og et halvt år. Calle brækkede ryggen for to år siden, men er nu tilbage på arbejde. Derudover er han flere gange blevet opereret i sine knæ og haft kræft i spytkirtlerne. Ryggen og knæene afholder ham fra at spille badminton og tennis, som han gjorde før i tiden. Derudover har han tidligere i sit arbejdsliv haft stress. Calle er for nyligt blevet tildelt en paragraf 56², der gør hans arbejdstider mere fleksible.

Kent

Kent er 62 år. Kent arbejder som lagerekspedient om natten. Han er uddannet smed, men har kun arbejdet som smed i et halvt år. Han har tidligere i sit arbejdsliv arbejdet med kontorartikler og kontormøbler i 35 år, hvoraf 10 af dem var som selvstændig. Han har været på nuværende arbejdsplads i 10 år. Kent fik for fire år siden konstateret Parkinson, som har medført, at han også har fået tildelt en paragraf 56, der gør hans arbejdstider mere fleksible.

² Paragraf 56 giver arbejdsgiver berettigelse til refusion allerede fra den ansattes første fraværsdag. Paragraf 56 tildeles for eksempel, når den ansattes sygdomsrisiko er væsentlig forøget på grund af en langvarig eller kronisk lidelse, og sygdommen skønnes at medføre mindst 10 fraværdsdage inden for 1 år.

7.2 Mændenes arbejdspladser som sociale arenaer

Indledningsvist vil jeg se nærmere på, hvilken arbejdsmæssig kontekst - eller struktur - mændene befinder sig i. Mændenes arbejdspladser er steder, hvor de bruger mange timer, og som derfor udgør en stor del af deres sociale liv. Ligeledes viste eksisterende forskning i afsnit 1, at arbejdspladsen er én af hovedarenaerne, hvor maskulinitet blandt arbejderklasse mænd bliver konstrueret og opretholdt (Dolan 2011). Netop derfor er det også vigtigt indledningsvist at kigge på mændenes respektive arbejdspladser i forsøget på at besvare, hvordan mændene konstruerer deres maskuliniteter, og herunder hvordan denne konstruktion påvirker deres syn på sundhed samt deres sundhedspraksisser. Jeg vil først og fremmest kort beskrive de respektive arbejdspladsernes struktur, herunder hvordan denne struktur påvirker det sociale miljø. Dernæst vil jeg se nærmere på, hvorledes det sociale miljø på arbejdspladserne er præget af, at virksomhederne alle er mandsdominerede.

7.2.1 Arbejdspladsernes struktur og sociale miljø

Der er stor forskel på virksomhedernes størrelser, struktur og sociale miljø. Tømrervirksomheden er en lille lokal virksomhed med blot 11 ansatte, hvoraf alle er udekørende. Tømrervirksomhedens forholdsvis lille størrelse bevirker, at de ansatte alle kender hinanden godt og dagligt snakker sammen på kryds og tværs. Per siger for eksempel følgende om virksomheden: *”Det her er en lille virksomhed, og vi kender hinanden ret godt alle sammen, og vi kan snakke med hinanden om ret mange ting”* (Bilag 5d: 64). Det ses for eksempel også ved, at mesteren, Jan, og svendene, Per og Morten, refererer til hinanden som ’gutterne’. Jan er på det seneste begyndt at sætte stor fokus på det sociale eller *”de bløde værdier”*, som han kalder det (Bilag 5b: 37). Han er for eksempel begyndt at holde fast fredagskomsammen samt fødselsdagsfejring for hans ansatte med rundstykker og kage. Det er i særdeleshed noget, hans ansatte har bemærket, og noget de anser som værende positivt for virksomhedens sociale miljø. De ansatte i virksomheden har, udover mesterens kone, som sidder med administrative opgaver, alle samme arbejdsfunktion, og er alle uddannede håndværkere. Som følge heraf er der et stort fællesskab blandt de ansatte, som er gode til at hjælpe og sparre med hinanden om faglige såvel som personlige problemstillinger i løbet af arbejdsdagen.

Anlægsgartnervirksomheden er for halvandet år siden blevet omstruktureret. Omstruktureringen har betydet, at de er gået fra at være en lokal virksomhed med blot 12 ansatte til at være blevet 150 ansatte fordelt på to afdelinger. Efter omstruktureringen er virksomheden, ifølge en medarbejder, gået fra at have en flad til en topstyret struktur, hvor der er kommet en ledelse bestående af flere lag (Bilag 5e: 80). Ændringen i strukturen og de flere ansatte har, ifølge Mikkel, resulteret i, at det sociale miljø er blevet: ”[...] mere distanceret. Det er lidt mere samlebåndsarbejde nu. Man møder bare ind og kører ud” (Bilag 5e: 81). Mikkel påpeger altså, at fokus efter omstruktureringen er skiftet fra det sociale til effektivitet, og at det nu handler om, at opgaverne skal udføres hurtigt, fremfor at der skal være et godt arbejdsmiljø. Han beskriver ydermere, at det sociale sammenhold, som de før havde i virksomheden, er forsvundet, og at han tit møder ansatte i virksomheden, som han ikke kender eller har set før (Bilag 5e: 81). Bo beskriver ydermere, hvordan omstruktureringen og de manglende sociale arrangementer har medført, at særligt de medarbejdere, der har virksomheden som den eneste sociale arena i deres hverdag, har det svært (Bilag 5g: 107).

På lagervirksomheden er der 75 ansatte, som ligeledes er opdelt i mange interne afdelinger. Informanterne fra virksomheden beskriver arbejdspladsen som havende et godt socialt miljø på trods af, at de arbejder om natten sammen med kun én anden lagerekspedient. De resterende lagerekspedienter møder ind om morgenen. Derudover er der flere af de ansatte på lageret, der har en paragraf 56 grundet langvarig eller kroniske sygdomme. Calle og Kent beskriver begge, at der er en stor forståelse fra ledelsens side, når de enten har en sygedag eller tager hjem fra arbejde før tid grundet udmattethed eller smerter. For eksempel siger Calle følgende: ”Det er den bedste virksomhed jeg har arbejdet i med hensyn til at være overbærende med dem, der er syge. Det giver en ro i kroppen, det der med at man ikke skal spekulere på at blive hjemme” (Bilag 5a: 117). En virksomheds forståelse for sygdom er noget, som især Calle ikke har oplevet på sin tidligere arbejdsplads. Han fortæller blandt andet om, at hans stress blev bagatelliseret af sin gamle arbejdsplads’ ledelse, og at han blev mødt af vrede og frustration, da han efter råd fra lægen sygemeldte sig (Bilag 5: 15).

7.2.2 Tre mandsdominerede arbejdspladser. Køn betyder ikke noget - eller gør det?

Fælles for både tømrer-, anlægsgartner- og lagervirksomheden er, at de er overrepræsenterede af mænd. I tømrervirksomheden er der én kvinde ansat, som er mesterens kone. Hun sidder på kontoret og tager sig af det administrative og er derfor ikke en del af håndværkernes arbejdsdag. I anlægsgartnervirksomheden er der fem kvinder ansat, som alle arbejder som anlægsgartnere, og som er en del af virksomhedens daglige drift. De resterende kvinder arbejder i virksomhedens administrative afdelinger. Mikkel beskriver, hvordan de få kvinder i virksomhedens drift har dannet ”*små enklaver*” (Bilag 5e: 80), og at arbejdspladsen som følge heraf er kønsopdelt. På lagervirksomheden er der få kvinder, der arbejder på lageret. De kvinder, der arbejder på lageret, har andre opgaver end de mænd, der arbejder på lageret. Hvor mændene laver det fysisk hårde arbejde med at fylde lageret op og plukke varer, arbejder kvinderne i trykkeriet, hvor de sætter tryk på tøj. På den måde er lagermedarbejderne både køns- og opgavemæssigt opdelt. Der er derudover et overtal af kvinder i virksomhedens administration.

Når jeg i interviewet spørger informanterne ind til, hvad det gør for det sociale miljø, at der er en overrepræsentation af mænd på deres respektive arbejdspladser, er der flere informanter, der har en opfattelse af, at det - kønsfordelingen - betyder noget. Bo siger for eksempel følgende: ”*Jeg ser en tydelig forskel i kun at være mænd på arbejdspladsen, og så at der er kvinder*” (Bilag 5g: 104), som flere af de andre informanter bakker op om. I uddybelsen heraf refererer de til omgangstonen og den ”*jargon*”, der er på arbejdspladsen (Bilag 5f: 95). Per siger for eksempel, at det faktum, at de udelukkende arbejder mænd i tømrervirksomheden gør, at: ”*[...] der måske er en lidt hård tone sådan i omgangskredsen. Der kan godt være lidt mandehørm*” (Bilag 5d: 67). Også Mikkel bruger ordet ”*mandehørm*” (Bilag 5e: 82) til at beskrive, hvad et overtal af mænd i anlægsgartnervirksomheden gør for det sociale miljø. Han uddyber endvidere: ”*Der er jo altid nogle hanner, der skal gøre sig til*” (Bilag 5e: 82). På den måde beskriver disse informanter på hver deres måde, hvordan overrepræsentationen af mænd gør noget for arbejdspladsens sociale miljø. Ud fra Ridgeways teoretiske blik vidner disse beskrivelser om, at arbejdspladsernes kønnede kulturelle ramme ’framer’ mændenes måde at være mænd på i deres forskellige mandsdominerede arbejdsmarkedskontekster.

I modsætning til ovennævnte informanter, har de resterende informanter ikke en opfattelse af, at overrepræsentationen af mænd gør noget for det sociale miljø på deres respektive arbejdspladser. For eksempel siger Jan følgende: ”*Om det havde været 11 mænd eller 8 mænd og 2 kvinder eller 11 kvinder, så tror jeg sgu vores hverdag havde været ligedan*” (Bilag 5b: 40). Flere af informanterne

afviser, ligesom Jan, at den kønnede fordeling betyder noget på deres arbejdspladser. De har altså ikke en opfattelse af, at den kulturelle ramme på arbejdspladsen er kønnet. Dette kan muligvis, jf. afsnit 6.3.2, hænge sammen med en herskende forestilling om, at arbejdslivet og organisationer i vestens ideer og rutiner er kønsneutrale.

Når jeg endvidere i interviewet spørger ind til, om der er nogle ting, som man ikke siger eller ikke gør blandt mændene på arbejdspladsen, fordi det enten vil blive set skævt til eller ikke vil være acceptabelt, er der bred enighed om, at det er der ikke. Selv de informanter, der, som før skrevet, havde en opfattelse af, at kønsfordelingen har en betydning for det sociale miljø på arbejdspladserne, har ikke en opfattelse af, at der hersker kønnede normer. Informanterne afviser altså, at der er kønnede normer på deres arbejdspladser og dermed, at der ikke er (u)acceptable måder at gøre deres køn på indenfor arbejdspladsens kulturelle ramme. Ambivalensen i dette bliver dog tydeligt i flere af interviewene. Ambivalensen kommer for eksempel til udtryk i følgende udklip fra interviewet med Finn:

I: Jeg tænkte også mere på, om det med at I er mange mænd, det gør noget for, hvad man snakker om over fredagsøllet for eksempel?

F: Det synes jeg ikke. Der kan vi godt diskutere det hele.

I: Også sundhedsrelaterede emner?

F: Nej (griner)” (Bilag 5f: 95).

På trods af at informanterne blankt afviser, at der er kønnede normer i forhold til, hvad man gør og siger som mand på de mandsdominerede arbejdspladser, fortæller flere af mændene enten før eller efter ovenstående spørgsmål, at sundhedsrelaterede emner ikke er noget man taler om. Begrundelsen er, ifølge flere af mændene, at det ikke er noget man gør som mand. Således kan der alligevel siges at eksistere kønnede normer om, hvad man (ikke) gør og siger som mand, for eksempel når det gælder sundhedsrelaterede emner og praksisser. De kønnede sociale normer bliver derfor mere eller mindre afvist, når jeg spørger direkte ind til dem, men kommer derimod frem mere implicit i løbet af interviewene. Denne afvisning af kønnede normer kan muligvis, jf. afsnit 6.3.2, hænge sammen med, at jeg som kvindelig interviewer kan influere de mandlige informanter til at være mere afvisende overfor stereotype kønsforestillinger.

Det interessante, da jeg spørger mændene ind til det faktum, at deres respektive arbejdspladser er mandsdominerede, er ydermere, at de hurtigt antager, at jeg anser kønsfordelingen som noget negativt. Flere af informanterne er hurtige til at udtrykke, at de ikke har noget imod, at der bliver ansat

flere kvinder, og at det kun vil gøre noget positivt for arbejdspladserne, hvis der bliver flere kvindelige ansatte. Man kan derfor argumentere for, at det fokus der er og har været på at få kvinder ind i mandsdominerede fag - samtidig med at jeg er en kvindelig interviewer - har influeret dem i besvarelsen af disse spørgsmål. Ovenstående udtalelser vidner altså om, at informanternes svar på og tanker om 'kønnede' spørgsmål er indlejret i en større kønnet virkelighed, som (ubevidst) præger deres holdninger, forståelser og opfattelser af køn på arbejdspladsen.

7.2.3 Delkonklusion

I ovenstående afsnit har jeg beskrevet og analyseret arbejdspladsernes forskellige strukturer og sociale miljøer. Afsnittet åbner således op for en bedre forståelse for, hvilke organisatoriske og sociale rammer mændene konstruerer deres maskuliniteter og sundhedspraksisser inden for. Ydermere har afsnittet givet et blik på, hvorledes mændene ser kønsfordelingen som (u)væsentlig for deres respektive arbejdspladser sociale miljø og normer, herunder hvordan mændenes afvisning af kønnede normer på arbejdspladserne til dels var kontradiktoriske.

7.3 Sundhed som en beslutning 'oppefra'

I dette afsnit vil jeg se nærmere på, hvilke rammer mændenes arbejdspladser er med til at sætte for mændenes konstruktion af maskuliniteter og sundhedspraksisser. Det vil jeg gøre, for at se hvordan disse konstruktioner struktureres 'oppefra' - både fra statslige sundhedsfremmende lovgivninger og fra arbejdspladsernes lokale sundhedsinitiativer. Jeg vil først og fremmest beskrive og analysere de statslige sundhedsfremmende lovgivninger for dernæst at beskrive og analysere, hvorledes de mere lokale sundhedstiltag på virksomhederne influerer mændenes maskuliniteter og sundhedspraksisser.

På samtlige tre arbejdspladser er der nul-rygning- og nul-alkoholpolitik, der bevirker, at medarbejderne hverken må ryge eller drikke alkohol i arbejdstiden. For flere af informanterne har det været afgørende for virksomhedernes sundhed, at der er blevet lavet disse politikker. Kent fortæller blandt andet, at der næsten ikke er nogen rygere tilbage på lageret, efter at man hverken må ryge inde eller i arbejdstiden. Det samme gør sig, ifølge Finn, også gældende på anlægsgartnervirksomheden (Bilag 5h: 119). Politikken om røgfri arbejdstid er noget informanterne udtrykker som positivt - selv de to

informanter, der selv er rygere. Samtidig beskriver Bo dog, hvordan reglen om røgfri arbejdstid; ”[...] er den regel i personalehåndbogen, der bliver mindst håndhævet” (Bilag 5g: 108) og dermed hvordan nul-rygning politikken ikke altid overholdes af medarbejderne.

Udover rygning fortæller Kent, hvordan politikken om alkoholfri arbejdstid har ændret hans eget og hans kollegers alkoholforbrug. Han fortæller blandt andet, at det var tilladt at drikke alkohol i arbejdstiden, da han var i lære, og at der var ”[...] mange, der kørte hjem fulde” (Bilag 5h: 119). Det samme fortæller Bo var gældende, da han startede i branchen som 14-årig:

”Dengang var det meget brugt, rigtig meget brugt (at drikke alkohol i arbejdstiden red.). Der fik vi en øl om formiddagen i forbindelse med vores pause klokken ni. Jeg fik også tit en øl til middag. Det hændte også, at vi fik en derindimellem. Så fik vi altid en klokken to, og så fik vi også tit en klokken fire, når vi kørte hjem. Det er ikke ret mange år siden, så det har rykket sig enormt meget. Jeg tænker sådan i forhold til, hvad man anbefaler i dag, så er jeg ret sikker på, at jeg dengang vil falde ind under alkoholiker (griner). Det var meget. Det var rigtig mange genstande om ugen. Jeg kender ikke nogen arbejdspladser, hvor det sådan er brugt længere. Det er helt væk det der med at få en fire, fem øl om dagen. Det gør man ikke længere. Det gjorde man dengang [...] Det var lige så naturligt, som vi tager en kop kaffe i dag” (Bilag 5g: 108).

Bo bemærker ydermere, hvordan det høje alkoholforbrug i arbejdstiden for nogle år tilbage var for; “[..] at holde nogle skavanker nede. Det har måske været i stedet for at tage to gange tre Panodiler i løbet af arbejdstiden” (Bilag 5g: 108). I ovenstående udtalelser fra Kent og Bo bliver det tydeligt, at der er sket en ændring i mændenes alkoholindtag i arbejdstiden. Samtidig ses det, særligt i citatet fra Bo, hvorledes han distancerer sig og andre mænd fra det forhold til alkohol i arbejdstiden, som man havde dengang, han startede i erhvervet. Dermed ses det også, hvordan han konstruerer fortiden - og ham selv dengang - som usund og nutiden - og ham selv nu - som sund, når det gælder mængden af alkohol, som han og hans kollegaer indtog i arbejdstiden.

Flere af informanterne - særligt de ældre informanter, der har været i deres erhverv i mange år - genkender, at der er sket et skifte, hvor virksomhederne er begyndt at have mere fokus på deres ansattes fysiske sundhed generelt set. For eksempel siger Finn, som har arbejdet som anlægsgartner i 27 år følgende:

”Det er som om, at man (virksomhederne red.) har fået øjnene op for, at arbejderen også skal være sunde, når han skal være ude at lave noget [...] Vi bliver taget lidt mere seriøst, vil jeg

våge og påstå. De kigger på os, at vi også er mennesker. At vi ikke bare er robotter, der laver en masse ting” (Bilag 5f: 86).

Finn oplever altså, at der er sket et skifte, hvor ledelsen førhen har set på medarbejderne som ”robotter” til nu, hvor de bliver set som ”mennesker” og hvor vigtigheden af deres sundhedstilstande bliver taget alvorligt.

Fælles for alle tre virksomheder er, at CFS har været ude ved dem for at lave sundhedsoplæg og afholde frivillige sundhedssamtaler. Virksomhedernes åbenhed for CFS’s sundhedssamtaler er et eksempel på, at virksomhederne har - eller har fået - et større fokus på de ansattes sundhed. Især på lagervirksomheden har de, udover rygning- og alkoholpolitikker samt samarbejde med CFS’s virksomhedsindsatser, endvidere lavet lokale sundhedsinitiativer. På virksomheden er der frugt- og kantineordning med fokus på et sundt udvalg af både morgenmad og frokost. Derudover tilbydes der gymnastik til virksomhedens ansatte én gang om ugen i dagholdets arbejdstid. Det er dog ikke noget, der er gældende på hverken tømrer- eller anlægsgartnervirksomheden. Det øget fokus på de ansattes sundhed, er noget både Kent og Calle har bemærket. Det gælder blandt andet for den mad, der serveres i kantinen. Kent siger følgende: *”Da jeg startede herude, der var der franskbrød og ost om morgenen. Så blev det kørt væk, og der kom skyr og yoghurt og frugt i tern i stedet for”* (Bilag 5h: 118). Ifølge ham er det en ledelsesbeslutning, at der nu er fokus på sund mad i kantinen, samt at der er blevet taget initiativ til gymnastik i arbejdstiden. Ændringen er dog noget, som både Calle og Kent udelukkende fortæller positivt om, selvom det ikke er noget, de selv har haft indflydelse på. Dog kan man diskutere, hvorvidt mændenes tilsyneladende generelle ’sundhedsvenlige’ indstilling overfor disse forskellige sundhedsfremmende initiativer er influeret af, at jeg sættes i sammenhæng med CFS grundet rekrutteringsstrategien (jf. afsnit 6.4).

Jeg vil, ud fra Ridgeways teoretiske blik, argumentere for, at den kulturelle ramme på mændenes arbejdspladser, og dermed mændenes kønnede praksisser, i høj grad er influeret af strukturelle tiltag og regulerende politikker til sundhedsfremme samt en generel ’sundhedsvenlig’ diskurs i samfundet. Dermed ’medieres’ sundhedsfremmende tiltag og politikker samt gældende sundhedsdiskurser gennem virksomhederne og deres ledelser og influerer den kønnede kulturelle ramme på arbejdspladserne. Disse kulturelle rammer er således med til at strukturere mændenes (kønnede) sundhedspraksisser og kan dermed være med til at diktere, hvilke sundhedspraksisser, der er efterstræbelsesværdige og mulige for mændene. Jeg vil, i forlængelse heraf, argumentere for, at køn og usund sundhedsadfærd som en hegemonisk maskulin praksis havde større spillerum, før de sundhedsfremmende tiltag

og politikker trådte i kraft og blev implementeret på virksomhederne. Dermed havde de mandlige ansatte mere handlemulighed til at praktisere usund sundhedsadfærd på deres arbejdspladser i form af usund mad, rygning og alkohol, og dermed efterstræbe hvad Courtenay anser som hegemonisk maskulin sundhedsadfærd. I takt med at der er kommet organisatoriske initiativer og sundhedsfremmende politikker på virksomhederne, har kønsrammen fået mindre spillerum til at forme de mandlige ansattes (kønnede) sundhedsadfærd. Således vil jeg også argumentere for, at denne strukturering af mændenes sundhedspraksisser 'oppefra' kan være med til at redefinere, hvilke sundhedspraksisser, der er en del af de hegemoniske maskuliniteter på mændenes arbejdspladser.

7.3.1 Mental sundhed som et nyt ledelsesmæssigt fokuspunkt

I empiriindsamlingen blev det klart, at mental sundhed er et nyt sundhedsfokus på de respektive virksomheder. Bo og flere andre informanter fortæller, at de ansattes mentale sundhed i højere grad er blevet et fokuspunkt for virksomhedernes ledelser, da ledelserne har fået øjnene op for, at fysisk og mental sundhed i høj grad hænger sammen. Bo beskriver, hvordan særligt mental sundhed er blevet et fokusområde for virksomhedens afdeling i Aalborg efter corona. Det har blandt andet resulteret i, at virksomheden for første gang har afholdt mental sundhedsuge, hvor der blandt andet var øvelser, som de ansatte skulle løse og tale om i fællesskab samt et spørgeskema om trivsel og mental sundhed, som alle ansatte skulle besvare. Det øget fokus på mental sundhed er også noget Mikkel, arbejdsmiljørepræsentanten i virksomheden, bemærker. Han fortæller endvidere, at virksomheden er begyndt at efterleve FN's verdensmål, som blandt andet indeholder mål om sundhed og trivsel samt indsats for psykisk helbred blandt virksomhedens ansatte (Bilag 5e: 80). På lagervirksomheden fortæller Calle, at de har haft en trivselsdag, hvor medarbejderne i fællesskab skulle opsætte punkter for, hvad der er vigtigt for deres mentale sundhed på arbejdspladsen. For Calle er ledelsens og kollegers forståelse for hans sygdom- og sundhedstilstand essentiel for hans mentale sundhed (Bilag 5a: 29).

På tømrervirksomheden er de ansattes mentale sundhed også blevet et sundhedsmæssigt fokuspunkt. Tømrermester Jan har, grundet en ansat, der er blevet sygemeldt med stress og depression samt en personlig nyankommen følelse af arbejdspress, tilmeldt virksomheden et online meditationsforløb. Et forløb, der skal hjælpe ham selv og hans ansatte med at få fokus på at nedsætte arbejdsrelateret pres og dermed øge den mentale sundhed på arbejdspladsen. Derudover har Jan, som før skrevet, fået et større fokus på det han kalder de "*bløde værdier*", som for eksempel indebærer afholdelse af sociale

arrangementer og fødselsdagsfejring for hans ansatte (Bilag 5b: 37). Jeg vil argumentere for, at Jan samt de respektive ledelser på lager- og anlægsgartnervirksomheder har den overordnede rolle til at definere hvilke sundhedspraksisser, der er en del af de hegemoniske maskuliniteter på arbejdspladserne. Jeg vil dermed argumentere for, at Jans nye fokus på sin egen og sine ansattes mentale sundhed bevirker, at han er med til at inkorporere et fokus på godt mentalt helbred som en del af virksomhedens hegemoniske maskulinitet. Dermed er Jan og de øvrige ledelser med til at sætte 'forbilledet' for, hvad der anses som 'korrekt' maskulin sundhedspraksis og er dermed med til at sætte rammerne for, hvad den hegemoniske maskulinitet på arbejdspladserne indeholder sundhedsmæssigt.

Bo beskriver, hvordan virksomhedens afdeling i Aarhus, sammenlignet med afdelingen i Aalborg, går mere op i de ansattes fysiske sundhed og blandt andet tilbyder træning i arbejdstiden og gratis frugtordning. Afdelingen i Aarhus' fokus på fysisk sundhed har, ifølge Bo, medført en nedprioritering af mental sundhed. Grunden til at virksomhedens afdelinger går op i henholdsvis mental- og fysisk sundhed er, ifølge Bo, at de respektive ledelsesgrupper adskiller sig aldersmæssigt, og at ledelsens aldersmæssige gennemsnit er "*tonegivende*" for sundhedsfokusset (Bilag 5g: 103). Hvor virksomhedens afdeling i Aalborg har en yngre ledelse, har virksomhedens afdeling i Aarhus en ældre ledelse, som, ifølge Bo, medfører, at Aarhusafdelingen ikke har fokus på medarbejdernes mentale sundhed og det; "*[...] at tale om at man har en dårlig dag og er ked af det*", fordi det; "*[...] lægger dem mere fjernt end det gør heroppe (i Aalborgafdelingen red.)*" (Bilag 5g: 103). Bo mener altså, at der er en aldersmæssig forskel i, om ledelsen har fokus på henholdsvis mental eller fysisk helbred, hvor fokus på det ene automatisk vil negligere det andet. På den måde er alder, i tråd med Ridgeways teoretiske blik, med til at 'frame' den kulturelle ramme på arbejdspladsen, og er dermed afgørende for, hvilket sundhedsfokus, der 'frames' som vigtigst.

7.3.2 Delkonklusion

I ovenstående afsnit har jeg beskrevet og analyseret, hvorledes sundhed som en beslutning 'oppefra' kan være med til at strukturere mændenes konstruktion af maskuliniteter og dermed deres sundhedspraksisser. Således bliver både statens sundhedsfremmende lovgivninger (nul-rygning og nul-alkohol), (inter)internationale tiltag (mental sundhedsuge og FN's verdensmål) samt lokale sundhedsinitiativer (sundhedssamtaler, kantineordning, gymnastik og meditation i arbejdstiden) væsentlige for den ramme, der i en arbejdsmæssig kontekst sættes for mændenes sundhedspraksisser. På den måde vil

jeg ud fra ovenstående afsnit argumentere for, at disse politikker og tiltag samt sundhedsmæssige fokuspunkter kan være med til at (re)definere, hvilke sundhedspraksisser, der er en del af arbejdspladsernes hegemoniske maskulinitet.

7.4 En kønnet sundhedskultur på arbejdspladserne

Fra at se på sundhed som en beslutning 'oppefra', vil jeg nu se nærmere på og analysere den sundhedskultur, der er på mændenes arbejdspladser, herunder hvordan denne både påvirker samt (re)produceres af mændenes sundhedspraksisser. Det vil jeg gøre med henblik på at se, hvorledes usund sundhedsadfærd, som mulige hegemoniske maskulinitetspraksisser, er til stede på mændenes arbejdspladser og påvirker mændenes konstruktion af maskuliniteter og dermed deres sundhedspraksisser.

7.4.1 Sundhed som en privatsag

Der bliver hos flere af informanterne givet udtryk for, at sundhed ikke er noget man taler om på deres respektive arbejdspladser. Mikkelt anser sundhed som værende en privat ting, som han og hans kolleger ikke taler med hinanden om. Han siger følgende:

”Det er ikke lige det man snakker om, sundhed og grøntsagsspisning og hvad man ellers kunne finde på... cykelløb. Nej, det er noget folk de klarer individuelt. Som jeg siger, så er det ikke noget firmaregi mæssigt [...] Ja, du dør med dit og jeg dør med mit. Så var det dét” (Bilag 5e: 82).

Samtidig beskriver Mikkelt senere i interviewet, hvordan det at have en sund madpakke med som udekørende anlægsgartner kan medføre, at man: *”[...] får en spydig bemærkning”* (Bilag 5e: 95). På den måde ses det, hvordan sundhedsrelaterede emner, ifølge Mikkelt, ikke er noget man taler om på anlægsgartnervirksomheden, samtidig med at en sund madpakke bliver negativt bedømt. Dette kan tolkes ud fra Courtenays teoretiske blik, hvor det at tage afstand fra sundhedsrelaterede emner anses som en hegemonisk maskulin praksis samtidig med at en sund sundhedsadfærd, her i form af en sund madpakke, ikke anses som en hegemonisk maskulin praksis og dermed sanktioneres.

Det at man ikke taler om sundhedsrelaterede emner på arbejdspladsen, er også noget Kent bemærker. Da jeg spørger ham, hvorfor sundhedsrelaterede emner ikke er noget, man taler om på lageret, svarer han følgende:

”Jeg tror, der er noget med det at være mand og det at snakke om sundhed. Det er ikke noget man gør. Jeg tror sådan generelt, så tror jeg ikke, at der er nogle mænd, jeg kender, der snakker om deres sundhed. Det kan godt være, at det for mange mænd er en privatsag, som man ikke snakker med andre om, simpelthen for at vise det her skjold” (Bilag 5h: 124).

Kent sætter altså i ovenstående citat lighedstegn mellem kønsategorien mand og det ikke at tale om sundhedsrelaterede emner. Dermed går hans udtalelse godt i tråd med Courtenays teoretiske udlægning af, at mænds afstandtagen til og en udadtil manglende omsorg for egen sundhed er en hegemonisk maskulin sundhedspraksis. Særligt er det interessant, at han, ved at referere til 'man' og 'mange mænd', distancerer sig selv fra gruppen af mænd og dermed det at holde sundhed som en privatsag for at vise et 'skjold'. Han konstruerer dermed ham selv som én, der ikke efterlever den hegemoniske maskulinitet. Denne afstandtagen kan siges at komme fra, at Kent er ramt af Parkinsonsygdom, som har gjort, at han har været nødsaget til at vise en vis sårbarhed og til en vis grad tale med hans kollegaer om hans sundhedstilstand. På den måde kan Kents sygdomsforløb have gjort, at han har været nødsaget til at inkorporere sårbarhed samt åbenheden for sundhedsrelaterede emner i hans maskulinitet, på trods af at han er vidende om, at det for andre mænd ikke er et anerkendt samtaleemne. En redefinering af hans maskulinitet, som han ikke har oplevet negative bedømmelser af fra hans nuværende mandlige kollegaer. Man kan derfor diskutere, om der kan være forskellige ligeværdige maskuliniteter på den samme arbejdsplads, som bliver konstrueret ud fra henholdsvis sundhed og sygdom. I forlængelse heraf vil jeg også argumentere for, at den føromtalte åbenhed, der er fra lagerets ledelse i forhold til sygdom, samt det at der er flere ansatte på lageret, der har fået bevilliget en paragraf 56, har åbnet op for, at det er mere socialt acceptabelt at tale om sundhed blandt de kronisk syge på netop lagervirksomheden. På den måde vil jeg argumentere for, at der både er en kulturel ramme på Kents arbejdsplads, der giver plads til, at mændene kan være åbne i forhold til deres sygdomme, samtidig med, at mange af mændene kan relatere til hinanden og dermed skabe deres egen måde at gøre deres køn på, hvor sygdom- og sundhedshensyn er inkorporeret.

Det bliver derudover tydeligt, at der på lagervirksomheden skelnes mellem mændene på lageret og 'dem på kontoret'. Denne skelnen kommer for eksempel til udtryk ved, at lagerekspedient Kent omtaler kontormedarbejderne som dem, der går op i og taler om sundhed. Han siger følgende:

"Så skal vi ind på kontoret, hvor de snakker lidt mere om sundhed og om mad og sådan noget. Det har vi ikke gjort så meget herude på lageret. Inde på kontoret er det halvt af hver, arh der er vist flest kvinder, hvis jeg lige tænker mig om. Der er også nogle mænd derinde, og det er sådan nogle tynde nogen, så de må gøre meget ud af sundhed. Det er så også dem, der har været med til at bestemme, at vi skulle have det her mad i kantinen, så det er jo godt nok" (Bilag 5h: 127).

Kvinderne og 'de tynde mænd' på kontoret bliver dermed af Kent kategoriseret som dem, der går op i og taler om sundhed. Hermed vil jeg argumentere for, at klasse eller uddannelsesniveau som en intersektionel kategori bliver tydelig, der om ikke andet skaber en forestillet differentiering for Kent mellem kontor- og lagermedarbejderne, når det gælder sundhed. Dermed kan man også, ud fra West og Fenstermakers doing-difference perspektiv argumentere for, at ovenstående citat viser, at (u)sundhed for Kent er en forestillet måde at gøre både ens køn samt klasse på.

Bo oplever ydermere, at det er kønssammensætningen, der influerer, hvorvidt sundhedsrelaterede emner tages alvorligt. Han oplevede netop på hans gamle arbejdsplads, hvor der udelukkende arbejdede mænd, at sundhedsrelaterede emner tit og oftest blev gjort grin med eller negligeret:

"Jeg synes, at jeg tit har oplevet, at der bliver gjort grin med det (sundhed red.). Lavet fis med det, hvor man på en måde har negligeret det 'Jaja, det er fint nok. Vi skal bare sidde at spise grøntsager alle sammen og løbe løbeture hele tiden'. Så sidder man og er lidt åndssvag omkring det. Det synes jeg ikke, at jeg oplever på samme måde på sådan en arbejdsplads her, hvor der er blandet [...] Men det synes jeg helt sikkert, at det er svært på de der arbejdspladser, hvor der bare er mænd. Der er der sgu ikke nogen, der tager det alvorligt" (Bilag 5g: 105).

Bos fortælling om et mere seriøst fokus på sundhed er gældende på anlægsgartnervirksomheden, hvor der er kvinder ansat, kan siges at hænge sammen med, at en kønssammensætning, der er præget af mere kønslighed 'bias'er' virksomhedens kulturelle kønsrammesætning i en mere 'feminin retning' (jf. Ridgeway), hvor det derfor er mere 'socialt acceptabelt' at tale om sundhed med hinanden.

Dermed var den afstandtagen til- og negligering af sundhed, der var på Bos tidligere arbejdsplads, hvor der udelukkende var mænd ansat, en del af den hegemoniske maskulinitet. Omvendt vil en køns-sammensætning, der er præget af mere lige kønsfordeling, være medvirkende til i højere grad at inkorporere sundhed som en del af den hegemoniske maskulinitet. Dette går dog ikke i tråd med Courtenays teoretiske blik, der vil hævde, at mændene, gennem en distance til - og afvisning af sundhed, vil konstruere deres maskuliniteter i opposition til feminitet. På den måde er Courtenays perspektiv ikke i overensstemmelse med Bos udtalelse, men kan i stedet siges at passe bedre ind i Ridgeways teoretiske perspektiv. Dermed kan kønsfordelingen på mændenes arbejdspladser, ud fra Bos udtalelse, anses som væsentlige i mændenes konstruktion af maskuliniteter og deres sundhedspraksisser.

7.4.2 Rigtige mænd viser ikke sårbarhed

Bo fortæller, hvorledes der er væsentlig forskel på mændenes håndtering af fysisk og mental sundhed på arbejdspladsen. Hvis en ansat for eksempel har brækket en arm, er det lettere for ham at tale med sine kollegaer om, end hvis der er en, der for eksempel har det psykisk dårligt. Han siger: *”Det er det der med, at det er nemmere at skjule det, gemme det indeni end hvis du kommer med armen bundet ind”* (Bilag 5g: 104). Det samme genkender Kent, der fortæller, at sundhed ikke er noget, man taler med hinanden om på lageret, medmindre det er noget, der fysisk kan ses, og hvis der for eksempel; *”[...] er én, der går og halter lidt”,* eller *”[...] hvis der var nogen, der var syge, sådan syge-syge og ikke var på arbejde”* (Bilag 5h: 120,124). Således ses det, at psykisk helbred ikke italesættes på arbejdspladserne, men i stedet ’gemmes væk’.

I tråd med at Bo, som før beskrevet, anser ledelsens aldersmæssige gennemsnit som afgørende for, hvorvidt fysisk- eller mental sundhed er et fokuspunkt for virksomheden, anser han også medarbejdernes alder som afgørende for, hvilken form for sundhed de selv fokuserer på. Igen oplever han, at det er de ældre medarbejdere, der har svært ved at tale om mental sundhed, og som negligerer det hos sig selv:

”Jeg tror, at dem der er ældre end min generation, har sværere ved det. Det er i hvert fald det jeg oplever med mine medarbejdere, når vi taler om det mentale. Lige så snart man kommer forbi min generation, så er det svært at tale om, måske fordi man er opvokset i, at det ikke er noget man skal snakke om, eller at det bare er noget, man skal se at komme over. ’Det kan ikke

paske, at du ikke kan se igennem fingrene med det'. Det har været deres generation. De har ikke været vant til at tale om, at man er trist eller ked af det. Jeg tror, at det er meget det. Så bærer man også det med ind på arbejdspladsen, at man ikke er vant til det hjemmefra. Der tænker jeg, at jeg har været mere vant til det hjemmefra, og min generation har måske også været mere vant til at snakke om, at man har det dårligt, og at der er et eller andet, der presser én i familien eller hvad det nu kan være. Det tror jeg har meget at sige” (Bilag 5g: 103).

Ovenstående udtalelse fra Bo fremhæver, hvordan der kan være en generationsforskel i at tale om mental sundhed på arbejdspladsen. Hvor det for de ældre er svært at tale om mental sundhed, er det, ifølge Bo, nemmere for de yngre medarbejdere på arbejdspladsen. Ved at italesætte dette generati-onsskifte skaber Bo på en måde en distinktion mellem de yngre og de ældre, hvor han - som en del af den yngre generation - distancerer sig fra den ældre generation, der ikke taler om mental sundhed. Dermed konstruerer han sig selv og sin egen generation som nogle, der taler om og går op i mental sundhed. Dermed kan man argumentere for, at alder, som en intersektionel differentieringsform, influerer erhvervsfagligt uddannede mænds syn på sundhed samt deres sundhedspraksisser.

Ifølge Per forværres det, at det er svært at tale om ens psykiske helbred af, at virksomheden er mandsdomineret. Han siger følgende: *”[...] det kan være rigtig svært at stå og sige overfor sine kollegaer, at man ikke har det ret godt oven i hovedet og ligesom snakke tingene igennem... og især i et mandsdominerede miljø. Der kan det virkelig være svært”* (Bilag 5d: 64). Denne udtalelse fra Per vidner om, at det ikke er en hegemonisk maskulin praksis at åbne op om ens psykiske helbred på tømrervirksomheden, hvor der udelukkende er mænd. Det faktum, at det kan være svært at tale om mentalt helbred på en mandsdomineret arbejdsplads, er noget Kent har erfaret på egen krop, da han for et par år siden blev ramt af en depression og begyndte til psykolog. Det var dengang ikke noget, som han talte med sine kollegaer om, men det var noget han; *”[...] valgte at tie ihjel”* (Bilag 5h: 124). Han valgte at holde det hemmeligt for hans mandlige kollegaer på lageret grundet de reaktioner, som han forestillede sig, at han vil få:

”[...] der var ikke nogen, der skulle vide det, fordi så blev der bare kørt på én. Så var man dårlig, og så havde man dårlig psyke [...] Vi havde nogle dengang, der skulle hævde sig over andre og sådan noget og være sådan oversupermand-agtig. Jeg turde ikke dengang” (Bilag 5h: 124).

Da jeg spørger ind til hvorfor nogle af medarbejderne dengang havde et behov for at række ned på ham, hvis de fandt ud af, at han havde det dårligt psykisk, forklarer han, at der dengang var ”[...] *krig om hvor god man var*” og meget konkurrence blandt lagermedarbejderne (Bilag 5h: 124). Man kan ud fra West og Zimmermann samt Courtenays teoretiske perspektiv argumentere for, at den passende måde at være mand på eller den hegemoniske maskulinitet på Kents arbejdsplads var at være hård og ikke vise sårbarhed - ”*være oversupermand-agtig*”. Dermed vil han ved at være åben om hans mentale tilstand risikere negativ social sanktion fra sine mandlige kollegaer og blive positioneret i en underordnet maskulinitet. Dette kan siges at være grunden til, at han valgte at hemmeliggøre hans dårlige psykiske tilstand og dermed udadtil vise, at han gør køn på en passende måde og levede op til den hegemoniske maskulinitet, der var på arbejdspladsen dengang. Igen ses det, hvorledes der bliver skabt en distinktion mellem dengang og nu i forhold til sundhedspraksisser - her det at anerkende, at man har det dårligt psykisk og har brug for professionel hjælp. Denne distinktion eller ændring kan igen siges at hænge sammen med, at Kent siden dengang er blevet ramt af yderligere sygdom, samt at der er kommet en større åbenhed for hans sygdomstilstand fra både ledelsen og hans kolleger.

Det at det kan være svært at vise sårbarhed som mand på en mandsdomineret arbejdsplads bakker både Bo og Per op om. Bo svarer følgende, da jeg spørger ham, hvorfor det ikke er tilladt at vise sårbarhed som mand:

”Jeg kunne godt forestille mig, at det sådan er lidt præget af vores samfund, eller den opfattelse man har af en mand stadigvæk [...] Det her med, at en mand det skal være sådan en stor, stærk en, der er ude at slå nogle dyr ihjel for at slæbe dem tilbage til hulen. Det tror jeg ikke, vi er kommet ret langt fra, selvom vi har udviklet os i mange, mange år, så tror jeg stadigvæk, at der er noget indeni os, der siger os, at det er manden, der skal være den stærke, og han skal gå forrest og løfte tunge sten og sådan noget. Han skal ikke være den, der sidder omkring bålet og sidder og hygger med børnene og er lidt følsom og er lidt ked af det, fordi der er sket et eller andet. Det tror jeg stadigvæk sidder helt dybt i os. Desværre på en eller anden måde. Det gør selvfølgelig også nogle ting ved os, som mænd, at vi ikke altid kan have lov til at være følsomme og fortælle om de ting, der gør ondt” (Bilag 5g: 113f).

Den hegemoniske maskulinitet er således, ifølge Bo, præget af samfundets kulturelle hegemoniske overbevisning om, hvad en mand er. For Per er det ”[...] *ens ego (som mand red.) det handler om. Man har ikke lyst til at vise det. Man vil gerne holde facaden*” (Bilag 5d: 64). Ovenstående citater fra

Kent, Bo og Per vidner om, at det at være hård, stærk, ufølsom og afvise eller hemmeligholde, at man som mand har udfordringer med sit mentale helbred, er - eller har været - en del af den hegemoniske maskulinitet på mændenes arbejdspladser. Den herskende forestilling om, hvad en 'rigtig mand' er for disse mænd, kan derfor siges at være - eller have været - en barriere for, at mændene tør åbne op overfor deres kollegaer, hvis de bliver ramt af psykiske udfordringer. Her viser det sig dog, at det at blive ramt af sygdom samt arbejdspladsens håndtering heraf, kan gøre, at man tager afstand til den hegemoniske maskulinitet og inkorporere omsorg for egen mentale sundhed i stedet for.

7.4.3 Rigtige mænd løfter tungt

Samtlige af specialets informanter har et fysisk hårdt arbejde på nær Bo, som dog i størstedelen af hans arbejdsliv har lavet fysisk hårdt arbejde som anlægsgartner. Han har dog, grundet fysiske skavanker, valgt at arbejde på kontoret i anlægsgartnervirksomheden. Flere af specialets øvrige informanter beretter om, at de døjer med fysiske skavanker, som kommer på baggrund af deres fysisk hårde arbejde, og som gør, at de for eksempel afholder sig fra at være fysisk aktive efter arbejde. Dermed kan mændenes hårde fysiske hårde arbejde og den måde det praktiseres på siges at hænge tæt sammen med mændenes øvrige sundhedsadfærd.

Samtlige informanter fortæller, at der er kommet et større fokus på at gøre det fysisk hårde arbejde mere skånsomt for arbejderne. Per siger for eksempel følgende, da jeg spørger ham ind til, hvordan der er kommet mere fokus på at gøre det hårde fysiske arbejde mere skånsomt for deres kroppe:

”Der er sket en stor ændring. Der er meget mere fokus på det. Det er man jo 'tvunget til', fordi arbejdstilsynet jo bare straffer os, hvis det er. De sætter jo vægtgrænserne længere og længere ned. Vi må jo ingenting løfte efterhånden [...] Der er meget mere fokus på det. Der bliver slået hårdt ned på det nu også. Meget hårdere end før i tiden. De grønne hjelme de spørger rundt omkring alle gadehjørner lige pludselig. Det er med at passe på (griner)” (Bilag: 62f).

Per fortæller således, hvordan der fra arbejdstilsynets side er kommet et større fokus på det hårde fysiske arbejde, ved at de har lavet lavere vægtgrænser, og ved at de sanktionerer sikkerhedsovertrædelser negativt. Kent fortæller ligeledes, at der på lageret er en sikkerhedsrepræsentant, der holder øje med, om arbejderne overholder sikkerhedsprocedurerne for de gældende vægtgrænser (Bilag 5h: 122). På den måde er både arbejdstilsynet og sikkerhedsrepræsentanten med til at strukturere

mændenes sundhedspraksisser og dermed begrænse, at de foretager (ergonomisk) usunde løft. Endvidere fortæller flere af informanterne, at der de seneste år er kommet flere hjælpemidler til de tunge løft, som har muliggjort, at de kan overholde de gældende vægtgrænser og sikkerhedshensyn, og som har gjort deres arbejde mere skånsomt for deres kroppe. Det gælder for eksempel vinduesløftere til at montere vinduer, minigravere og motortrillebørere til at flytte jord samt sugekopper til at lægge tunge fliser (Bilag 5b: 32; Bilag 5g: 109; Bilag 5f: 93).

Flere informanter påpeger, i tråd med ovenstående, at kulturen omkring tunge løft har ændret sig i takt med, at der er kommet mere fokus på et mere skånsomt arbejde samt kommet flere hjælpemidler og mere sikkerhedshensyn. For eksempel fortæller Morten:

”Det er der ikke nogen tvivl om, at det kan jeg virkelig mærke har ændret sig på de 10 år, hvor jeg har været i faget. Dengang jeg startede i faget og hvis man sagde ’Det her det kan jeg ikke’, så fik man bare at vide ’Ej, kom nu’ [...] Dengang der blev man bare presset til det. Så bed man lige tænderne en ekstra gang sammen og så lavede man måske et stræk i armene for lige at nå, for at lægge stilladsplanken på eller hvad det nu måtte være. Der var jeg helt ude i en yderposition. Der er vi bedre i dag til at passe lidt mere på. Det er det, at jeg godt kan mærke. Arbejdsmarkedet har jo ændret sig [...] Det er kommet med tiden det her med, at nu passer man sgu på sig selv” (Bilag 5c: 51).

Lignende udtalelse kommer tømrermester Jan med. Han siger følgende:

”Hvis du spurgte mig for to år siden, så skulle de holde deres kæft og så løfte. Det gør vi ikke længere [...] Førhen så var man selv med til at løfte. Man skulle ligesom bevise, at det kunne man godt. Men det er jo dumt. Det er stjernedumt. Det var dengang” (Bilag 5b: 32f).

Ovenstående udtalelser fra Morten og Jan vidner altså om, at den hegemoniske maskulinitet på arbejdspladsen dengang indebar at være stærk og det at kunne klare tunge løft selv. Et ideal, der for de af mændene, der har været i erhvervet i mange år, har betydet, at de har fået fysiske skavanker, som nu betyder, at de ikke har samme overskud, når de har fri fra arbejde. Endvidere bliver det i ovenstående citater igen klart, hvordan mændene skaber en distinktion mellem dengang, hvor de foretog tunge løft uden hjælpemidler og andre hensyn til egen sundhed og nu, hvor de tager mere hensyn. Således er tunge løft, som en usund (maskulin) sundhedspraksis, et yderligere eksempel på, at generation og alder er betydningsfulde i mændenes konstruktion af maskulinitet og sundhedspraksisser.

Ovenstående afsnit peger således i retning af, at et øget fokus på samt udviklingen af flere hjælpemidler tilsyneladende har gjort, at mændene i højere grad omfavner en accept af brugen af hjælpemidler og det at undgå for tunge løft i deres arbejde. En accept, der kan medføre, at de kan være mere om deres kroppe og dermed deres sundhed. Dette bakkes ligeledes op af Christensen et al.'s studie, jf. afsnit 1, der netop viste, at den teknologiske udvikling stillede nye maskuline identiteter til rådighed blandt ambulanceredderne, som dermed er med til at mindske de mandlige ambulanceredderes risikoadfærd (2015). Jeg vil, i forlængelse heraf, diskutere, hvorvidt brugen af hjælpemidler står i kontrast til mændenes hegemoniske maskulinitet, hvor det at være stærk, både fysisk og mentalt, anses som en særlig del heraf (jf. tidligere analyseafsnit). Her vil jeg lægge mig op af Ulf Mellström, der viser, at teknologi og maskiner er tillagt en maskulin betydning og ”[...] *part of a masculine script in many different contexts*” (Mellström 2004: 370,79). Hans pointe er altså, at det at kunne mestre teknologi, for eksempel teknologiske hjælpemidler, er en særlig maskulin praksis og en måde, hvorpå mænd kan udvise deres maskuliniteter. På den måde vil jeg argumentere for, at brugen af hjælpemidler ikke står i kontrast til mændenes hegemoniske maskuliniteter, men i stedet er forenelige hermed.

7.4.4 Rigtige mænd går ikke til lægen - Virksomhedsindsatsen som øjenåbnende

Fælles for samtlige informanter er, at de har været til en frivillig sundhedssamtale på deres respektive arbejdspladser. For flere af informanterne har CFS's sundhedssamtaler været øjenåbnende i forhold til deres sundhedstilstande, da det, ifølge Morten; ”[...] *ikke er noget man som mand normalvis vil ringe til sin læge om med at 'nu kunne jeg godt tænke mig at få et sundhedstjek'*” (Bilag 5c: 46). Således taler Morten ind i en kønnet norm om, at mænd ikke opsøger deres læge. Kent beskriver ydermere, hvordan sundhedssamtalerne blev et ”[...] *wake-up-call med at de faktisk skal passe på deres krop*” (Bilag 5h: 121). Mikkel blev for eksempel sendt direkte til lægen, da han fik målt et for højt blodtryk til sundhedssamtalen på sin arbejdsplads:

”[...] *det satte en skræk i livet på mig [...] jeg røg jo til læge med det samme. Jeg havde alt, alt for højt blodtryk. 175 over 125, tror jeg den var [...] Så sagde han (sundhedsmedarbejder CFS red.) 'Du kan godt gå ud og ringe til din læge. Prøv at se her. Hvis du ikke ringer, så kommer lægen ud til dig'. Så måtte jeg jo nok hellere søge læge [...] så jeg måtte lige ind forbi min doktermænd og have nogle piller. De fik tjekket hjertet og mit blod. Så viste det sig også, at jeg havde en anelse for meget kolesterol*” (Bilag 5e: 70f).

Mikkel har efter sundhedssamtalen fået øjnene op for, at han er nødt til at begynde at leve sundere for at passe bedre på sin krop. Han siger selv følgende: *”Jeg har jo så et maskineri, der også lige skal smøres og følges op på. Den havde jeg ikke lige taget med i beregningerne [...] hvis det er sådan, at motoren er ved at løbe tør, så skal der lige noget olie på”* (Bilag 5e: 75f). I denne udtalelse fra Mikkel ses det, hvordan han har skabt en fortælling om, at kroppen er et maskineri, hvor der en gang imellem skal olie på. Jeg vil i forlængelse heraf, og i tråd med førnævnte Mellström, argumentere for, at denne fortælling om kroppen som en maskine er Mikkels forsøg på at konstruere sundhed som en maskulin praksis og dermed tage afstand til sundhed som en feminin praksis.

Ligeledes var det for Jan en øjenåbner at få sat fokus på både sin egen og sine medarbejders sundhedstilstand. Han beskriver, hvordan han til sundhedssamtalen blev gjort opmærksom på, at hans krop; *”[...] er i alarmeredskab”* (Bilag 5b: 37). Derudover fik han sendt to af hans ansatte til lægen med for høje blodtryk og to til rygestopforløb på CFS. Én af Jans ansatte, Per, beskriver endvidere, at sundhedssamtalen var *”skelsættende”* (Bilag 5d: 57), og at:

”Man kom til at kigge på nogen ting. Jeg fik for eksempel taget blodtryk og fandt ud af, at det var alt, alt for højt. Nu er jeg så blevet sat på blodtryksmedicin af min læge i stedet for [...] I kølvandet på, at jeg har fået mere fokus på min sundhed, efter sundhedskonsulenten har været herude, så er jeg begyndt at kigge på min mentale tilstand igen” (Bilag 5d: 57).

For Per har sundhedssamtalen og kontrollen med hans forhøjet blodtryk fået ham til at fokusere mere på hans arbejdspress, som han er bange for igen, skal føre til sygemelding med stress og depression. Også for Bo har sundhedssamtalen fået ham til at fokusere mere på sin mentale sundhed. Han er begyndt at tage sig af det arbejdspress, som han før følte og er blevet bedre til at prioritere at holde fri samt; *”Det her med at koble helt ud”* (Bilag 5g: 111). Dermed vidner ovenstående citater om, at det wake-up-call, som mændene har fået i forhold til deres egen eller deres kollegers sundhedstilstande, har gjort, at de har fået øjnene op for vigtigheden af at passe på deres krop og leve sundere - både fysisk og mentalt.

For Morten, som valgte at takke ja til et rygestop efter sundhedssamtalen, har sundhedssamtalerne på tømrvirkning ydermere gjort, at de på tømrvirkning er begyndt at tænke mere over deres sundhedstilstande generelt set. Han siger:

”Jeg synes bare generelt, at det har skabt en bedre stemning på det hele. Vi er måske begyndt at tænke lidt mere over tingene. Jeg synes jo, det var superfint at blive tjekket helt igennem. Få tjekket blodtryk og puls og jeg ved ikke hvad” (Bilag 5c: 46).

I forlængelse heraf, kan man diskutere hvorvidt det fokus, som CFS (og øvrige sundhedsindsatser på virksomheder) har affødt, medfører et skifte i den hegemoniske maskulinitet på arbejdspladserne, der i højere grad inkorporerer sundhedsfremmende og -forebyggende værdier og praksisser.

Morten har valgt, at rygestopforløbet skal foregå online over en app, hvor han har fået tilkoblet en sundhedsvejleder. Calle har ligeledes været på et online forløb hos CFS, hvor han igennem en livsstilsændring tabte 13 kilo. De giver begge udtryk for at have valgt et online forløb med en-til-en vejledning, da det, ifølge dem, ikke var noget for dem at sidde sammen med andre mænd og tale om deres rygestop eller overvægt. Man kan, ud fra Courtenays teoretiske blik på usund sundhedsadfærd som hegemonisk maskuline praksisser, anse Morten og Calles ønske om et individuelt online forløb fremfor et gruppeforløb som en måde, hvorpå de undgår at udvise sårbarhed og omsorg for egen sundhed overfor andre ligesindede mænd og dermed blive positioneret og positionere sig selv i underordnede maskuliniteter.

Morten beskriver ydermere hvordan det, at han er startet med sit rygestop, har påvirket mange af hans kollegaer til at bakke op om hans beslutning, som også har valgt at stoppe deres rygning på arbejdspladsen (Bilag 5c: 47). Derfor vil jeg argumentere for, at ændringer i sundheden ikke kun kommer af strukturelle og organisatoriske regler og sundhedspolitikker, men også ved at medarbejderne selv igangsætter sundhedsfremmende handlinger, der influerer deres andre kollegaer og den (kønnet) sundhedskultur på arbejdspladserne. Dermed kan ændringen i én medarbejders sundhedsadfærd få andre medarbejdere til at ændre deres sundhedsadfærd, hvilket kan siges langsomt at ændre de hegemonisk maskuline sundhedspraksisser på arbejdspladsen.

7.4.5 Sygdom som et vendepunkt

Både Calle og Kent er eller har været ramt af sygdom. Calle har haft kræft, men er nu erklæret kræftfri, og Kent har Parkinson. De har derudover begge to haft depression som følge af deres sygdomme. For Calle har kræftperioden været svær, da det har betydet, at han har været nødsaget til at være sårbar:

”Ja, så blev jeg nødt til at være ham, der piver. Det hader jeg bare at være. Jeg vil helst have, at mine omgivelser ikke skal mærke, at jeg har det træls. Men nogle gange bliver jeg bare nødt til at gøre opmærksom på det. Jeg hader det bare [...] Jeg synes jo, at jeg er et skvat et eller andet sted” (Bilag 5a: 24,26).

Jeg vil, ud fra ovenstående citat fra Calle, argumentere for, at grunden til det har været svært for Calle at vise sårbarhed og være ”[...] ham, der piver” under hans sygdomsforløb, er at det for ham ikke er en passende måde at gøre køn og maskulinitet på. Han har dog været nødsaget til at udvise sårbarhed i forbindelse med sin sygdomsperiode og dermed gøre køn på en upassende måde, ifølge ham selv. En måde der dog ikke er blevet set ned på af øvrige nattemedarbejdere på arbejdspladsen, muligvis, som før skrevet, på grund af deres egne kroniske sygdomme samt den imødekommenhed og åbenhed, som lagerets ledelse har.

Kent beskriver i forlængelse af ovenstående citat fra Calle, hvordan hans kammerat anså sygdom som noget feminint, indtil han selv blev syg. Kent fortæller følgende:

”Jeg har en kammerat og det der med at være syg, det er noget tøse-noget. Han er altid så hård, men nu er han selv begyndt at være syg, så nu er han ikke så hård. For ham har det altid været sådan et skjold for at vise, at han var supermand. Men nu har han så fundet ud af, at det er han ikke alligevel” (Bilag 5h: 123).

Det at Kents kammerat har en opfattelse af, at det at være syg er ”noget tøse-noget” vidner om, at sundhed og sygdom er feminiseret; en opfattelse han havde indtil han selv blev ramt af sygdom. Dermed var den rigtige måde at være mand på, den hegemoniske maskulinitet, for ham at tage afstand til feminitet ved at være hård - om ikke andet udadtil - og udvise, at man ikke er syg. Ud fra ovenstående udtalelser bliver det klart, at det at blive ramt af sygdom har gjort, at mændene har været nødsaget til at ændre deres perspektiv på sygdom og sundhed.

Calle beskriver ydermere hvordan kræftperioden har været afgørende i forhold til hans sundhed:

”Når man er igennem sådan et forløb, så sætter det en helvedes masse i gang med hvordan man undgår at komme i risikogruppen igen for andre former for kræft. Det gør man jo ved at holde sig sund og dyrke motion. Spise rigtigt... [...] Når man har været igennem sådan et forløb, så begynder man at spekulere på sundhed” (Bilag 5a: 11,14).

På den måde har kræftperioden været et 'vendepunkt' for Calle, der efter at være blevet erklæret kræftfri er begyndt at prioritere sund mad og motion i hans hverdag. Ovenstående citater fra Kent og Calle vidner altså om, at det at være blevet ramt af sygdom kan gøre, at man indser, at hårdhed i sygdomsperioder ikke altid er nødvendigt eller muligt, og at man som følge heraf må inkorporere sundhed og sårbarhed ved sygdom som en del af deres maskuliniteter. På den måde bliver sygdom afgørende i mændenes konstruktion af maskuliniteter og sundhedspraksisser.

7.4.6 Delkonklusion

Sammenfattende kan der ud fra ovenstående afsnit siges at eksistere kønnede normer på mændenes arbejdspladser, der dikterer, at fysisk såvel som mental sundhed ikke er noget man taler med hinanden om. Her viste det sig dog, at kønssammensætningen kan have en indvirkning på, hvor fremtrædende denne kønnede norm er, hvor en større andel af kvinder potentielt kan ændre den kønnede kultur og i højere grad gøre sundhed til et socialt acceptabelt samtaleemne. Derudover har afsnittet vist, at den teknologiske udvikling i forhold til hjælpemidler i mændenes daglige arbejde, har været en drivkraft i en kulturel forandring på mændenes arbejdspladser. Hvor det førhen handlede om, at mændene skulle vise deres mandighed ved at løfte tungt, er accept af sikkerhedsprocedure og brugen af hjælpemidler nu inkorporeret i mændenes konstruktion af maskuliniteter og deres sundhedspraksisser. Derudover har ovenstående afsnit vist, at generation og alder, sygdom og fysiske skavanker er vigtige sociale kategorier eller livsomstændigheder i mændenes konstruktion af maskulinitet og sundhedspraksisser.

8. Konklusion

Formålet med specialet har været at undersøge og besvare følgende problemformulering:

Hvordan konstruerer erhvervsfagligt uddannede mænd i forskellige erhverv deres maskuliniteter, og hvordan påvirker denne konstruktion mændenes syn på sundhed og særligt deres sundhedspraksisser?

Først og fremmest kan det konkluderes, at specialets erhvervsfagligt uddannede mænds arbejdspladser er betydningsfulde i mændenes konstruktion af maskuliniteter, og dermed for hvilke sundhedspraksisser, der inkorporeres i mændenes maskuliniteter. Mændenes respektive arbejdspladser er med til at strukturere og rammesætte mændenes sundhedspraksisser, ved for eksempel at have implementeret sundhedspolitikker samt lokale sundhedsinitiativer og -tiltag. Yderligere viste det sig, at arbejdspladsens kønsmæssige fordeling, ledelsernes aldersmæssige gennemsnit samt ledelsens syn på- og håndtering af sundhed og sygdom er vigtige faktorer for, hvilke rammer de erhvervsfagligt uddannede mænds maskuliniteter og sundhedspraksisser bliver konstrueret inden for. På den måde kan mændenes arbejdspladser være med til strukturere hvilke sundhedspraksisser, der er (u)mulige i mændenes maskulinitetskonstruktioner.

Dernæst kan det konkluderes, at der, på trods af arbejdspladsernes forsøg på at strukturere mændenes sundhedspraksisser, alligevel er kønnede sundhedsmæssige normer blandt de erhvervsfagligt uddannede mænd på de respektive arbejdspladser; kønnede normer, der både strukturerer og bliver struktureret af mændenes sundhedspraksisser. Især blev det klart, at det at tage afstand fra at tale om fysisk og mental sundhed, herunder sund kost og motion, samt det at undgå at opsøge hjælp hos sin læge eller psykolog er en del af den hegemoniske maskulinitet på mændenes arbejdspladser. Ikke nok med at de valgte ankerpunkter, køn og uddannelsesniveau, er essentielle i mændenes konstruktion af maskuliniteter og deres sundhedspraksisser, er det også blevet klart, at alder og generation er væsentlige differentieringsformer i disse konstruktioner. Dermed er mændenes alder og den generation, de tilhører, bærere af bestemte syn på sundhed, som præger, hvilke sundhedspraksisser de inkorporerer i deres maskuliniteter og dermed praktiserer. Dernæst er det blevet klart, at mændenes (tidligere) livs-omstændigheder, herunder om de har været ramt af sygdom eller blevet gjort opmærksom på deres sundhedstilstande, er essentielle i mændenes konstruktion af maskulinitet og sundhedsadfærd. De mænd, der er, eller tidligere har været, ramt af sygdom, eller på anden vis er blevet gjort opmærksom

på deres ringe sundhedstilstande, har været nødsaget til at inkorporere omsorg for egen sundhed i deres maskuliniteter. Ydermere viste det sig, at den teknologiske udvikling af hjælpemidler i mændenes daglige arbejde har været en stor drivkraft i, at mændenes arbejde nu er mere skånsomt for deres kroppe, samtidig med at det har ændret kulturen omkring tunge løft blandt mændene. Hvor de tunge løft i mændenes arbejde før var noget, der blev forventet af dem, og som de blev presset til af enten mesteren eller de andre kolleger, er der nu et større fokus på, at mændene skal bruge de nyudviklede hjælpemidler og i højere grad passe på deres kroppe. På den måde blev de tunge løft og det at praktisere styrke førhen anset som en del af den hegemoniske maskulinitet på mændenes arbejdspladser. Styrke og dét at løfte tungt er nu i højere grad ligestillet med en teknisk kunnen.

Opsummerende kan det derfor konkluderes, at de erhvervsfagligt uddannede mænds konstruktion af maskuliniteter og deres sundhedspraksisser sker i et komplekst sammenspil mellem på den ene side 1) Mændenes arbejdspladser, herunder arbejdspladsernes struktur, den kønsmæssige fordeling, ledelsens aldersmæssige gennemsnit, den teknologiske udvikling samt ledelsens håndtering af sundhed og sygdom og på den anden side 2) Det sociale miljø på arbejdspladsen, mændenes alder og generation samt (tidlige) livsomstændigheder, herunder sygdom og/eller fysiske skavanker.

8.1 Teoretisk konklusion

Afslutningsvis vil jeg komme med en kort teoretisk konklusion, hvor jeg sætter ovenstående konklusion op imod mit teoretiske udgangspunkt. Særligt vil jeg konkludere, hvorvidt Courtenays teoretiske blik på usund sundhedsadfærd som hegemonisk maskuline praksisser, ifølge mig, kan beskrive de tendenser, som min empiri gav ansatser til. Det vil jeg gøre for, i tråd med min adaptive tilgang, at modificere eller nuancere mit teoretiske udgangspunkt (jf. afsnit 6.2).

Det er, ud fra ovenstående analyse og konklusion, blevet klart, at mændenes konstruktion af maskuliniteter foregår på komplekse måder. Mændenes maskuliniteter bliver altså både influeret af mikro-, meso- og makroomstændigheder. På den måde kan det heller ikke entydigt konkluderes, hvordan erhvervsfagligt uddannede mænd som én gruppe konstruerer deres maskuliniteter og endvidere, hvilke sundhedspraksisser, der er en del af den hegemoniske maskulinitet på deres arbejdspladser. Jeg vil herudfra argumentere for, at Courtenays teoretiske blik er for stringent og unuanceret, og at usunde sundhedspraksisser ikke er en del af alle mænd i alle konteksters maskuliniteter. Det afhænger netop af, hvilke øvrige sociale kategorier mændene er en del af samt, hvilke livsomstændigheder,

mændene har. Dermed vil jeg også argumentere for, at det ikke er rimeligt at antage, at der er én herskende maskulinitet, som andre mænd positionerer sig selv i forhold til på deres arbejdspladser, men at virkeligheden for de erhvervsfagligt uddannede mænd er mere nuanceret. Empirien viste for eksempel, at nogle mænd bevidst fravalgte at leve op til det de anså som den hegemoniske maskulinitet, og at dette valg ikke medførte, at de blev positioneret i underordnede maskuliniteter eller blev negativt sanktioneret. Jeg vil i forlængelse heraf argumentere for, at Courtenays teoretiske blik ikke tager nok højde for konteksten og den ramme, indenfor hvor mændene konstruerer deres maskuliniteter. Det er netop i denne mangel, at Ridgeways teoretiske perspektiv har været et fordelagtigt supplement. Derudover vil jeg argumentere for, at Courtenays teoretiske blik ikke tager nok højde for den variation, der kan være blandt mænd i én social kategori i samme kontekst. Det er netop i denne mangel, at intersektionalitetsperspektivet har været et fordelagtigt supplement.

Jeg vil slutteligt, ud fra ovenstående argumentation, konkludere, at indeværende speciale kan være med til at nuancere tesen om usund sundhedsadfærd som særlige hegemonisk maskuline praksisser ved at pege på, at der ikke er et entydigt og klart billede af, hvordan erhvervsfagligt uddannede mænd konstruerer deres maskuliniteter og dermed hvilke sundhedsadfærd, de praktiserer i henhold hertil. Dermed åbner indeværende speciale op for et mere nuanceret blik på erhvervsfagligt uddannede mænds sundhedspraksisser, herunder hvordan disse foregår i et komplekst sammenspil mellem andre sociale differentieringsformer, livsomstændigheder og de rammer, som samfundet og mændenes respektive arbejdspladser sætter.

9. Litteraturliste

- 6, Perri & Christine Bellamy 2012: *Principles of methodology - research design in social science*. London: Sage.
- Andersen, Otto, Lisbeth Laursen & Jørn K. Petersen 2009: *Dødelighed og erhverv 1996-2005 med et tilbageblik til 1970*. Danmarks Statistik.
- Bloksgaard, Lotte 2012: "“No, gender doesn’t make a difference...?” studying negotiations and gender in organizations". *Qualitative Studies*, 3(2): 163-180.
- Bloksgaard, Lotte, Ann-Dorte Christensen, Sune Q. Jensen & Claus D. Hansen 2015: "Masculinity Ideals in a contemporary Danish Context". *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 23(3): 1-18.
- Bonde, Hans 1995: "Det tavse køn skal have mæle", I *Nordens män – en skiftande skara*. Nordisk Ministerråd.
- Brandth, Berit & Elin Kvande 2014: "Parental leave and classed father practices", i Eydal, Guðný B. & Tina Rostgaard (red.): *Fatherhood in the Nordic Welfare States – Comparing Care Policies and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Carbado, Devon W. 2013: "Colorblind intersectionality". *Journal of Women in Culture and Society*, 38(4): 811-845.
- Christensen, Ann-Dorte, Morten Kyed, Claus D. Hansen, Sune Q. Jensen, Lotte Bloksgaard & Kent J. Nielsen 2015: "Maskulinitet og sikkerhed i to mandedominerede brancher". *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 17(1): 078–093.
- Christensen, Ann-Dorte & Sune Q. Jensen 2012: "Doing Intersectional Analysis: Methodological Implications for Qualitative Research". *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(2): 109-125.
- Christensen, Ann-Dorte og Sune Q. Jensen 2014: "Combining hegemonic masculinity and intersectionality". *NORMA: International Journal for Masculinity Studies*, 9(1): 60-75.

- Christensen, Ann-Dorte & Sune Q. Jensen 2019a: "Intersectionality", I Gottzén, Lucas, Ulf Mellström & Tamara Shefer (eds.): *Routledge International Handbook of Masculinity Studies*. Routledge.
- Christensen, Ann-Dorte & Sune Q. Jensen 2019b: "Intersektionalitet – begrebsrejsje, kritik og nytænkning". *Dansk Sociologi*, 31(2): 15-34.
- Connell, Raewyn W. 1993: "The Big Picture: Masculinities in Recent World History". *Theory and Society*, 22(5): 597-623.
- Connell, Raewyn W. 1995: *Masculinities*. Polity Press.
- Connell, Raewyn W. & James W. Messerschmidt 2005: "Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept". *Gender and Society*, 19(6): 829-859.
- Courtenay, W. 2000: "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health". *Social Science and Medicine*, 50 (2000): 1385–1401.
- Crenshaw, Kimberle W. 1991: "Mapping the Margins - Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Colour". *Stanford Law Review*, 43(6): 1241- 1299.
- Dolan, Alan 2011: "'You can't ask for a Dubonnet and lemonade': working class masculinity and men's health practices". *Sociology of Health & Illness*, 33(4): 586-601.
- Elder-Vass, Dave (2012): *The Reality of Social Construction*. Cambridge University Press.
- Højgaard, Lis 2010: "Kan man interviewe sig til viden - om køn". *Dansk sociologi*, 21(1): 10-25.
- Iversen, Lars 2016: "Ulighed i sundhed - levekår og livsstil", I Niklasson, Grit (red.): *Sundhed, menneske og samfund*. Samfundslitteratur.
- Jacobsen, Michael Hviid 2007: "Adaptiv teori - den tredje vej til viden: En stående invitation til syntesociologi", I Antoft, Rasmus (red.): *Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag.
- Jensen, Heidi A. R, Michael Davidsen, Sofie R. Møller, Julie E. I. Román, Kamilla Kragelund, Anne I. Christensen & Ola Ekholm 2022: *Danskernes sundhed– Den Nationale Sundheds*

profil 2021. Sundhedsstyrelsen.

Kristiansen, Søren 2015: "Kvalitative analyseredskaber" i Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Layder, Derek 1998: *Sociological Practice – Linking Theory and Social Research*. SAGE Publications.

Madsen, Svend Aage 2014: *Mænds sundhed og sygdomme*. Samfundslitteratur.

Madsen, Svend Aage 2016: "Der er kønsulighed i sundhed så det basker". URL: <https://www.kommunen.dk/artikel/der-er-koensulighed-i-sundhed-saa-det-basker> (Tilgået den 3/2-23).

Marcell, Arik V., Carol A- Ford, Joseph H. Pleck & Freya L. Sonenstein 2007: "Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use". *Pediatrics*, 119(4): e:966-e975.

McCall, Leslie 2005: "The complexity of intersectionality". *Signs*, 30 (3): 1771-1800.

Mellström, Ulf 2004: "Machines and masculine subjectivity". *Men and Masculinities*, 6(4): 368-382.

Mik-Meyer, Nanna 2016: "Magtrelationer i sundhedsarbejdet", I Niklasson, Grit (red.): *Sundhed, menneske og samfund*. Samfundslitteratur.

Mik-Meyer, Nanna & Margaretha Järvinen 2005: "Indledning: kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv", i Mik-Meyer, Nanna og Margaretha Järvinen (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.

Monrad, Merete & Søren Peter Olesen 2018: "Kvalitet & kritik", I Olesen, Søren Peter & Merete Monrad (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Platin, Lars 2007: "Different classes, different fathers? On fatherhood, economic conditions and class in Sweden". *Community, Work and Family*, 10(1): 93-110.

Reinicke, Kenneth 2013: *Mænd. Køn under forvandling*. Aarhus Universitetsforlag.

Ridgeway, Cecilia L. 2009: "Framed Before We Know It. How Gender Shapes Social Relations".

Gender & Society, 23(2): 145-160.

Roos, Gun, Ritva Prattala & Katriina Koski 2001: "Men, masculinity and food: Interviews with Finnish carpenters and engineers". *Appetite*, 37: 47–56.

Sallee, Margaret W. & Frank Harris 2011: "Gender performance in qualitative studies of masculinities". *Qualitative Research*, 11(4): 409-429.

Sundmand Kommuner: "Bliv Sundmand Kommune". URL:
<https://www.sundmandkommuner.dk/bliv-sundmand-kommuner/>
(Tilgået den 15/2-23).

Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann 2015: "Interviewet: samtalen som forskningsmetode", I Brinkmann, Svend & Lene Tanggaard (red.): *Kvalitative metoder. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag.

West, Candace & Don H. Zimmermann 1987: "Doing gender". *Gender and Society*, 1(2): 125-151.

West, Candace & Sarah Fenstermaker 1995: "Doing difference". *Gender & Society*, 9(1), 1995: 8-37.

White, Alan 2011: "Europe's men need their own health strategy". *British Medical Journal*, 343(7834): 1144-1147.

World Health Organization: "Constitution". URL:
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
(Tilgået den 30/5-23)

World Health Organization 2018: *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region*. World Health Organization.

10. Bilagsoversigt

Bilag 1 - Data fra Center for Sundhedsfremmes virksomhedsindsatser

Bilag 1a - Mænd fra virksomhedsindsatserne fordelt på uddannelsesniveau

Bilag 1b - Sammenhængen mellem mænd fra virksomhedsindsatsernes uddannelsesniveau og KRAM-faktorerne

Bilag 1c - Deltagelse i sundhedssamtalerne på virksomhederne

Bilag 1d - Smerter i kroppen blandt mænd fra virksomhedsindsatserne

Bilag 2 - Rekrutteringstekst til virksomhederne

Bilag 3 - Samtykkeerklæring

Bilag 4 - Interviewguide

Bilag 5 - Interviewtransskriptioner

Bilag 5a - Calle

Bilag 5b - Jan

Bilag 5c - Morten

Bilag 5d - Per

Bilag 5e - Mikkel

Bilag 5f - Finn

Bilag 5g - Bo

Bilag 5h - Kent