

A young girl with long, dark, wavy hair is shown in profile, looking out of a window. She is resting her chin on her hand. The scene is dimly lit, with light coming from the window, creating a contemplative and somewhat somber mood. The background outside the window is blurred, showing trees and foliage.

En ensom kamp

*Et indblik i fattige
børns oplevelse
af sundhed*

SPECIALE

Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet
*Lene Hammer-Helmich
og Kristine Sørensen*

**ET INDBLIK I FATTIGE BØRNS OPLEVELSE
AF SUNDHED
EN ENSOM KAMP**

LENE HAMMER-HELMICH

&

KRISTINE SØRENSEN

**SPECIALE
FOLKESUNDHEDSVIDENSKAB
KØBENHAVNS UNIVERSITET
2005**

ET INDBLIK I FATTIGEBØRNS OPLEVELSE AF SUNDHED

EN ENSOM KAMP

© LENE HAMMER-HELMICH & KRISTINE SØRENSEN

REVIDERET UDGAVE

PRINTED IN DENMARK 2005

hammerhelmich@tiscali.dk

kristine@get2net.dk

Denne publikation kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver publikationen, bedes sendt til forfatterne.

RESUMÉ

Baggrund: Social ulighed i sundhed har konsekvenser for børn, der vokser op i fattigdom. Eksempelvis påvirkes børnenes sundhed i forhold til langvarige helbredsproblemer, psykosomatiske symptomer og funktionsnedsættelse. Derudover har børnene højere risiko for at mislykkes i skolen, blive afhængig af stoffer og begå kriminelle handlinger. Mindst 40.000 børn i Danmark vokser op i fattigdom og er dermed i en udsat position i forhold til sundhedsmæssige konsekvenser af social ulighed. I regeringens folkesundhedsprogram understreges det, at samfundet har et ansvar over for de svageste, men spørgsmålet er, hvordan børn fra fattige familier selv oplever deres sundhed. Kun få studier har forholdt sig til betydningen af fattigdom set med børns egne øjne, ligesom fattige børns egne refleksioner over deres sundhed er sparsomt belyst.

Formål: Formålet med nærværende undersøgelse er at afdække, hvordan børn fra fattige familier oplever deres egen sundhed. Dette søges belyst ud fra, hvad børnene forstår ved sundhed, og hvordan de oplever deres egen sundhed i hverdagen.

Design og metode: Undersøgelsen er baseret på kvalitative interviewdata, der underkastes en fænomenologisk analyse på baggrund af Hycners retningslinier. Ni børn i alderen 12-13 år deltog i undersøgelsen. Data er indhentet ved hjælp af to ustrukturerede interviews pr. barn foretaget med en ca. uges mellemrum. Inklusionskriterierne var børn i alderen 11-15 år, som kom fra hjem med en årlig indkomst under 145.000 kr.

Resultater: Essensen af børnenes oplevelse af sundhed er, at de er bevidste om, hvad der skal til for at trives og være sunde og raske, men samtidig oplever de, at deres ønsker og behov er svære at få opfyldt på grund af ydre omstændigheder og egne begrænsninger. Familien er det vigtigste for sundhed, men den er til tider utilstrækkelig eller fraværende. Børnene finder indhold i hverdagen gennem venskaber og interesser, men de oplever begrænsninger i deres udfoldelsesmuligheder, idet de færdes i et hårdt miljø, hvor børnene ofte oplever, at de er alene om at løse deres problemer. Det er en personlig kamp for det enkelte barn at bevare selvværdet og selvtilliden. For børnenes oplevelse af sygdom er det hyppigheden og varigheden, der har betydning, idet al sygdom er "slem". De kender sundhedsbudskaberne, men sundhed er ikke noget, der har betydning i det daglige, idet børnene har svært ved at leve op til disse budskaber.

Konklusion: De fattige børns sundhedsopfattelser adskiller sig ikke fra andre børns, men de møder flere sundhedsmæssige barrierer i hverdagen end andre børn. Til trods for politiske hensigter, viser det utilstrækkelige fællesskab, familiens sårbarhed og børnenes kamp for selvtillid, sig at blive en trussel for børnenes sundhed. Hvis ingen griber ind med en støttende indsats overfor børn fra fattige familier, vil børnenes situation sandsynligvis ikke forbedres. Undersøgelsens fund tyder på, at børnene tilpasser sig de fattige levekår uden at tiltrække sig opmærksomhed. Deres stræben efter sundhed i en kompleks hverdag er en ensom kamp.

ABSTRACT

Background: Social inequality in health has consequences for the children growing up in poverty. The health of these children is e.g. affected with respect to long term health problems, psychosomatic symptoms and disabilities. Moreover the children are at higher risk of failing at school, getting addicted to drugs and to committing crime. At least 40.000 children in Denmark grow up in poverty, and are hence in a vulnerable situation with regards to the health consequences of social inequality. The public health programme of the Danish government emphasizes the responsibility of the society towards the most vulnerable. The question, though, is how children from poor families experience their own health. Only a few studies have taken the view point of children with regard to poverty as well as little research has been done on poor children's own perceptions of health.

Objective: The aim of this study is to reveal how children from poor families experience their own health by looking into 1. the children's concepts of health and 2. the children's perception of their own health.

Design and method: The study is based on qualitative interviews, which are analyzed from a phenomenological approach based on Hycner's guide lines. Nine children at the age of 12-13 years participated in the study. Data was collected in terms of two unstructured interviews per child. The interviews were separated in time by about one week. Inclusion criterions were children aged 11-15 years from families with an annual income below 145.000 Dkr.

Results: The essence of the children's experiences regarding health is that the children are aware of what is required in order to be healthy and feel well. However, at the same time their desires and needs are difficult to fulfil due to their deprived circumstances and own limitations. The family is pinpointed as the most important condition for health, but it proves sometimes to be insufficient or even not present. The children find substance in their daily lives through friendships and interests and hobbies. However, their possibilities for development are limited due to a rough environment. It is a personal struggle for the individual child to maintain self esteem and self-confidence. With regard to illness, the children consider the frequency and the length to be central issues as well as all kind of illness is considered 'bad'. They are aware of health promotion, but health is not considered on the daily basis, as the children find it hard to fulfil the normative health obligations.

Conclusion: The health experience of the poor children does not differ from that of other children, but they are faced with more health wise barriers in their daily lives than other children. The social network of the family, neighbourhood and community is insufficient and the vulnerability of the family and the children's struggle for self-confidence adds up to become barriers for the health of the child despite political statements. If nobody provides a supporting effort towards children from poor families the condition of the children is most likely not to be improved. The findings of the study indicate that children adjust to poor conditions of life without attracting attention. Achieving health in a complex life setting becomes a lonely struggle.

FORORD

Dette speciale har taget sin form i perioden februar til juli 2005.

Det har været intenst, spændende og krævende at undersøge børn fra fattige familiers sundhed, og igennem hele processen har lysten, engagementet og videbegærligheden samt vores gode samarbejde været en drivkraft.

En stor tak skal lyde til de børn, som velvilligt lod os få et indblik i deres livsverden og holdninger om sundhed. Desuden ønsker vi at takke vores vejledere, adjunkt Ulla Christensen og professor Bjørn Holstein ved afdelingen for Social Medicin, Københavns Universitet, for inspirerende og lærerig vejledning og støtte undervejs. Endvidere takker vi de nøgleinformanter, som stillede deres viden om fattigdom og sundhed til rådighed samt Frelsens Hær og personalet i den provinskommune, som hjalp os med kontakter til undersøgelsens fattige børn.

Ikke mindst står der tilbage at takke vores tålmodige familier.

Jakob og Jesper, tak fordi vi fik lov at gå linen ud og gøre drømmen om en grundig undersøgelse af vores problemstilling til virkelighed. Tak til vores børn: Sofia; Jakob og Rasmus, som glæder sig til at få deres mødres opmærksomhed tilbage.

Lene Hammer-Helmich & Kristine Sørensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING OG FORMÅL	8
2	GENSTANDSFELT	9
2.1	FATTIGDOM	9
2.2	SUNDHED	12
3	ERKENDELSESPPOSITION	14
3.1	FAGLIGE KVALIFIKATIONER OG KOMPETENCER	15
3.2	PROFESSIONELLE OG PERSONLIGE ERFARINGER	15
4	DESIGN OG METODE	16
4.1	FÆNOMENOLOGI SOM METODOLOGI	16
4.2	FORUNDERSØGELSE	17
4.3	UDVÆLGELSE OG REKRUTTERING	17
4.4	GENNEMFØRELSE AF INTERVIEWS	18
4.5	BEHANDLING AF INTERVIEWDATA	21
4.6	FÆNOMENOLOGISK ANALYSE I PRAKSIS	22
4.7	UNDERSØGELSENS ETISKE FORUDSÆTNINGER	26
5	FATTIGE BØRNS OPLEVELSE AF SUNDHED	27
5.1	FAMILIEN ER DET VIGTIGSTE, MEN DEN ER UTILSTRÆKKELIG	28
5.2	VENSKABER OG INTERESSER MED BEGRÆNSNINGER	30
5.3	FÆRDES I ET HÅRDT BØRNEMILJØ	32
5.4	ALENE OM AT LØSE PROBLEMERNE	33
5.5	PERSONLIG KAMP FOR SELVTILLID OG SELVVÆRD	34
5.6	SYGDOM OPGØRES I HYPPIGHED OG VARIGHED	35
5.7	SUNDHED ER IKKE NOGET, MAN TÆNKER OVER	37
5.8	SEKSUELLE KRÆNKELSER	37
6	DISKUSSION AF RESULTATER	38

6.1	BØRNENES OPLEVELSE AF SUNDHED	38
6.2	DEN ENLIGE, SÅRBARE MOR	40
6.3	DET HÅRDE BØRNEMILJØ	44
6.4	DEN SPARSOMME VOKSENKONTAKT	46
6.5	DEN ENSOMME KAMP FOR SUNDHED	48
6.6	SYNTESE AF DISKUSSIONEN AF RESULTATER	49
7	DISKUSSION AF DESIGN OG METODE	50
7.1	TROVÆRDIGHED	50
7.2	PÅLIDELIGHED OG MULIGHED FOR BEKRÆFTELSE	55
7.3	OVERFØRBARHED	58
7.4	ETISKE FORDRINGER	58
8	PERSPEKTIVERENDE DISKUSSION	59
8.2	FATTIGDOM OG SUNDHED I FORHOLD TIL LIVSFORLØBET	60
8.3	DET FÆLLES ANSVAR	61
8.4	IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS	62
8.5	IMPLIKATIONER FOR FREMTIDIG FORSKNING	64
9	KONKLUSION	64
10	REFERENCER	66
	BILAG 1: BØRNEPROFIL	73
	BILAG 2: INFORMERET SAMTYKKE	74

1 INDLEDNING OG FORMÅL

Social ulighed i sundhed blandt børn og unge udgør et væsentligt problem, dels fordi børnenes helbred påvirkes i barndommen, og dels fordi konsekvenserne af social ulighed rækker langt ind i voksenlivet og påvirker helbredet også på længere sigt (Logan & Spencer, 2000; Spencer, 2003). Forskning har vist, at fattigdom som et element af den sociale ulighed har konsekvenser for børns sundhed i forhold til eksempelvis langvarige helbredsproblemer, psykosomatiske symptomer og funktionsnedsættelse, ligesom børn, der vokser op i fattigdom, har højere risiko for at mislykkes i skolen og udvikle afhængigheder samt begå kriminelle handlinger (Janson et al., 2001). Dertil kommer, at børn fra familier med lav socioøkonomisk status rapporterer flere fysiske og psykiske symptomer, end børn fra familier med høj socioøkonomisk status (Due et al., 2003). Ulighed i sundhed er fortsat et problem i Europa til trods for, at de europæiske landes totale realindkomst er mere end fordoblet siden 1950. Samtidig er en betydelig del af familierne så fattige, at børnenes sundhed, opvækst og udvikling er i farezonen (Janson et al., 2001).

I "Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10", herefter benævnt Folkesundhedsprogrammet, understreger regeringen, at social lighed i sundhed er en grundlæggende værdi i et velfærdssamfund (Regeringen, 2002). Det fremgår, at samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte gruppe, samt at der bør gøres en indsats for at reducere social ulighed i sundhed. En europæisk undersøgelse viser imidlertid, at bekymringen for levestandarden i marginalt stillede grupper er langt mindre i Danmark end i de øvrige lande. Det viser sig blandt andet ved, at danskerne har den *klart laveste* andel, der finder det "*vigtigt, at samfundet sørger for at udjævne store indkomstforskelle*", og som mener, at "*det er meget vigtigt, at samfundet sørger for, at alle får opfyldt deres basale behov*" (Huset Mandag Morgen & TrygFonden, 2004). Forskerne bag undersøgelsen forklarer danskernes holdning med, at de grundlæggende problemer er relativt små sammenlignet med de øvrige lande, og at danskerne ligeledes betragter dem som sådan (Huset Mandag Morgen & TrygFonden, 2004). Denne betragtning er på sin vis korrekt, idet det danske fattigdomsproblem relativt set er lille. Danmark er ifølge UNICEF (2005) det land i verden, hvor færrest børn lever i fattigdom.

Fattigdom er imidlertid stadig en trussel mod sundheden for det enkelte barn, og nyere dansk fattigdomsforskning viser, at mindst 40.000 børn i Danmark vokser op i fattigdom (Hussain, 2004). Sloth (2004) finder endvidere, at børn fra fattige familier trods

velfærdssamfundets rammer oplever at være afskåret fra den levestandard, der er ”normen” i Danmark i dag

Kun få studier har som Sloths undersøgelse forholdt sig til fattigdom set med børns egne øjne, ligesom fattige børns egne refleksioner over deres sundhed er sparsomt belyst. Kendskab til fattige børns livsverden rummer imidlertid potentialet til en dybere forståelse af, hvordan fattigdom påvirker børnenes sundhed. Formålet med nærværende speciale er derfor at afdække følgende problemstilling:

Hvordan oplever børn fra fattige familier deres sundhed?

Problemstillingen tager dels afsæt i *hvad* børnene forstår ved sundhed, og dels *hvordan* de selv oplever deres egen sundhed i hverdagen. Den belyses ved hjælp af en fænomenologisk interviewundersøgelse med børn i alderen 12-13 år fra familier med lav indkomst med henblik på at sætte det enkelte barns oplevelse af sundhed i fokus.

2 GENSTANDSFELT

2.1 FATTIGDOM

Ønsket om at afklare og definere begrebet fattigdom har særligt i de industrialiserede lande gennem flere århundreder hængt sammen med ønsket om at kontrollere og reducere fattigdom. Der hersker imidlertid stor uenighed om, hvad fattigdom er, og hvem der er fattige, hvilket naturligvis præger de politiske strategier til bekæmpelse af fattigdom (Townsend, 1993). Der skelnes mellem to dimensioner i fattigdomsdiskussionen: Hvordan fattigdom defineres, og hvorvidt der er tale om et absolut eller relativt begreb.

2.1.1 DEFINITION AF BEGREBET FATTIGDOM

Tre ideer er herskende i diskussionen om definitionen af begrebet fattigdom (Townsend, 1993). Den mest snævre definition kom til udtryk i Storbritannien i begyndelsen af 1900-tallet i forsøget på at definere de fattiges behov. Den bygger på ideen om, at et minimum af nødvendige ressourcer til opretholdelse af en fysisk funktion kan fastsættes, et såkaldt eksistensminimum. Definitionen af fattigdom ud fra et eksistensminimum er blevet kritiseret, idet mennesket her reduceres til blot at være fysiske organismer, der forbruger energi og ikke producenter eller aktive deltagere i et samfund. I et forsøg på at tage højde

for en sådan deltagelse i samfundet udvikledes i 1970-erne et bredere begreb, der definerer fattigdom ud fra manglende ressourcer til at dække basale behov. Til forskel fra ideen om et eksistensminimum inkluderes her de ydelser, samfundet bidrager med såsom rent drikkevand, offentlig transport med mere. Herved betragtes individet i konteksten af det lokalsamfund, som det lever i. Der er dog i denne definition ikke taget højde for det sociale element af en aktiv deltagelse i samfundet, hvor mennesker forventes at leve op til en række sociale krav og forpligtelser som borgere, medarbejdere, naboer, venner, partnere og forældre.

I et forsøg på at tage højde for såvel aktiv deltagelse i samfundet som sociale forventninger fra samfundet definerer den engelske fattigdomsforsker Townsend fattigdom således:

”People are relatively deprived if they cannot obtain, at all or sufficiently, the conditions of life – that is, the diets, amenities, standards and services – which allow them to play the roles, participate in the relationships and follow the customary behaviour which is expected of them by virtue of their membership of society. If they lack or are denied resources to obtain access to these conditions of life and so fulfil membership of society they may be said to be in poverty” (Townsend, 1993, s.36).

Dermed lægges vægten i fattigdomsbegrebet på at kunne *deltage* i samfundet og føre en livsstil, som er almindelig i det samfund, man er en del af, og selve fattigdommen bliver et spørgsmål om mangel på ressourcer hertil. Det er denne betydning af fattigdomsbegrebet, nærværende undersøgelse baseres på.

2.1.2 ET ABSOLUT ELLER RELATIV BEGREB?

Den anden dimension i fattigdomsdiskussionen er, hvorvidt fattigdom skal defineres absolut eller relativt i forhold til det samfund, man lever i. Som ordlyden i ovenstående definition indikerer, tager Townsend udgangspunkt i, at fattigdom er relativt, idet den enkeltes behov og dermed også fattigdom bestemmes af normerne i det omkringliggende samfund. Townsend hævder, at fattigdomsdiskussionen til enhver tid har foregået i en kontekst af et samfund, der fastsætter normer, og hvor fattigdom tillige er styret af prisniveauet på de basale nødvendigheder (Townsend, 1993).

Sen (1983) derimod skelner i sin forståelse af fattigdom mellem på den ene side det basale og absolutte menneskelige behov for at kunne deltage aktivt i samfundet, og på den anden side det relative behov for ressourcer, der skal til i en given situation for at få opfyldt det

absolutte behov. Han placerer sig således i den "absolutte" tradition, skønt hans fattigdomsforståelse rummer den sociale dimension. Han påpeger tillige faren ved at anskue fattigdom som noget relativt, idet det dermed bliver manipulerbart. Således kan man blot ved at ændre på niveauet for de relative og samfundsbestemte behov mindske fattigdomsproblemet uden egentlig at gøre noget ved det (Sen, 1983). I nærværende undersøgelse tages ikke stilling til, hvorvidt de fysiske og sociale behov, som Townsend og Sen er enige om, i yderste konsekvens bør anses som absolutte eller relative.

2.1.3 BØRNS FATTIGDOM

Selvom både Sen (1976; 1983) og Townsend (1993) påpeger det problematiske i at formulere et simpelt mål for fattigdom i form af en indtægtsgrænse, der indikerer, hvem der er fattige, så er sådanne mål alligevel de mest anvendte i praksis. Eksempelvis anvender UNICEF et fattigdomsmål, der tager udgangspunkt i husstandens disponible indkomst vægtes i forhold til antallet af voksne og børn i husstanden. Fattigdom defineres her som en indkomst mindre end 50 % af medianindkomsten i det enkelte land (UNICEF, 2005), mens EU benytter 60 % af en sådan medianindkomst som fattigdomsmål (Hussain, 2004).

Hussain finder, at omkring 40.000 børn i Danmark i 2002 levede i fattigdom ifølge UNICEFS fattigdomsmål, mens tallet er 90.000, hvis EU's fattigdomsmål anvendes. Han anvender tillige et tredje begreb, implicit fattigdom, som han definerer som en samlet disponibel indkomst mindre end summen af kontanthjælp efter skat, børnerelaterede ydelser og boligstøtte til en familie berettiget til kontanthjælp. Andelen af børn, der i 2002 var fattige ifølge dette mål, svarede cirka til andelen af børn, der var fattige ifølge EU's mål (Hussain, 2004).

Med inspiration fra Townsend har Hansen og Hansen (2004) opstillet et budget for et nødvendigt og beskedent forbrug i forhold til en aktiv deltagelse i samfundet, med udgangspunkt i Forbrugerstyrelsens standardbudget. Dette svarer til Norges og Sveriges standardbudgetter. På baggrund af dette budget påpeger de, at kontanthjælpsmodtagere kan få svært ved, at opretholde et acceptabelt levestandard, hvis deres boligudgifter er så høje, at de modtager boligsikring, idet der er blevet fastsat et loft over kontanthjælpen, som medregner boligsikring (Hansen & Hansen, 2004).

Hussains ovennævnte implicite fattigdomsmål er valgt som kriterium for deltagelse i

undersøgelsen. Skønt børn i nærværende undersøgelse er analyseenhed, er det ifølge Bradbury et al. (2001) hensigtsmæssigt at anvende husstandens indkomst som mål for fattigdom, idet børnenes levestandard forventes at følge husstandens. Mere specifikt er det således husstandsindkomsten for børnenes bopæl, der benyttes som kriterium.

2.2 SUNDHED

Sundhed defineres i nærværende undersøgelse ud fra WHO's definition fra 1948:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”
(www.who.int).

Denne definition er valgt, fordi den er et internationalt anerkendt politisk standpunkt, som i vid udstrækning præger det danske samfunds indsats i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Dertil kommer, at det i nærværende undersøgelse er hensigtsmæssigt at vælge et bredt sundhedsbegreb med henblik på at kunne rumme variationen i børns sundhedsopfattelser.

2.2.1 KRITIK AF WHO'S SUNDHEDSBEGREB

I sundhedsforskningsregi er der ikke konsensus om WHO's definition. Bonnevie (1973) anfægter definitionen for at være for uklar, idet den antyder, at man først må eliminere enhver form for morbid eller defekt tilstand, før man kan tale om at være sund. Herudover peger Bonnevie på to kvaliteter ved definitionen: For det første at sundhedstilstanden refererer til den enkeltes individuelle tilstand og ikke standardiserede målbare sundhedskarakteristika, for det andet at mennesket i WHO-definitionen anskues som en enhed af biologiske, psykologiske og sociologiske elementer, frem for blot at anskue mennesket ud fra det biomedicinske perspektiv (Bonnevie, 1973).

Antonovsky (1995) anfægter WHO's definition moralsk for at indebære, at alt i livet knyttes til et sundhedssystemisk ansvar. Han præsenterer en frygt for, at systemet kan misbruge positionen til at definere, hvilken adfærd eller holdning der anses for korrekt og dermed give anledning til fordømmelse af et mindretal i befolkningen, som ikke normativt følger majoriteten.

Nordenfelt (1993; 1986) er mere vidtgående og fjerner sig fra WHO-definitionens tanke om stræben efter velbefindende og fokuserer i stedet på funktionsevnen. Han definerer

sundhed i forhold til at P er sund, hvis og kun hvis, P har funktionsevnen, under givne omstændigheder, til at virkeliggøre sine vitale mål. Og P er usund (eller syg), hvis og kun hvis P, under givne omstændigheder, ikke er i stand til at virkeliggøre sine vitale mål eller kun til en hvis grad kan realisere dem (Nordenfelt, 1993; 1996). Wachterhausen (1994) introducerer med sit *åbne* sundhedsbegreb en lignende definition, hvor sundhed her omfatter det at have handlekapacitet eller at besidde handlemuligheder, der er individ- og kulturrelativ og som gør den enkelte i stand til at virkeliggøre sine mål:

”Sundhed er evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af et subjekts sundhed – kvaliteten af generaliseret handlekapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbundne handlefærdigheder” (Wachterhausen, 1994, s. 50).

2.2.2 DET POLITISKE STANDPUNKT

I forbindelse med en redegørelse om det første folkesundhedsprogram (Brinck & Kamper-Jørgensen, 1991) forklares ”nye tanker” om sundhed på følgende måde: Sundhed er kraft og styrke ifølge gammel dansk sprogbrug, sundhed er ikke blot noget fysisk og kropsligt, men også noget psykisk og socialt. Der er tale om samspil, hvor krop og sjæl ikke kan adskilles, samspil mellem det enkelte menneske og de totale omgivelser, som mennesket lever i, hvor samspillene er dynamiske, og sundhed ikke er en én gang for alle givet statisk tilstand. Sundhed er et kulturelt begreb og kan ses som en egenskab eller en ressource til at forfølge personlige mål og klare de sociale og miljømæssige udfordringer. Som et bevidst, handlende væsen kan mennesket selv gribe ind før noget går galt og efter at noget er gået galt samt selv gøre noget for at udvikle og bevare sundheden. Sundhed identificeres mere og mere med livskvalitet og målet om at opnå et godt liv (Brinck & Kamper-Jørgensen, 1991).

I den nuværende regeringens folkesundhedsprogram opfordres der til, at alle vedkender sig et fælles ansvar for sundheden og handler herudfra:

”Sundhed skabes i et sammenspil mellem den enkelte, familien, og de små og store netværk og fællesskaber, som den enkelte indgår i” (Regeringen, 2002, s.6).

Disse relationer anses som vigtige, idet de præger holdninger, livssyn og adfærd. Sundhed skabes desuden af levekår og af rammerne for livet i forhold til eksempelvis boligforhold, arbejdsmiljø, det ydre miljø, fødevarerikkerhed og sundhedsvæsenets tilbud (Regeringen,

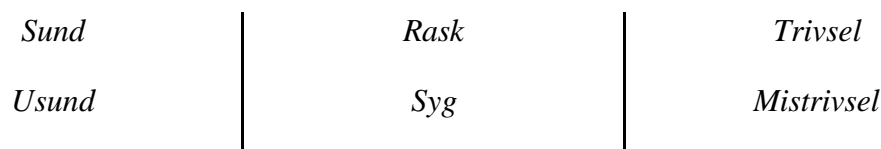
2002).

Til trods for sine svagheder synes WHO's brede definition med udgangspunkt i individet at være den mest oplagte til at indfange spændvidden i børnenes oplevelse af sundhed set i forhold til Nordenfelts og Wachterhausens snævre fokus på handlekompetence og folkesundhedsprogrammernes multifaktorielle samfundsmæssige perspektiv på sundhed.

2.2.3 VARIATION I BEFOLKNINGENS OPFATTELSE AF SUNDHED

Empiriske studier har vist, at sundhed i befolkningen opfattes som et implicit multidimensionelt begreb, hvor forståelserne spænder vidt fra skæbnetro, adfærd og livsstil over psykosocial velvære til en mekanistisk opfattelse, hvor sundhed er at passe på sin krop og tro på egen kontrol over sygdom og sundhed (Otto, 1994). Blaxter (1990; 1997) finder i sine undersøgelser af sundhedsopfattelser i den britiske befolkning, at sundhed ikke er sygdoms modsætning, og at sundhedsbegrebet inkluderer mere end sygdomsaspektet. Radley og Billig (1996) angiver, at menneskers sundhedsopfattelser er komplekse størrelser, som udover at omfatte individets fysiske tilstand og syn på forebyggende adfærd tillige er et udtryk for den pågældende persons livsverden. D'Houtard og Field (1984) finder en socioøkonomisk dimension i sundhedsopfattelser, hvor svarene fra højere socialklasser er mere positive, personlige og udtryksfulde end svar fra lavere socialklasser, der har en mere negativ, social og instrumentel karakter. Endvidere finder de en spredning i sundhedsopfattelser uafhængigt af socialklasserne varierende fra sundhed som fravær af sygdom over psykologisk velbefindende til sundhed som hedonistisk livsstil (D'Houtard og Field, 1984).

Med inspiration fra ovennævnte studier bliver det operationelt anvendeligt i nærværende undersøgelse at betragte WHO's sundhedsbegreb ud fra tre dialektiske aspekter:



Figur 1: Operationelle dialektiske aspekter ud fra WHO's definition og lægfolks definitioner.

3 ERKENDELSESPOSITION

Erkendelsespositionen former de perspektiver, der tillægges en undersøgelse (Dahlager,

2005). Det vil sige, at den påvirker alle dele af specialet lige fra konstruktion af genstandsfeltet over udarbejdelsen af selve undersøgelsen til den endelige tolkning af resultaterne. Det er derfor vigtigt at foretage en kritisk refleksion over erkendelsespositionen med henblik på at synliggøre den og mindske dens ubevidste indflydelse på undersøgelsen (Malterud, 2001).

3.1 FAGLIGE KVALIFIKATIONER OG KOMPETENCER

Undersøgelsen er udarbejdet som det afsluttende speciale af to studerende på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet. Folkesundhedsvidenskab er en tværvideenskabelig uddannelse med elementer fra sundhedsvidenskab, samfundsvidenskab, naturvidenskab og humaniora. Et bredt kendskab til de folkesundhedsvidenskabelige teorier og færdigheder indenfor arbejdet med befolkningens sundhedsproblemer i relation til dens almindelige levekår danner grundlag for undersøgelsen. Herunder ligger kendskab til blandt andet teorier om marginalisering og socialt udstødte, social ulighed i sundhed, børns sundhed, selvrapporeret helbred og sundhedsadfærd. Dertil kommer kendskab til og erfaring med metoder indenfor såvel den kvalitative som den kvantitative forskningstradition. Undersøgelsen tager derfor afsæt i det tværvideenskabelige krydsfelt mellem især samfunds- og sundhedsvidenskaberne, der rummer børn, deres oplevelse, fattigdom, sundhed, sygdom og trivsel.

3.2 PROFESSIONELLE OG PERSONLIGE ERFARINGER

De personlige erfaringer, der måtte have betydning for undersøgelsen bunder i beskæftigelse med arbejdsområder inden for social- og sundhedsvæsenet og i forhold til børn og unge. Herudover er erfaringer erhvervet gennem et omfattende frivilligt engagement i tilknytning til en række forskellige organisationer. Erfaringerne har bidraget med kendskab til social- og sundhedsvæsenets funktion, kendskab til børn og unges hverdag i Danmark og i andre lande samt kendskab til fattigdom i u-lande.

Specialets problemstilling afspejler således en forkærlighed for at beskæftige sig med børn og med socialt udsatte mennesker i Danmark og andre lande. Dertil kommer en række mere eller mindre bevidste for-domme eller stereotype opfattelser, som typisk opstår, når man beskæftiger sig med en målgruppe uden selv at være en del af målgruppen (Fog 2004).

4 DESIGN OG METODE

4.1 FÆNOMENOLOGI SOM METODOLOGI

Metodologi er de underliggende antagelser, som undersøgelsens fremgangsmåde hviler på. Disse antagelser styrer, hvilke forklaringstyper der anses for tilfredsstillende (Andersen, 2003). Det metodologiske perspektiv i nærværende undersøgelse er fænomenologien, og der tages udgangspunkt i Zahavis gengivelse af Husserls, Heideggers og Merlau-Pontys begreber (Zahavi, 2003). Ifølge Zahavi er fokus for en fænomenologisk undersøgelse det, der viser sig ved sig selv, og det er gennem perceptionen eller oplevelsen at genstanden direkte præsenterer sig:

”Genstandens realitet søges således ikke bag dens fremtrædelse, som om denne fremtrædelse på en eller anden måde skjulte den virkelige genstand... Ønsker vi at fatte genstandes virkelige beskaffenhed, bør vi tværtimod interessere os for den måde, som den manifesterer og fremtræder på” (Zahavi, 2003, s. 15)

En fænomenologisk undersøgelse bygger ikke på det, som man forventer at finde givet et teoretisk standpunkt, og den tager derfor ikke udgangspunkt i på forhånd udvalgte teoretiske retninger eller videnskabelige hypoteser. Den lader sig styre af det, som umiddelbart foreligger, og det bliver dermed erfaringerne, det vil sige genstanden som fænomen, der bestemmer teorierne (Zahavi, 2003).

Den fænomenologiske undersøgelse er undersøgelsen af, hvordan man forstår og erfarer noget. Den søger at blotlægge det essentielle i subjektets oplevelse af den genstand, der undersøges. Fokus for nærværende undersøgelse er børnenes oplevelse af deres sundhed, og den er et forsøg på at få indblik i essensen af på den ene side, hvordan børnene forstår sundhed og på den anden side, hvordan de erfarer den. Fænomenologien forudsætter, at mennesket er i verden, er engageret i sociale relationer samt har en selvforståelse og en forståelse af den verden, det lever i (Zahavi, 2003). Undersøgelsen tager derfor udgangspunkt i det enkelte barns livsverden, der søges forstået gennem et indblik i deres hverdagsliv. Gennem mangfoldigheden af erfaringer, der tilsammen danner meningssammenhænge, undersøges således børnenes sociale virkelighed for så vidt som den opleves, erfares og formes af børnene selv:

”Jeg vil gerne forstå verden fra dit synspunkt. Jeg vil gerne vide, hvad du ved, på samme måde som du ved det. Jeg vil gerne forstå betydningen af dine oplevelser, være i dine sko, føle tingene ligesom

du føler dem, forklare tingene, ligesom du forklarer dem. Vil du være min lærer og hjælpe mig til at forstå?” (Kvale, 1997 s. 130).

4.2 FORUNDERSØGELSE

Med henblik på at udfordre erkendelsespositionen og opnå større indblik i genstandsfeltet, indledtes undersøgelsen med en litteratursøgning. Desuden blev relevante personer, der havde kendskab til fattigdom og børns sundhed interviewet.

Litteratursøgningen er foretaget i databaserne PubMed, PsycINFO, DPBase, bibliotek.dk, Google samt Den sociale Højskoles biblioteksdatabase ved en systematisk søgning på en række søgeord og forfatternavne med relevans for problemstillingen. Efter afsluttet analyse er litteratursøgningen gentaget, nu med fokus på udvalgte temaer fremkommet i undersøgelsens resultater.

Der blev i alt foretaget fem forberedende interviews med nøgleinformanter. En nøgleinformant har i kraft af erfaringer eller egenskaber mulighed for at give et særligt grundigt indblik i den gruppe, som studeres (Maunsback & Lunde, 2001).

Forskningsassistent Dorthe Agerlund Sloth fra Socialforskningsinstituttet bidrog med viden om børn, som vokser op i familier med lav indkomst. Lektor Bente Jensen fra Danmarks Pædagogiske Universitet gav mulighed for en diskussion om forskning med børn og viden om børns sundhed og sårbarhed. Sundhedsplejerske Marianne Stoltenberg fra Korsør Kommune bidrog med viden om børns sundhed i praksis og familiekonsulent Joan Münch fra Frelsens Hærs Socialtjeneste uddybede fattigdommens konsekvenser for børnefamilier i Danmark. Herudover har vejledere adjunkt Ulla Christensen og professor Bjørn Holstein fra afdelingen for Social Medicin på Institut for Folkesundhedsvidenskab inspireret med viden om marginalisering og børns sundhed generelt. Forundersøgelsen afsluttedes med et interview med en 11-årig pige, som ikke var fra en fattig familie, med henblik på at opnå et konkret indblik i børns livsverden og opfattelse af sundhed, sygdom og trivsel.

4.3 UDVÆLGELSE OG REKRUTTERING

Hensigten med brug af kvalitative forskningsinterviews er ofte at få illustreret et fænomen så nuanceret som muligt og udvælgelsen bør derfor ske i forhold til det fænomen, der skal belyses (Schmidt & Dyhr, 2003). Ydermere er det afgørende for kvaliteten af

informationerne, at interviewpersonerne 1) har viden, 2) har erfaring om et eller flere af forskningsemnets aspekter, 3) kan reflektere over emnet, 4) kan formulere sig om det, 5) har tid til at blive interviewet og 6) har lyst til at deltage i undersøgelsen (Maunsbach & Lunde, 2001).

Dataindsamlingen er i nærværende undersøgelse baseret på en homogen udvælgelse i forhold til kriterierne alder og familiens indkomst, hvilket i praksis vil sige en målgruppe af 11-15-årige børn med forældre på kontanthjælp eller med tilsvarende indtægt. Den nedre aldersgrænse er fastsat i forhold til børnenes refleksionsniveau og den øvre grænse i forhold til, at børnene skal være økonomisk afhængige af husstandens indkomst. Det vil sige, at de ikke må være så gamle, at de tjener deres egne lommepenge i større omfang.

I forbindelse med udarbejdelsen af en rekrutteringsstrategi kom nøgleinformanterne med værdifulde input. Fordelen ved en direkte kontakt til børnene blev påpeget, idet erfaringer viste, at afhængighed af mellemlid udgjorde en barriere i form af professionelle persons tidsmæssige og moralske forbehold overfor at etablere kontakt til fattige familier.

Rekrutteringsstrategien var derfor at etablere en *direkte* kontakt til børnene gennem opslag i supermarkeder og dels at skabe kontakt til børnene og deres familier gennem hjælpeorganisationer, væresteder og kommunale instanser, som havde kendskab til børnene eller deres familier.

Resultatet af rekrutteringsstrategien udmøntede sig i seksten interesserede børn, hvoraf syv blev selekteret fra, fordi de ikke faldt inden for undersøgelsens målgruppe. I undersøgelsen indgår således ni børn, hvoraf syv er rekrutteret gennem Frelsens Hær og kommer fra fem forskellige områder i Storkøbenhavn, mens to er rekrutteret igennem et værested og kommer fra en provinskommune. To af børnene er søskende. Der er fire drenge og fem piger. Syv børn er tolv år og to er tretten år. Børnene følger 5.-7. klassetrin i folkeskolen eller i en specialskole. Det vurderes, at de inkluderede børn i undersøgelsen lever i familier med lav indkomst, idet forældre har tilkendegivet en årsindkomst mindre end 145.000 kr., og for størstedelen af børnene gælder det, at forældrene er på kontanthjælp. En beskrivelse af børnenes profil er vist i bilag 1.

4.4 GENNEMFØRELSE AF INTERVIEWS

På anbefaling af en nøgleinformant er undersøgelsen gennemført ved hjælp af to

forskningsinterviews for hvert barn. I praksis er hvert barn således interviewet to gange med cirka en uges mellemrum. Opsplittelsen af interviews i to dele er gjort dels for at opnå en større fortrolighed med barnet og dels for at undgå de meget lange interviews, hvor barnet mister koncentrationen undervejs. Af hensyn til barnets tryghedsfølelse var kun én interviewer til stede ved hvert interview (Fog, 2004) med undtagelse af det allerførste interview i undersøgelsen. Her deltog begge interviewere for at opnå konsensus om interviewformen og sikre, at de efterfølgende interviews ikke adskilte sig fra hinanden med hensyn til interviewteknik.

4.4.1 INTERVIEWPROTOKOLLER

Med inspiration fra Garbarino et al. (1997) er der for hver informant samlet en interviewprotokol med en registrering af det enkelte interview sammen med relevante aspekter af dets kontekst for at skabe klarhed over den sammenhæng, interviewet blev givet i. Sammenhængen omfatter en beskrivelse af tidspunktet for interviewet, de begivenheder, der gik forud og efterfulgte interviewet, interviewsituationens ydre rammer, samt hvilken atmosfære interviewet foregik i. Andre informationer som de tilstedeværendes navne og forhold til informanten, interviewets varighed, en beskrivelse af barnets sindsstemning samt øvrige oplysninger, der anses som relevante for tolkningen af interviews, er også beskrevet.

4.4.2 INTERVIEWSITUATIONEN

Interviewsituationen inkluderer udover det enkelte interview tillige de begivenheder, der går forud for og efterfølger interviewet, samt i hvilke omgivelser interviewet finder sted (Kvale, 1997).

Børn, der var bosat i provinsen, blev interviewet på deres skole både første og anden gang, mens børnene fra Storkøbenhavn primært blev interviewet i eget hjem. Et enkelt interview fandt dog sted i en park nær barnets skole.

Børnene fik inden interviewet en kort forklaring om undersøgelsens hensigt, hvis ikke de havde fået forklaringen ved rekrutteringen til undersøgelsen. Interviewet fandt sted kort efter interviewerens ankomst og varede mellem 45 og 90 minutter, enkelte med korte afbrydelser undervejs, og sluttede af med et spørgsmål til børnene om, hvorvidt de havde mere på hjerte, som de gerne ville tilføje. Efter interviewet blev der i enkelte tilfælde

mulighed for en samtale med barnets mor, som derved kunne bidrage med supplerende oplysninger om barnet.

De enkelte interviews er optaget digitalt, hvilket gjorde det muligt at overføre lydfilen til en pc. I et tilfælde blev det første interview ved en fejl ikke optaget. Indholdet blev i stedet umiddelbart efter dikteret efter hukommelsen af intervieweren. Dette resulterede i et omfattende interviewnotat, der indgik i undersøgelsens datamateriale. Se endvidere afsnit 7.2.1.

Atmosfæren for de enkelte interviews var præget af gensidig respekt og høflighed. Nogle børn var mere meddelsomme og frit snakkende end andre. Børnenes humør prægede interviewsituationen i enkelte tilfælde i form af en mere eller mindre udtalt tristhed eller træthed i andet interview til forskel fra første interview.

Efter hvert interview blev førstehåndsindtrykkene fra interviewsituationen nedfældet i et interviewnotat.

4.4.3 USTRUKTUREREDE INTERVIEWS

En ustruktureret interviewform med det formål at forstå kompleksiteten af børnenes livsverden uden brug af på forhånd fastlagte kategorier, der kunne styre børnenes fortælling, blev brugt i første interviewrunde, som beskrevet af Fontana og Frey (1994). En egentlig interviewguide blev ikke udarbejdet, derimod var samtalsens omdrejningspunkt de tre dialektiske aspekter af sundhed: At være sund - usund, syg - rask samt at trives - ikke trives. Der blev i samtalen lagt vægt på at afdække såvel børnenes forståelse for som personlige erfaringer med disse temaer. Hensigten var endvidere at opnå kendskab til barnets hverdag og oplevelse af egen livsverden. De emner, som syntes at have betydning for det enkelte barn, blev derfor forfulgt.

Som led i triangulering blev interviews fra første runde aflyttet i fællesskab med det formål at bestemme, hvilke temaer der ønskedes uddybet i andet interview, og hvilke forhold i det enkelte barns livsverden der var uafklarede. På baggrund heraf udarbejdedes en huskeliste til andet interview. Dette fik således karakter af en semistruktureret samtale, hvor intervieweren i højere grad end i første interview styrede, hvilke emner der blev berørt. Graden af styring og strukturering varierede i begge interviews i forhold til det enkelte barns fortællelyst.

4.4.4 DEBRIEFING

Kvalitative interviews fordrer, at man som forsker træder ind i en informants socialt intime rum og søger indsigt i vedkommendes personlige tanker og handlemønstre. Når man bruger sig selv som redskab, vil det ofte ske, at man berøres emotionelt af samtalens indhold, og til tider kan interviewoplevelsen være af så stærk emotionel karakter, at det kan blive nødvendigt med debriefing (Beale et al, 2004). Debriefing gør det muligt at få struktureret oplevelserne og få sat dem isammenhæng, så de bliver lettere at forstå og forholde sig til (Moe & Albrecht, 2001). Det anbefales at benytte rådgivning, gruppediskussion eller eksempelvis at skrive dagbog (Rager, 2005).

I nærværende undersøgelse blev det grundet interviewsituationens følsomme karakter nødvendigt med debriefing. Hvert interview blev umiddelbart efter sin afslutning diskuteret med den anden interviewer, og der blev sat ord på de umiddelbare følelsesmæssige reaktioner, intervieweren havde oplevet under interviewet. Dette blev gjort for at imødekomme eventuelle reaktioner og dermed beskytte sig selv mod sekundær traumatisering, som følge af den massive mængde af tragiske fortællinger, der dukkede op i den intensive interviewfase.

4.5 BEHANDLING AF INTERVIEWDATA

Undersøgelsens grunddata består af interviewoptagelser og svarer til ca. 14 timers spilletid. Lydmæssigt er interviewoptagelserne af god kvalitet, og kun ganske få gange har det ikke været muligt at høre, hvad der er blevet sagt.

De mundtlige grunddata er overført til en skriftlig fremstilling ved hjælp af transskription med henblik på at undergå en fænomenologisk analyse (Hycner, 1999). Hver interviewer har selv udført transskription af egne interviews. Udover at transskriptionen er ordret, omfatter udskriften faktiske træk ved talen som eksempelvis pauser, afbrydelser og ikke-leksikalske udtryk som øhm, mm og m-m og utydelig tale. Kropssprog er ekspliciteret de steder, hvor det vurderes som nyttigt for forståelsen af udskriften. Pausernes længde er gengivet som .. for korte pauser, ... for længere pauser og for lange pauser eller uafsluttede sætninger. Endvidere anvendes der flere steder tankestreger, udråbstegn og andre symboler for at anskueliggøre den mundtlige interviewsituation og være så tro mod det sagte, som det er muligt i en skriftlig gengivelse. Så vidt muligt er alt det sagte i interviewsituationen blevet nedfældet. I enkelte tilfælde var talen i lydfilen utydelig. Her er

passagen gennemlyttet gentagne gange af begge interviewere med henblik på at få optagelsen gengivet korrekt. I fænomenologisk øjemed bidrager transskriptionen af samtals dynamik og stemning med et situationelt aspekt til analysen og fortolkningen af undersøgelsens resultater.

4.6 FÆNOMENOLOGISK ANALYSE I PRAKSIS

Den initiale analyse finder ifølge Kvale (1997) sted i selve interviewsituationen. Det sker for det første, når informanter spontant beskriver deres livsverden og oplevelser i forhold til et emne uden at interviewer fortolker eller beder om uddybende forklaringer. For det andet sker det, når informanten selv i interviewsituationen ser nye betydninger i det, de gør eller oplever, og for det tredje når interviewer under interviewet forsøger at fortolke en mening af det sagte og afprøver meningen med henblik på at kontrollere sin egen forståelse af informantens fortælling (Kvale, 1997).

Et spørgsmål, som ofte udløste en spontan beskrivelse fra børnene i denne undersøgelse, var eksempelvis: *"Hvad er det bedste du har oplevet?"*. Det skete også, at børnene fik nye erkendelser undervejs i interviewsituationen eller havde tænkt videre mellem første og andet interviews, som Kvale (1997) indikerer. Flere børn udtalte sig i korte vendinger, hvorfor det blev nødvendigt fra interviewerens side at afprøve og teste fortolkningen af børnenes udsagn med supplerende spørgsmål.

4.6.1 HYCNER'S RETNINGSLINIER FOR FÆNOMENOLOGISK ANALYSE

Undersøgelsens interviewdata blev underkastet en stringent fænomenologisk analyse efter Hycner's detaljerede retningslinier med inspiration fra Samuelsens dansksprogede fortolkning af analyseprocessen (Hycner, 1999; Samuelsen, 2003). Hycner beskriver den fænomenologiske analyse som bestående af femten trin jævnfør figur 2.

4.6.2 FORBEREDELSE

Formålet med de første tre trin er for det første at opnå en transskription af interviews som egner sig til fænomenologisk analyse. For det andet skal forskerens blik fokuseres for fænomenologisk reduktion. Det sker ved, at forskeren tilsidesætter sin egen

erkendelsesposition¹, for således at blive åben for en hvilken som helst betydning, der fremkommer i teksten. Endelig er formålet at få forskeren til at fornemme det enkelte interview i sin helhed med særlig fokus på pauser og non-verbale kommunikative udtryk. Endelig er formålet at få forskeren til at fornemme det enkelte interview i sin helhed med særlig fokus på pauser og non-verbale kommunikative udtryk.

1. Transcription.
 2. Bracketing and the phenomenological reduction.
 3. Listening to the interview for a sense of a whole.
 4. Delineating units of general meaning.
 5. Delineating units of meaning relevant to the research question.
 6. Training independent judges to verify the units of relevant meaning.
 7. Eliminating redundancies.
 8. Clustering units of relevant meaning.
 9. Determining themes from clusters of meaning.
 10. Writing a summary for each individual interview.
 11. Return to the participant with the summary and themes: Conducting a second interview.
 12. Modifying themes and summary.
 13. Identifying general and unique themes for all the interviews.
 14. Contextualization of themes.
 15. Composite summary.
-

Figur 2: Hycners retningslinier for fænomenologisk analyse.

I praksis blev interviewdata transskriberet som beskrevet i afsnit 4.5. Erkendelsespositionen som beskrevet i afsnit 4 blev diskuteret specifikt i forhold til de enkelte interviews for på denne måde at være bevidst om, hvilken forkærlighed og hvilke fordomme der kunne stå i vejen for en åben tilgang til børnenes fortællinger. Alle interviews blev gennemlyttet flere gange med henblik på, at begge interviewere fik mulighed for at fornemme stemningen i hver interviewsituation og danne sig indtryk af det enkelte barn, selvom man ikke nødvendigvis var til stede under interviewet.

4.6.3 GENERELLE OG RELEVANTE BETYDNINGSBÆRENDE ENHEDER

Trin fire til ti omhandler en intern analyse af hver case. Først gennemgås interviewteksten minutiøst med en åben tilgang til teksten uden at forholde betydningen til undersøgelsens problemstilling. Dette sker for at forstå interviewpersonens mening med hvert ord, hver sætning, hvert afsnit og hvert nonverbalt udtryk. Processen indebærer ifølge Hycner en

¹ Hycner anvender udtrykket ”forforståelse” i stedet for ”erkendelsesposition”, som er anvendt i nærværende speciale.

krystallisering og kondensering til generelle betydningsbærende enheder, hvor en generel betydningsbærende enhed defineres på følgende måde:

”... as those words, phrases, non-verbal or paralinguistic communications, which express a unique and coherent meaning (irrespective of the research question), clearly differentiated from that which precedes and follows” (Hycner, 1999, s. 145).

I næste trin sammenholdes de generelle betydningsbærende enheder med problemstillingen og sorteres efter deres relevans. De enheder, som belyser problemstillingen, fremhæves som *relevante* betydningsbærende enheder, og de enheder, der er irrelevante for problemstillingen, fjernes fra teksten. Herved opnås en yderligere reduktion. Hycner anbefaler endvidere, at denne proces verificeres med andre forskere for at sikre resultaternes stringens. De relevante betydningsbærende enheder gennemlæses med henblik på at sortere gentagelser fra. Antallet af gange en mening nævnes, og på hvilken måde den nævnes har betydning for, om den vurderes som vigtig for belysningen af undersøgelsens problemstilling.

Hver interviewer analyserede modpartens interview for at sikre dybdekendskab til hver enkelt case og samtidig skabe mulighed for en åben tilgang til interviewet. Herved blev personlige indtryk fra interviewsituationen minimeret som barriere i erkendelsen. Interviewerens spørgsmål i teksten blev fjernet og børnenes udsagn blev redigeret til en krystalliseret tekst kun bestående af generelle betydningsbærende enheder. Efterfølgende blev de generelle betydningsbærende enheder sorteret således, at kun de relevante betydningsbærende tekstenheder, som belyste, hvilken oplevelse børnene havde af sundhed, sygdom og trivsel, fik lov at stå tilbage. Ligeledes blev gentagelser sorteret fra.

4.6.4 INTERN KLYNGE- OG TEMADANNELSE I HVERT ENKELT INTERVIEW

Hycner opfordrer til, at man endnu engang forsøger at begrænse erkendelsespositionen for at være så åben og tro mod interviewdata som muligt, idet næste trin omfatter en sortering af de relevante betydningsbærende enheder i naturlige klynger. Hver enkelt relevant betydningsbærende enhed studeres med henblik på at forstå dens essens og sammenholdes med interviewsituationens kontekst, og det vurderes, hvilke andre enheder den naturligt knytter sig til. Klyngedannelsen indebærer en kontinuert proces med at gå frem og tilbage mellem de relevante betydningsbærende enheder og de identificerede klynger for at sikre at enhederne placeres korrekt. Klyngernes betydning sorteres herefter med henblik på at finde

temaer, der kan beskrive naturligt sammenhængende klyngers essens; temaer som vil være karakteristiske for belysningen af problemstillingen i henhold til den enkelte informant. Hycner anbefaler på dette tidspunkt at skrive et sammendrag af hvert enkelt interview med henblik på at skabe et helhedsindtryk af interviewet, hvor temaerne præsenteres i deres kontekst.

Klyngeprocessen blev i analysen forestået af den interviewer, der havde krystalliseret interviewteksten i generelle og relevante betydningsbærende enheder, mens temadannelsen blev til i et samarbejde mellem begge interviewere. Samarbejdet var med til at verificere de identificerede klynger i en kontinuert proces. Dette indebærer tilbageblik i klyngernes indhold af relevante betydningsbærende enheder og konstruktion af temaer, der kunne beskrive, hvilke karakteristiske træk netop den enkelte informant fremviste i forhold til undersøgelsens problemstilling. Temaerne blev opskrevet med klyngeindhold på listeform for hvert enkelt interview, som derved erstattede et egentlig sammendrag i Hycners forstand.

4.6.5 ANALYSE PÅ TVÆRS AF INTERVIEWS SKABER ESSENS

Hycner foreskriver, at hver interviewdeltager kontaktes med henblik på at få verificeret de fremkomne individuelle temaer i endnu et interview. Temaerne modereres efter interviewdeltagerens respons, hvorefter en afsluttende analyse finder sted. Først identificeres *generelle temaer*, som er karakteriseret ved at gå igen hos alle interviewdeltagere. Herefter udpeges *unikke temaer*, som kun findes hos en enkelt eller hos få af interviewdeltagerne. Efterfølgende kontekstualiseres både de generelle og de unikke temaer op imod den sammenhæng, de er fremkommet i, for endnu en gang at verificere belægget for temaernes indhold. Slutteligt indgår temaerne i en syntese med henblik på at frembringe *essensen* af det studerende fænomen.

Analysen på tværs af cases foregik ved, at temanavnene blev overført til gule note-it sedler, således at hvert barn fik sin egen skriftfarve. Herved blev det muligt at skelne, hvilke temaer der kunne karakteriseres som *generelle temaer*, hvor alle eller næsten alle børn havde bidraget til temaets essens til forskel fra de temaer, der fremstod som *unikke temaer*, hvor kun et enkelt eller to børn havde bidraget.

I analysens sidste trin dannede tyve *generelle* temaer grundlaget for syntesen af datamaterialets essens. Essensen står hermed tilbage som resultatet af krystalliserings- og

kondenseringsprocessen og er et udtryk for, hvordan børnene oplever sundhed. De seks *unikke* temaer bidrager derudover med to perspektiver: Enten forklarer de ekstremer i forhold til variationen indenfor de generelle temaer, eller også fremstår de som sammenhænge eller oplevelser, der ikke kan indeholdes i essensen af de generelle temaer, men dog er vigtige til belysning af, hvordan børnene oplever sundhed.

4.7 UNDERSØGELSENS ETISKE FORUDSÆTNINGER

Forud for undersøgelsen er det i konsultation med specialevejlederne og nøgleinformanterne vurderet, at en undersøgelse af fattige børns oplevelse af sundhed var etisk forsvarlig at udføre. Undersøgelsen forventes at gøre de deltagende børn større gavn end skade og kan sandsynligvis bidrage til at eksponere problemstillingen om fattige børns sundhed i samfundsdebatten. Ifølge retningslinier fra den centrale videnskabetiske komité var det ikke nødvendigt at anmelde undersøgelsen, da den i sit indhold relaterer sig til samfundsforskning og således ikke omfattes af bioetiske forskningsretningslinier (www.cvk.im.dk). Endvidere blev det diskuteret, hvilke hjælpemuligheder der kunne stilles til rådighed for børnene, såfremt det viste sig i samtalerne, at de måtte have behov for hjælp. Hvert barn har derudover som tak fået en erkendtlighed for sin indsats i form af frit valg mellem et gavekort til en pladebutik eller til to biografbilletter.

Undersøgelsens informerede samtykke tog udgangspunkt i, at børnene frivilligt sagde ja til at deltage efter en mundtlig fremstilling af undersøgelsens formål, og ved at alle forældre ved underskrift tillod deres barn at deltage ud fra en skriftlig information om undersøgelsen. Dokumentet for det skriftlige samtykke er vist i bilag 2.

Som konsekvens af den offentlige debat om pædofili og misbrug af børn blev det sikret, at der ved samtlige interviews med børn af det modsatte køn end interviewerens var en anden voksen i nærheden.

Undervejs i de enkelte interviews blev det nøje vurderet, hvorvidt spørgsmål gik for tæt på eller udløste u hensigtsmæssige reaktioner hos barnet i interviewssituationen. Enkelte gange kunne emner i samtalen ikke forfølges, fordi barnet enten ågde fra eller udviste et kropssprog, som tilkendegav det samme.

På baggrund af den følsomme karakter i undersøgelsens interviews har computerfilen med børnenes personlige data været adskilt fra interviewdata, ligesom børnene er tildelt et alias

i interviewprotokoller, transskriptionsdokumenter, analysedokumenter og i nærværende rapport med henblik på anonymisering.

5 FATTIGE BØRNS OPLEVELSE AF SUNDHED

Essensen af børnenes oplevelse af sundhed er, at de er bevidste om, hvad der skal til for at trives og være sunde og raske, men de oplever samtidig, at deres ønsker og behov er svære at få opfyldt på grund af ydre omstændigheder, vilkår, særlige begivenheder og egne begrænsninger.

Familien er i børnenes øjne det vigtigste for sundhed. Mange af dem oplever imidlertid, at familien er utilstrækkelig eller endog helt fraværende. Børnene finder glæde og indhold i hverdagen gennem venskaber og interesser, men de oplever en del begrænsninger i deres udfoldelsesmuligheder. Hverdagen for børnene rummer, at de færdes i et hårdt miljø blandt andre børn, hvilket bliver en barriere for deres sundhed og især for deres trivsel. I dette hårde miljø oplever børnene, at de ofte er alene om at løse de problemer, der opstår, og det er her en personlig kamp for det enkelte barn, at bevare selvværdet og selvtilliden. For børnenes oplevelse af sygdom er det hyppigheden og varigheden, der har betydning, idet al sygdom er "slem". De kender godt sundhedsbudskaberne, men sundhed er ikke noget, de tænker over i det daglige.

Essensen af fænomenet	Generelle temaer	Unikke temaer
Familien er det vigtigste, men den er utilstrækkelig	Familien er det vigtigste Mor sætter grænser Mor er sårbar og afmægtig Far mangler	Aktivt familieliv i kernefamilien
Venskab og interesser med begrænsninger	Behov for samvær med venner Glæden ved interesser Uopfyldt ønske om at gå til noget Lider under materielle afsavn	Et kedeligt liv
Færdes i et hårdt børnemiljø	Konfrontation med ballade i hverdagen Vold som handlemulighed	
Alene om at løse problemerne	Skrøbelige fortrolighedsforhold til andre De voksne kan ofte ikke hjælpe med problemer	Beskyttet institutionsmiljø i hverdagen
Personlig kamp for selvtillid og selvværd	Tilfredsstillelse ved at kunne noget Ønsker for fremtiden Udseendets betydning for selvværdet Mobbningen har konsekvenser	Opgivende holdning over for tilværelsen
Sygdom opgøres i hyppighed og varighed	Når man er syg, har man det slemt Sygdom er at noget på kroppen ikke fungerer	Sindssyge gennemsyrrer livet
Sundhed er ikke noget, man tænker over	Sundhed er kost og motion Usundhed er de dårlige vaner	Forskruet forhold til sundt og usundt

Figur 3: Generelle og unikke temaer der danner grundlag for undersøgelsens essens.

Figur 3 viser, hvilke generelle og unikke temaer der danner grundlag for undersøgelsens essens. I det følgende uddybes de enkelte dele af essensen i forhold til disse temaer og illustreres med citater fra interviewmaterialet.

5.1 FAMILIEN ER DET VIGTIGSTE, MEN DEN ER UTILSTRÆKKELIG

Familien er for børnene det vigtigste i forhold til, om man har det godt eller skidt.

”De elsker én, som man er. Og man elsker dem” (Maria II, s. 8).

For nogle af børnene gælder dette primært den nære familie, mens andre tillægger bedsteforældre, tanter, onkler og navnlig fætre og kusiner en stor betydning for at have det

godt. Dette kommer til udtryk dels ved en glæde over at tilbringe tid sammen med familien, og dels ved en længsel efter mere samvær i familien. Flere af børnene udtrykker tillige en smerte over, at familien er meget lille, eller at de sjældent ses.

”Jeg har ikke så meget familie, fordi jeg kender ikke rigtig nogen på min fars side af familien” (Gustav I, s. 7).

Mor er det voksne omdrejningspunkt i børnenes hverdag såvel praktisk som følelsesmæssigt. Hun laver mad og smører madpakker, og hun sætter grænser for børnene i form af regler og forbud. Mens nogle af børnene accepterer moderens regler eller på en positiv måde kan forhandle om reglerne, oplever andre af børnene en række forbud, som begrænser deres udfoldelsesmuligheder i forhold til interesser og kammerater. Victoria og Casper skændes med deres mødre om forbudene og trodser hende åbenlyst eller bag hendes ryg. For en del af børnene er det et relativt nyt mønster, at mor er trådt i karakter som mor. Såvel Gustavs som Maria og Marks mor er inden for de seneste år kommet ud af et alkoholmisbrug, og har derfor fået mere overskud til deres børn. Louise, hvis far døde for tre år siden, har oplevet, at moderen tidligere stod i skyggen af faderen, men efter hans død er moderen blevet alene med ansvaret for børnene og er derigennem kommet til at spille en større rolle i Louises liv.

”Mor, hun har bare altid været sådan en stille og rolig en. Når det var, vi havde været oppe og skændes eller et eller andet, min mor - det var aldrig hende, der stoppede os. Det var altid vores far. Sådan, min mor hun var ikke rigtig noget. Men efter min far så er død, så er hun blevet sådan mere skrap...” (Louise I, s. 17).

Børnene oplever imidlertid ikke moderen som et fast og stærkt holdepunkt i livet. På grund af hendes egne problemer er hun sårbar, og ofte er hun også afmægtig overfor børnenes problemer. Hun kan ikke hjælpe dem. Flere af børnene beretter tilmed om situationer, hvor moderen er brudt sammen.

”Og hvor alt går i kaos. Mor hun er syg, og mor bliver sur på mig og Maria, så... Og så råber hun, bare for at få Cecilie (lillesøster, red) til at stoppe. Men det er et helvede den dag” (Mark I, s. 4),

og

”Altså her for et par dage siden havde min mor rigtig meget ondt i hovedet. Det var rigtig slemt. Så kom hun til at vælte en flaske vand... Så gik hun bare helt amok. Hun havde bare så ondt i hovedet. Så sagde jeg: ”Bare sæt dig ind og slap af. Jeg skal nok smøre de der madpakker. Slap nu af”. Hun gik totalt bananas og

sådan noget. Det gik bare helt galt” (Louise I, s. 16).

Et generelt træk ved børnenes fortællinger er, at faderen ikke optræder i dagligdagen, og at der ikke er jævnligt kontakt til ham. Enten er moderen eller barnet selv uvenner med ham, eller også bor han for langt væk. Victorias far blev udvist af landet i 10 år, da hun var helt lille, så hun har kun set ham få gange i sit liv. Gustav og Louise har dog begge mistet deres far ved dødsfald. Gustavs far stak af og forsvandt ud af Gustavs liv et halvt år før sin død. For Louise var det et chok at miste sin far, fordi det var hende, som fandt ham død på køkkengulvet en lørdag morgen. Casper vil slet ikke tale om sin far, som nedenstående dialog mellem Casper (C) og interviewer (I) antyder:

I: *”Hvad med din far?*
C: *...(tavshed).*
I: *Ham ser du ikke?*
C: *Næ...*
I: *Hvordan kan det være?*
C: *Det ved jeg ikke*
I: *Er det dig, der har bestemt det?*
C: *Nej. Det har min mor.*
I: *Hvordan det?*
C: *Hun siger, at jeg ikke skal gå ned til ham.*
I: *Ja? Hvorfor skal du ikke det, tror du?*
C: *Det gider jeg ikke snakke om”*
(Casper, II, s. 3).

Dittes oplevelse bliver i denne forbindelse unik. Hun bor sammen med sin far og mor, og hun oplever et tæt fællesskab, som hun værdsætter såvel i den nære familie, som i storfamilien, der jævnligt besøges i weekenderne.

5.2 VENSKABER OG INTERESSER MED BEGRÆNSNINGER

Børnene identificerer samværet med venner som et behov i hverdagen og som noget, der gør, at man har det godt. Hos nogle af børnene erkendes dette behov gennem glæden over aktiviteter og hyggeligt samvær med vennerne, som fylder i hverdagen. Andres oplevelse er imidlertid præget af sparsom omgang med venner, enten fordi de ikke har så mange venner, eller fordi vennerne er langt væk. Henriette forklarer oplevelsen således:

”Jeg ser dem) ikke så tit. De er jo i Langbortistan nu” (Henriette I, s. 11)

idet hendes venner stadig bor på den kostskole, som hun blev taget ud af. Hos disse børn

kommer behovet til udtryk som en længsel efter mere fællesskab med gode venner.

Børnenes fritid er præget af interesser. Fælles for mange af dem er interessen for fodbold og dyr, men variationen indenfor interesserne er stor. Nogle dyrker deres interesser sammen med vennerne, mens andre mest dyrker dem alene. Ofte identificerer de sig med deres interesser:

”Jeg er fodboldnørde” (Ditte, I, s.3),

”Jeg er dyreelsker” (Henriette, I, s. 3)

og de finder en glæde i det at gå op i noget.

Der er imidlertid et uopfyldt ønske hos børnene om at gå til organiserede fritidsaktiviteter. Mange af dem har tidligere gået til noget, men er stoppet igen, og flere af dem er for nylig begyndt på en enkelt aktivitet. Det fylder i fortællingerne, hvad de gerne snart vil begynde at gå til, og fælles for mange af dem er, at det afhænger af moderens overskud, hvornår eller hvorvidt det bliver til noget. Eksempelvis siger Tom:

”Jeg har gået til fodbold, men det er meget længe siden... Men nu vil jeg så gerne begynde igen. Jeg skal se at finde ud af noget med min mor. Før der spillede jeg jo i Herlev... jeg ved ikke, om de stadig overhovedet har et hold” (Tom I, s. 5).

Et generelt træk ved børnenes fortællinger er ting, der ikke virker, eller ting, de ikke har. Det er især cykler, der er i stykker eller er blevet stjålet, som forhindrer børnene i at deltage i de ønskede aktiviteter og komme derhen, hvor de gerne vil, mens mangel på computer eller internetopkobling afskærer børnene fra at chatte, surfe på nettet og spille computerspil. For Louise er det tillige et afsavn, at hun ikke har nogen cykel, så hun ikke kan deltage i de aktiviteter, hun gerne vil. Værst er det dog for Tom, der som den eneste ikke har sit eget værelse, ikke kan læse underteksterne på fjernsynet, fordi han ikke har de briller, øjenlægen siger, at han har brug for, og derudover mangler en række andre ting. De materielle afsavn gør, at børnene i nogle konkrete situationer ikke kan udøve eller deltage i de aktiviteter, som de har lyst til, og bliver dermed en barriere for deres udfoldelsesmuligheder.

”Lige nu er jeg misundelig på, at de har en cykel. For min er blevet stjålet. Det er rigtig irriterende faktisk, fordi ovre i skolen, så skal vi på cykelkursus med politiet og sådan noget, og så kan jeg jo ikke komme med, når jeg ikke har noget cykel. Det er faktisk rigtig irriterende” (Louise, I, s. 3).

I forhold til at dyrke interesser og gå op i noget bliver Caspers oplevelse unik, idet han ikke har nogen fritidsinteresser. Han hænger ud med sine venner i fritiden, men de laver ikke rigtig noget:

"Ikke så meget. Bare går rundt og snakker. Det er det hele... Bare på Vestervej" (Casper I, s. 3, 6).

Der er ikke noget han gider gå til eller gå op i, og han synes, at alt er kedeligt.

5.3 FÆRDES I ET HÅRDT BØRNEMILJØ

Uanset karakteren af de områder, børnene bor i, rummer hverdagen for dem alle konfrontationer med ballade. Det drejer sig især om hårdt sprog, mobning, hærværk og trusler på livet med eller uden kniv. Nogle gange er børnene selv udøvere, mens de andre gange bliver ofre eller vidner. Flere af børnene har fået stjålet eller ødelagt deres cykel, og Casper har flere gange været med til at smadre biler sammen med kammeraterne. Gustav var i første klasse med i en "smadre-rude-bande", som klassekammeraten lavede:

"Det var en af mine venner, der fandt på: "Nu skal vi lave en bande, der hedder smadre-rude-banden. I skal smadre en rude for at være med". Så smadrede vi alle sammen en rude hver. Omme bag på skolen ind til sløjdlokalet" (Gustav I, s. 9-10),

og Louise er fascineret af det gangstermiljø, som hendes veninde sammen med sin familie er en del af:

"Jeg har også en anden veninde, som også er gangster... Men jeg tror også, det er fordi hendes storebror er gangster, og hendes storesøster er gangster, og alle i hendes familie er faktisk gangstere undtagen hendes mor... Jeg bliver tit kaldt for gangster, fordi jeg går sammen med hende pigen der. Så bliver jeg også kaldt: "Ejij gangster-Louise"" (Louise I, s. 8-9).

Tom derimod tager afstand fra de klassekammerater, som laver megen ballade, og vil ikke være sammen med dem. Henriettes veninde blev truet med en kniv af deres fælles kammerat nede i centeret, og Maria er gennem en længere periode blevet truet – med og uden kniv - til at gøre forskellige ting, hun ikke havde lyst til, og hun undgår bevidst at møde den pige, som har truet hende på livet. I alle tilfælde er det børn, der laver ballade, og oftest er ofrene for balladen andre børn.

"Det ved de godt, at det skal de ikke gøre mod mig, fordi så bliver de selv truet" (Henriette, I, s. 14).

I naturlig sammenhæng med balladen bliver vold en mulighed for børnene – i tanker eller i handling. De har tidligere måttet slå fra sig og er klar til det igen, hvis det bliver nødvendigt. Gustav ligger med sine venner i konstant ”krig” mod en flok andre børn i gården, og Victoria beskriver selve sin personlighed som meget voldelig.

5.4 ALENE OM AT LØSE PROBLEMERNE

Børnenes hverdag er som ovenfor beskrevet præget af problemer og konfrontationer, og flere af dem giver udtryk for vigtigheden af at snakke med nogen om problemerne. Louise siger eksempelvis om sin fars død:

”Man kommer egentlig kun videre ved at snakke om det. Hvis man sidder bare og holder det inde, så bliver man endnu mere ked af det, og så kommer man aldrig videre. Man bliver nødt til at snakke om, hvad der er sket og sådan noget... fordi at ellers så går det helt galt” (Louise I, s. 3).

De fleste af børnene har da også nogen, de udviser fortrolighed overfor. Det er imidlertid ofte et skrøbeligt fortrolighedsforhold. For det første er der for det meste kun en enkelt, som barnet føler sig fortrolig med, så alt håb om hjælp i situationen kommer til at bero på den ene persons handling. For det andet er det primært børn og meget unge mennesker, der er den fortrolige eller også er det moderen, der som tidligere nævnt selv er sårbar og har problemer. Dette bevirker i praksis, at fortroligheden sjældent fører til mere end det at snakke om problemerne. Casper, som har et anspændt forhold til sin mor, har ikke rigtig nogen at være fortrolig med, og Henriette giver indtryk af bevidst at undgå fortrolighed til nogen, men fremhæver sin mor, som den, hun snakker med, da hun bliver adspurgt:

I: ”Hvem snakker du ellers med?”

H: ”Min mor. Ikke specielt flere” (Henriette, I, s.11).

Skønt de færreste af børnene har kontakt med deres far, fortæller børnene om mødet med andre voksne end den sårbare mor. Dette møde sker primært i skolen og klubben, men også i forbindelse med andre dele af det offentlige system. De fleste af børnene har eksempelvis i kortere eller længere perioder konsulteret en psykolog. Og enkelte af børnene har haft en rigtig god oplevelse med at få hjælp fra voksne i en konkret situation. Victoria havde i en periode en psykolog, som blev det voksne holdepunkt i hendes hverdag. Denne kontakt blev imidlertid brat afbrudt på grund af besparelser. Det er et generelt tema i børnenes fortællinger, at de voksne ikke kan hjælpe med problemerne, og at en god kontakt til en

voksen er blevet afbrudt i utide. Efter Gustavs fars død, knyttede han sig til moderens nye kæreste:

”Han var ligesom en far for mig, fordi nu var min far jo død, så var han blevet nærmest lige sådan.... Så døde han også” (Gustav I, s. 9).

En del har tillige følt, at de voksne ikke forstod dem, og at nogle voksne snarere har skadet end gavnet dem. Der er altså tale om sparsom støtte fra andre voksne i børnenes liv.

I kontrast til dette står Dittes og Marks hverdag som et unikt tema. De er på grund af DAMP begge taget ud af deres oprindelige skolemiljø og har nu en mere beskyttet hverdag på specialinstitutioner, hvor de oplever støtte og opbakning fra de voksne, og at der bliver taget hånd om ballade og problemer. Mark tager eksempelvis hver dag hjemmefra i så god tid, at han kan være i skolen en time før undervisningen starter for at hygge sig med lærere og kammerater.

5.5 PERSONLIG KAMP FOR SELVTILLID OG SELVVÆRD

Selvværd og selvtillid er ingen selvfølge for børnene, men noget der skal kæmpes for. Mange af børnene savner anerkendelse fra deres omgivelser, og det bliver her et generelt tema, at børnene i stedet finder tilfredsstillelse ved at vide med sig selv, at de kan noget og gør noget. Det er alt fra at kunne springe på hovedet fra femmetervippen i svømmehallen og lære at stå på ski til at kunne sy en taske, køre på knallert eller score et mål i fodbold.

”Ja, men nu synes jeg selv, jeg er så god til svømning, synes jeg selv i hvert fald, at jeg ikke rigtig kan lære særlig meget mere. Jo de der .. sådan nogen butterfly og sådan noget. (Det) kunne jeg godt tænke mig at lære. Men det lærer man jo ikke i det danske .. i skolen til svømning” (Gustav, I, s. 2).

Tilliden til at kunne noget selv afspejles ligeledes i børnenes ønsker for fremtiden, hvor de håber på at beskæftige sig med det, de ved med sig selv, at de kan.

Udseendet har stor betydning for børnenes selvværd, og det er særligt vægten og tøjet, der fylder i børnenes fortællinger. Ditte og Casper har tidligere været overvægtige og har oplevet, at de fik mere selvværd og flere venner efter at have tabt sig:

”(Når man taber sig) så får du flere venner og sådan noget, fordi de synes man er pænere. Så går man ikke rundt med sådan en dulle foran. Jeg kan sagtens løbe nu. Det kunne jeg ikke før” (Ditte II, s.

9-10).

For Henriette og Maria er vægten stadig et problem, og Maria kæmper dagligt for at bevare selvværdet og fokusere på noget andet. Flere af børnene sukker over, at det er svært at få råd til det smarte modetøj, som de ønsker sig, og som kammeraterne går i.

Som tidligere nævnt indgår mobning i det hårde miljø, som børnene færdes i, og alle undtagen én er blevet mobbet i en periode af deres liv. De er meget bevidste om, at mobning er ødelæggende for selvværdet. Henriette, Maria og Tom bliver stadig jævnligt mobbet, og for dem er frikvarteret noget, der skal overstås. Henriette forklarer, hvordan hun forsøger at få tiden til at gå i frikvartererne:

H: "Og det sidste stykke tid har jeg bare siddet (viser, at hun sidder og stirrer) i tifikvarteret

I: Så det er tifikvarteret, der er værst eller hvad?

H: "Ja, fordi der er kun tyve minutter, fra tyve minutter i ti til klokken ti. Og tolvpausen, det er fra fem minutter i halv tolv til ti minutter over tolv. Så der kan man lige nå hjem og lave lidt havregrød og så tage af sted" (Henriette II, s. 3).

Toms opgivende holdning overfor tilværelsen bliver en kontrast til de andre børns forsøg på at opretholde selvværdet og selvtilliden. Han beskriver sig selv som en meget stille fyr, og han har ingen fortællinger om tilfredsstillelse ved at kunne noget. Han har en plageånd, der forfølger ham i og uden for skolen, og de daglige ydmygelser gør ham rigtig ked af det og giver ham en følelse af afmagt, idet ingen rigtig kan hjælpe ham:

"Her på et tidspunkt, der kaldte de mig zombie, fordi jeg er jo ikke så meget ude at rejse som dem, så jeg får ikke så meget sol. Så jeg er jo meget hvid. Derfor så kaldte de mig for zombie, og det kunne jeg så ikke lide..."

Jeg går jo nok bare væk fra dem. Men så nogen gange, så følger han efter mig. Hvis han så bliver ved med at drille mig, så kan jeg sige til en voksen, at han irriterer mig og sige, at han skal stoppe. Men han bliver ved, for han hører ikke efter, hvad nogen siger" (Tom II, s. 9).

5.6 SYGDOM OPGØRES I HYPPIGHED OG VARIGHED

Børnenes oplevelse af at være syg kan kortfattet beskrives således:

"Skidt og dårlig tilpas" (Mark I, s. 6).

De kan alle huske, at de har været syge, hvordan de havde det, og at det ikke var rart, og de skelner ikke mellem mere eller mindre alvorlige sygdomme. At være syg er slemt, og at være rask er normalt:

”Så har jeg det ikke slemt mere, så har jeg det godt igen” (Casper I, s. 8).

Maria bliver adspurgt om, hvad hun forstår ved at være rask og svarer følgende:

”Det ved jeg ikke. Man er sådan glad indeni, at man ikke er sur og ked af det. Man er mere udadvendt og man har det godt med sig selv. Har et Ok selvværd og der er ikke noget i vejen, man er ikke syg og dårlig” (Maria, I, s. 18).

Børnenes fortællinger om sygdomsoplevelser falder i tre grupper. Det ene er kroniske sygdomme, de har haft som børn, og her er primært tale om astma. Det andet er almindelige sygdomme som forkølelse, omgangssyge og influenza, og sidst er der fysiske symptomer som ondt i maven, hovedet og benet.

”Jeg fejler ikke særlig meget særlig tit. Altså, jeg har været sådan lidt forkølet og snottet og sådan noget. Men det var kun én dag eller sådan noget... Det er ikke rigtig noget” (Gustav, I, s. 13).

Fælles for børnenes opfattelse er, at sygdom er, når noget på kroppen ikke fungerer. De går op i, hvor ofte og hvor længe de er syge i forhold til deres kammerater. De har nogle forklaringer på, hvad man kan gøre for at undgå de almindelige sygdomme, såsom at tage nok tøj på, når man går ud.

Men Henriette er også klar over, at hendes hyppige symptomer hænger sammen med, at hun ikke har det godt i skolen. Hun får feber og ondt i maven, hvis hun ved, at hun skal i skole dagen efter, og det forsvinder i weekenden. Hun har også oplevet om aftenen at tro, hun blev syg næste dag for så at vågne op syg den efterfølgende morgen.

Et unikt tema er, at Victorias fortælling bærer præg af syge tanker. I modsætning til de andres sygdomme, er denne sygdom ikke begrænset til visse dage eller visse dele af kroppen. Den gennemsyrrer selve hendes oplevelse af livet, og hun er mere eller mindre bevidst om det selv:

”Han ved, at jeg har så mange venner, der er lige så syge i bolden, som jeg er” (Viktoria II, s. 6)

5.7 SUNDHED ER IKKE NOGET, MAN TÆNKER OVER

Sundhed er ikke noget, der til daglig fylder i børnenes tanker. De ved godt, at sundhed hænger sammen med det, man spiser, og hvor meget man bevæger sig, og de kan fortælle, hvornår de har været sunde. Det drejer sig primært om at have spist meget frugt, været ude hele dagen og sagt nej tak til slik.

Usundhed forbinder børnene med dårlige vaner og deres dårlige samvittighed. De ved godt, at de spiller lidt for meget computer ind imellem, og at de til tider spiser for meget slik. Nogle af dem forsøger også at holde igen i forhold til at spise usunde ting. Mark forholder sig til sundhed på følgende måde:

”Man skal i hvert fald ikke spise for meget, hvor der er fedt i. Sådan noget som guldorn og chokoladekiks og sådan noget. Så er man i hvert fald sund, efter hvad jeg mener. Men nogle gange så tager jeg også kiks og sådan noget. Det er for at hygge. Men det er kun nogle gange altså” (Mark, I, s. 7).

Mens de kobler aktivitet til sundhed, er det imidlertid de færreste, der kobler inaktivitet med usundhed. Usundt lægger sig til det, man spiser.

Her er Henriettes fortælling unik, idet hun har et ret forskruet forhold til sundhed og usundhed. Sundhed er for hende frugt, flødeis og slik uden chokolade, mens usundhed slet ikke er et begreb, hun kan forholde sig til. Hun mener ikke selv, hun har haft en sund dag i sit liv, og samtidig kan hun ikke komme i tanker om nogen, hun kender, der er usunde.

”Hvis jeg nu for eksempel vil være – vil ha en sund dag ikk, så spiser jeg frugt, og så øh tager jeg måske en is – altså en flødeis ikk, for eksempel, og så ruller jeg mig en lang tur” (Henriette, I, s. 17).

5.8 SEKSUELLE KRÆNKELSER

Seksuelle krænkelse er et tema, hverken generelt eller unikt, der påvirker alle de ovenstående aspekter af børnenes oplevelse af sundhed. Victoria og Maria har oplevet at blive krænket seksuelt af andre børn i deres omgangskreds, og det har efterladt nogle sår i deres sjæl, som de forventer at bære med sig resten af livet. Maria siger:

”Man bliver aldrig 100 % helbredt” (Maria I, s. 11),

og Victoria udtrykker det således:

”Jeg har jo ar i sjælen, sådan følelsesmæssigt. De vil jo aldrig

kunne hele de ar igen” (Victoria II, s. 5).

6 DISKUSSION AF RESULTATER

6.1 BØRNEENES OPLEVELSE AF SUNDHED

Børnene i undersøgelsen er bevidste om, hvad der skal til for at trives og være sunde og raske. De forklarer, hvad de forstår ved sygdom, de kender sundhedsbudskaberne om kost og motion og de udpeger faktorer, der er vigtige for deres egen trivsel såsom familien, venner, interesser og det at kunne noget. Deres sundhedsopfattelser adskiller sig dermed samlet set ikke væsentligt fra andre børns sundhedsopfattelser (Jensen, 2002; Jensen & Jensen, 2002; Backett-Milburn et al., 2003), hvilket uddybes i det følgende.

6.1.1 BØRNEENES SUNDHEDS- OG SYGDOMSOPFATTELSE

Sundhedsopfattelserne blandt børnene i undersøgelsen varierer. Den biologiske sygdomsopfattelse med apparat-fejl-modellen (Holstein et al., 1997) ses eksempelvis, når børnene forklarer, at man er syg, når kroppen ikke fungerer. Sygdommens alvorsgrad forklares af børnene i relation til hyppighed og varighed snarere end, hvilken type sygdom eller diagnose der i ”voksenperspektiv” er tale om som eksempelvis forkølelse, influenza eller kroniske sygdomme.

At være rask er i børnenes betragtning at være normal, hvilket indikerer, at sundhed ikke blot anses som fravær af sygdom. Opfattelsen kan relateres til en opfattelse af sundhed som en form for balance, en holdning som også kommer til udtryk i Blaxters undersøgelse af sundhedsopfattelser i den voksne befolkning (Blaxter, 1990). Backett-Milburn et al. (2003) finder ligesom i nærværende undersøgelse, at børn og forældres sundhedsopfattelser er multifacetteret, og at mange oplever, at sundhed, sundheds-adfærd og sygdom medieres gennem social attitude og psykisk velbefindende.

Børnene finder ikke alle en naturlig sammenhæng mellem fysiske symptomer som hovedpine og svimmelhed og deres eget psykiske velbefindende, men stiller sig oftest uforstående overfor symptomernes årsag (Backett-Milburn et al., 2003). Disse sammenhænge er imidlertid blevet påvist blandt børn og unge i andre studier (Haugland et al., 2001; Hetland et al., 2003).

6.1.2 SUNDHEDSBUDSKABERNES BETYDNING

En bredere sundhedsopfattelse, hvor fokus er på livsstils betydning for sundhed, kommer i nærværende undersøgelse eksempelvis til udtryk i børnenes bekymring om et højt slikforbrug eller om inaktivitet ved computeren. Bekymringen kan være en følge af, at børnene i vid udstrækning har kendskab til budskaberne om sund kost og motion og på denne måde er bevidste om, hvad der skal til for at være sund.

Jensen (2002) undersøger 13-15-årige børn og finder ligeledes, at børn har en klar fornemmelse af deres egen sundhed og af sundhed som begreb. At have forstået et abstrakt voksenbudskab i sundhedskampagnerne er imidlertid ikke i sig selv ensbetydende med, at børnene efterlever dem. En forklaring på at børnenes sundhedsbegreber knytter sig til livsstilsorienterede temaer kan være, at disse temaer er internaliseret som en naturlig del af deres virkelighed gennem opvæksten (Jensen, 1996).

Børnenes opfattelse af sundhed stammer ikke fra en blank erkendelse, men er en personlig modifikation af meninger, holdninger og perspektiver, som de samfundsmæssigt er blevet påvirket af. En sådan påvirkning, svarer ligeledes til resultatet af en undersøgelse om lægfolks epidemiologiske opfattelse (Davison, 1991). At de to elementer kost og motion fremstår så entydigt i børnenes oplevelse, som det er tilfældet i nærværende undersøgelse, kan derfor være udtryk for flere forskellige forhold. For det første kan det være, at få og enkle budskaber nemmere formår at komme på børnenes mentale sundhedsdagsorden. For det andet kan det afspejle en systemisk indsats, hvor de store sundhedsorganisationer og patientforeninger med markedsføring får held til at trænge igennem til børn og unge. Endelig kan det skyldes, at nærværende børnegruppe har et mindre nuanceret blik på sundhedsfremme på grund af manglende interesse og stimulering fra hjemmets side.

Mange af børnene tilkendegiver rent faktisk, at de ikke tænker over sundhed i det daglige, selvom det fremgår, at de er bevidste om, hvad der skal til for at være sunde. Denne holdning findes ligeledes blandt voksne, når de udspørges om deres sundhedsopfattelse (Blaxter, 1990).

6.1.3 FAMILIENS BETYDNING FOR SUNDHED

Trivselsaspektet i nærværende undersøgelse afspejles i børnenes sundhedsoplevelse ved, at familien tildeles en central rolle for sundhed. Det samme finder Backett-Milburn et al. (2003), hvor forældres omsorg fremhæves som en vigtig og beskyttende faktor for børns

sundhed, og mangel på beskyttelse opfattes som skadelig for børns sundhed.

Med udgangspunkt i barndommens sociologi anskuer Corsaro (2002) familien som den enhed, der danner et naturligt centrum for børns opvækst og som forbindelsesled til det omgivende samfunds kulturelle og sociale arenaer og institutioner. Det at indgå i en social sammenhæng er et behov for børnene, såvel som det er for andre. Jensen (2002) finder således også i sin undersøgelse af store børns sundhed og hverdagsliv, at venner er helt central for børnenes oplevelse af sundhed. Det er dyrebart at have venner, og det giver en følelse af styrke og en tryghed i, at man ikke er alene. Tilsvarende fund er gjort af Carnegie Council of Adolescent Development (1995), som beskriver kammeraters gode indflydelse på unges selvværd og identitesfølelse.

6.1.4 BØRNEENS SUNDHEDSOPLEVELSE I FORHOLD TIL WHO'S SUNDHEDSBEGREB

Valget af WHO's sundhedsdefinition i nærværende undersøgelse viste sig at være fordelagtig for forståelsen af børnenes oplevelse. Børnenes sundhedsopfattelser kan trods deres variation rummes af WHO's brede definition, mens Wachterhausens og Nordenfelts sundhedsbegreber om handlekompetencer og funktionsevne kun i mindre omfang afspejles i børnenes fortællinger (Wachterhausen, 1994; Nordenfelt, 2001). Trods børnenes viden om egne kompetencer refererer de kun sparsomt til egne handlemuligheder i forhold til sundhed. Dette fund nuanceres i en undersøgelse af Jensen og Jensen (2002), der finder at børn fra lavere socialklasser har færre idéer til sundhedsfremmende adfærd, men udtrykker større ønske om og villighed til at kæmpe for sundhed end børn fra højere socialklasser.

Det kan på baggrund af ovenstående konkluderes, at børnenes forståelse og oplevelse af sundhed i denne undersøgelse er forskelligartet og samfundspræget, og at den ikke adskiller sig væsentligt fra resultaterne af andre studier af børns sundhedsopfattelse. Endvidere ses det, at børnene ikke selv i nævneværdig grad reflekterer over egne handlemuligheder som et potentiale for at fremme deres sundhed. De er imidlertid bevidste om, hvilke normative forventninger der tillægges deres sundhedsadfærd i forhold til eksempelvis kost og motion.

6.2 DEN ENLIGE, SÅRBARE MOR

Familien som centralt element for børnenes sundhed bliver påvirket af, at størstedelen af

børnene bor i familier med samlivsbrud, det vil sige kun med deres mor og eventuelle søskende. Familien som kernefamilie er amputeret, og det kommer til udtryk, at børnene længes efter en større familie og ønsker mere samvær med den eksisterende familie. Denne tilstand kalder Corsaro (2002) for ”familieisolation” og ser det som en konsekvens af, at familier er blevet mindre, at slægtninge ofte bor længere væk, og at naboskaber er blevet mindre sammenhængende og mindre prægede af fællesskab end tidligere. Halskov et al. (2000) finder ligeledes i en undersøgelse blandt enlige mødre, at familienetværket var svagt eller helt fraværende. Jørgensen (1999) indikerer, at familien er betydeligt udsat, når disse netværk ikke fungerer, og at der er fare for en yderligere relationsudtynding, hvis familien kommer i vanskeligheder, hvor den ikke selv har tilstrækkelige ressourcer. Det kan eksempelvis være, hvis der er vedvarende belastninger, eller hvis hjælpen fra netværket omkring familien udebliver.

6.2.1 MODERENS ØKONOMISKE SÅRBARHED OG BØRNEENS LEVESTANDARD

Mødrene i nærværende undersøgelse hører til i lavindkomstgruppen, idet størstedelen modtager kontanthjælp eller har en fast arbejdsindtægt på tilsvarende niveau. Det kommer på forskellig vis til udtryk, at børnene er sig det lave indkomstniveau bevidst og ofte har overført moderens økonomiske sårbarhed på sig selv, som det illustreres i udtrykket:

”Vi er på kontanthjælp” (Gustav, efter første interview).

At en-forsørger-familier har en øget risiko for at være på overførselsindkomst, understøttes af en engelsk undersøgelse om ulighed i børns miljø (Gauthier et al., 1999). McMunn et al. (2001) påpeger i en engelsk undersøgelse, at fattigdommen, der ofte følger med det at være enlig forsørger, samt moderens ofte lave uddannelsesniveau har negativ indflydelse på børnenes mentale sundhed. Det er ikke det i sig selv at have en enlig mor, der er skadelig for børnenes trivsel. Materielle afsavn kan ifølge McMunn et al. (2001) og Spencer (2005) forklare den forøgede risiko for en række helbreds faktorer blandt børn af enlige mødre sammenlignet med andre børn. Disse afsavn svarer til fundet i nærværende undersøgelse og omhandler tøj, ting og transportmidler og derudover fødevarer og bolig.

Jævnfør afsnit 2.1 om undersøgelsens fattigdomsbegreb kan det i lyset af ovenstående diskuteres, hvorvidt børnene i nærværende undersøgelse befinder sig på et acceptabelt levestandardniveau. Mødrene tilkendegiver alle en husstandsindkomst mellem 121.000 - 145.000 kroner om året, hvilket svarer til kontanthjælpsniveau. Hansen og Hansen (2004) angiver,

at kontanthjælp vanskeliggør et acceptabelt levestandard. Børnenes oplevelse af sundhed afspejler afsavn med hensyn til både materielle og sociale goder, og ofte møder de barrierer i forhold til Townsends sociale dimension om deltagelse i samfundslivet på lige fod med deres kammerater (Townsend, 1993). Sloth (2004) finder i sin undersøgelse af børn fra familier med lav indkomst i Danmark, at børn fra fattige familier generelt deltager mindre i organiserede fritidsaktiviteter end deres jævnaldrende på landsplan gør. Dette forklares med, at der ikke er råd til kontingenter eller det udstyr, der hører til aktiviteterne. Dertil kommer, at de mere eller mindre er afskåret fra at deltage i andre aktiviteter, der koster penge (Sloth, 2004).

Nærværende undersøgelse, giver ikke forudsætninger for præcise udregninger ved hjælp af budgetmetoden, som Hansen og Hansen benytter. På baggrund af indblikket i børnenes livsverden, som undersøgelsen har givet, må det dog formodes, at flere af børnene økonomisk befinder sig under det acceptable levestandard, som Hansen og Hansen (2004) definerer.

6.2.2 MODERENS SOCIALE SÅRBARHED

Mødrene i undersøgelsen har ofte personlige problemer; problemer, som børnene vælger at tage hensyn til, ofte med konsekvenser for deres egen trivsel. Hope et al. (1999) finder en sammenhæng mellem øget psykologisk belastning og økonomiske kvaler hos enlige mødre, og en svensk undersøgelse viser, at enlige mødre har et dårligere selv vurderet helbred end kvinder i faste relationer (Burström et al., 1999). McMunn et al. (2001) finder, at mødres velbefindende har stor indflydelse på børns velbefindende uafhængigt af socioøkonomisk status og familiestruktur.

Dette kan tyde på, at moderens sårbarhed har indflydelse på hendes helbred og kan have konsekvenser for børnene på forskellig måde. Eksempelvis er flere af børnenes mødre i nærværende undersøgelse "ædru alkoholikere" og børnene deler dermed skæbne med mere end 60.000 andre danske børn, som vokser op i en familie med alkoholmisbrug (Regeringen, 2002). I en kortlægning om børn i familier med alkoholmisbrug fremgår det, at disse børn har en forøget risiko for sundhedsskadelig udvikling med både somatisk, sociale og psykiske symptomer. Det antages, at cirka halvdelen af disse børn vil klare sig godt uden støtte, mens den anden halvdel vil udvikle forskellige grader af følelsesmæssige, adfærdsmæssige, intellektuelle og interpersonelle forstyrrelser og har behov for støtte i

forskelligt omfang (Nyboe, 2005). Endvidere beskriver Christoffersen (2000) i en longitudinel undersøgelse, at børn med arbejdsløse forældre oplever flere ulemper end andre børn: Længere hospitalsindlæggelser, flytning mere end fem gange og anbringelse uden for hjemmet. Færre af disse børn får en uddannelse, og mange ender derfor selv i arbejdsløshed. Arbejdsløshed rammer ofte familier, der af andre årsager er sårbare, og det kan ifølge Christoffersen (2000) tænkes, at disse sociale problemer ikke beror på arbejdsløshed, men snarere er en konsekvens af familiens sociale historie.

6.2.3 NÅR VOKSENANSVAR BLIVER BØRNEANSVAR

I nærværende undersøgelse konfronteres børnene tidligt med problemstillinger, der primært er at finde i voksenkulturen såsom økonomisk bevidsthed, misbrugsproblemer og social eksklusion på grund af moderens manglende tilknytning til arbejdsmarkedet (Corsaro, 2002; Christoffersen & Soothill, 2003).

Imidlertid tilkendegiver børnene i vid udstrækning en høj grad af familieloyalitet både overfor de fraværende fædre og de sårbare mødre. De udviser voksenansvar overfor mødrene, sørger for ro og giver dem gode råd om at slappe af samt forsikrer, at det nok skal gå. Børnene navigerer såvel i børnekulturen som i voksenkulturen. Balancen mellem barndom og voksenliv forskydes, således at børnene i en tidlig alder modnes til at tage vare på sig selv og familien, når de nære familiære relationer ikke altid slår til. Børnene opnår således ikke altid den omsorg, støtte og hjælp, de selv har behov for til at løse deres egne problemer, idet moderen ofte må opgive at hjælpe dem, fordi hun ikke magter det, eller fordi hun ikke har ressourcer og viden til rådighed, der kan afhjælpe børnenes vanskeligheder. Moderen opfattes af børnene i nærværende undersøgelse som et omdrejningspunkt i hverdagen, men børnene ser hende ikke nødvendigvis som et stabilt holdepunkt i livet.

Det kan konkluderes, at familien som arena for sundhed ud fra definitionen i regeringens Folkesundhedsprogram til tider bliver sat ud af spil i nærværende undersøgelse. Moderen må indimellem kapitulere overfor ansvaret, og børnene må omvendt til tider påtage sig et ansvar, som de ikke som børn burde stå alene med i forhold til deres egen og familiens sundhed (Regeringen, 2002).

6.3 DET HÅRDE BØRNEMILJØ

Nogle af børnene i nærværende undersøgelse har en følelse af at høre til i en gruppe, hvor de står sammen ved at passe på hinanden og forsvare hinanden fysisk og verbalt. For dem er det hårde miljø tilsyneladende ikke et stort problem. De truer selv andre børn, og vold bliver en accepteret handlestrategi om nødvendigt. Det samme finder Johnson et al. (2004), idet unge her påpeger, at vold måske ikke er den rigtige udvej, men at brug af vold til tider er en nødvendighed for at forhindre grovere vold. Clubb et al. (2001) finder i deres undersøgelse af etniske minoriteter, at mere end 60 % af skolebørnene har været involveret i en eller anden form for vold som eksempelvis trusler om overfald, slagsmål og/eller er blevet skadet i en slåskamp. Resultaterne af Ringsted-undersøgelsen viser, at det hårde børnemiljø, som det kommer til udtryk i nærværende undersøgelse, heller ikke er et unikt fund i Danmark. Her har 22 % af de 11-17-årige drenge og 11 % af pigerne inden for det seneste år slået eller tævet andre, mens 16 henholdsvis 14,2 % af børnene er blevet slået eller tævet af andre. Hele 31 % af drengene og 23 % af pigerne er inden for det seneste år blevet truet med at få tæv (Balvig et al., 2005).

6.3.1 MOBNINGENS KONSEKVENSER

De børn i undersøgelsen, der kun har en enkelt eller ganske få venner føler sig mere udsatte og bliver jævnligt udsat for mobning og trusler. Mobningen kan resultere i skader af både fysisk og psykisk karakter.

Eksempelvis har LaFlamme et al. (2002) fundet, at mobning hos to ud af ti børn, der kommer til skade, sandsynligvis har været medvirkende til at udløse det uheld, der forårsagede skaden. Det er dog i langt højere grad de mentale og psykologiske implikationer af mobning, der beskrives i litteraturen som en barriere for sundheden. Således finder Rigby (2003) i et litteraturstudie af mobningens konsekvenser signifikante sammenhænge mellem mobning i skolen og forringet sundhed og velvære, samt at risikoen for dårligt helbred stiger, jo længere perioder barnet er udsat for mobning. Disse fund bekræftes af Due et al. (2005), der på tværs af 28 landes varierende forekomst af mobning finder en stærk og gradueret sammenhæng mellem mobning og forekomsten af såvel fysiske som psykiske symptomer blandt skolebørn i Europa og Nordamerika. Newman et al. (2005) nuancerer ovenstående billede ved at påpege, at de psykiske konsekvenser af mobning er værre for børn, der føler sig alene og isoleret i skolen end for andre børn.

Endelig tager Tolan (2004) skarpt afstand fra påstanden om, at mobning er de rige landes luksusproblem uden synderlige konsekvenser for de involverede børn. Han understreger, at mobning har store sundheds- og uddannelsesmæssige omkostninger for det enkelte barn, og at en målrettet indsats kan betale sig for samfundet.

6.3.2 SOCIAL KAPITAL

Det hårde miljø, som børnene beskriver, lægger sig således ikke nødvendigvis til de fysiske omgivelser, som børnene bor og færdes i til daglig, men i højere grad til de indbyrdes forhold børnene imellem. Det er i denne forbindelse interessant at bringe begrebet social kapital i spil.

Kawachi og Berkman (2000) definerer social kapital som de elementer af sociale strukturer, der udgør ressourcer for individet og fremmer kollektiv handling. Sådanne elementer kan eksempelvis være mellem menneskelig tillid, normer omkring gensidig støtte kombineret med borgernes engagement i lokalsamfundet og graden af tillid imellem lokalsamfundets beboere (Kawachi & Berkman, 2000).

Social kapital er kun i ringe omfang opnåeligt for de dårligst stillede børn i nærværende undersøgelse, hvor mobningens konsekvenser bidrager til, at oplevelsen af mistillid, usikkerhed og utryghed dominerer i hverdagen. Derudover kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt selv de bedst stillede børn har muligheden for at opnå social kapital, når konflikter i nærmiljøet i form af "krig i gården", hærværk og slagsmål finder sted selv for de børn, der indgår i en form for tillidsfulde venskabsgrupper.

Flere undersøgelser påpeger den sociale kapital gavnlige effekter på sundheden. Således finder Kawachi og Berkman selv en sammenhæng mellem social kapital og individets følelse af velvære tillige med et godt selvrapporeret helbred. Drukker et al., finder en sammenhæng mellem social kapital og social kontrol på den ene side og børns mentale sundhed på den anden side. Endelig finder van der Linden et al. (2003), at social cohesion, som er den del af social kapital, der dækker over stærke sociale bånd samt fravær af konflikt eller polarisering, virker som modifikator på sammenhængen mellem at bo i et socialt belastet område og børns mentale sundhed.

Flere undersøgelser af unges udvikling nævner vigtigheden af at engagere sig i organiserede fritidsaktiviteter efter skole, idet det på den ene side holder de unge væk fra hårde miljøer, hvor der ofte er ballade, og på den anden side udvikler kompetencer hos de

unge (Carnegie Council on Adolescent Development, 1995; Gauthier & Furstenberg Jr, 2001). Den sparsomme deltagelse i formelle fritidsaktiviteter bliver derfor en barriere for udviklingen af social kapital, idet børnene i nærværende undersøgelse ikke får mulighed for at være med i et fællesskab, hvor social kapital udvikles i mødet med andre engagerede børn og voksne.

Endelig skal det nævnes, at social kapital ikke altid nødvendigvis er positivt. Eksempelvis kan man forestille sig fællesskaber, der har en høj grad af social kapital; men hvor deltagelse i fællesskabet samtidig indebærer en høj grad af risikoadfærd eller kriminalitet.

Det kan konkluderes, at det hårde børnemiljø udgør en væsentlig barriere for børnenes sundhed, og at børnene i nærværende undersøgelse ikke opnår de sundhedsmæssige gavnlige effekter af social kapital i nævneværdig grad.

6.4 DEN SPARSOMME VOKSENKONTAKT

Børnenes muligheder for at få hjælp, når de har problemer, afhænger af to forhold: Dels at nogen får kendskab til problemerne, og dels at de, der får kendskab til problemerne, formår at hjælpe. At børnenes fortrolighed primært fordeler sig på én eller ganske få venner samt moderen er ganske naturligt. På baggrund af resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen har Due og Holstein (2003) inddelt børnene i følgende kategorier:

1. Integrerede børn, der er fortrolig med mindst én forælder og mindst én ven
2. Voksenorienterede børn, der er fortrolig med en forælder, men ikke nogen venner
3. Kammeratorienterede børn de er fortrolig med en ven, men ikke med forældrene
4. Socialt isolerede børn, der hverken er fortrolig med forældre eller venner.

Det er her de socialt isolerede børn, der er særligt udsatte (Due & Holstein, 2003).

I Jørgensen et al. (2004) fremhæves af de samme forfattere imidlertid vigtigheden af fortrolige voksenkontakter frem for kammeratkontakter, idet børn med fortrolige voksne i Skolebørnsundersøgelsen har bedre selv vurderet helbred og mindre risikobetonet sundhedsadfærd end børn uden fortrolige voksne.

Børnene er i dagligdagen omgivet af voksne, der er uddannede og ansat for børnenes skyld til at varetage forskellige dele af børnenes tarv. Det drejer sig om lærere, pædagoger, for flere af børnene i undersøgelsens vedkommende skolepsykologen, den praktiserende læge og sundhedsplejersken. Alligevel finder børnene ikke støtte og hjælp til hverdagens problemer hos disse voksne professionelle. Forklaringen kan blandt andet skyldes

manglende lydhørhed, for megen travlhed eller at de voksne ganske enkelt ikke føler sig rustet til at gå ind i en dybere dialog med børnene om alvorlige problemer. For den praktiserende læge og sundhedsplejerskens vedkommende handler det sandsynligvis tillige om den sparsomme konsultationstid, der er til rådighed til det enkelte barn, som gør det svært at få øje på problemerne.

Det kan imidlertid også skyldes, at børnene føler barrieren til den voksne for stor, eller at de ikke har tillid til, at det fører til noget godt at betro sig til en voksen. Samdal et al. (1998) påpeger i forhold til tilfredshed med skolen vigtigheden af, at eleverne føler sig retfærdigt behandlet, at de føler sig trygge, og at de tror på, at lærerne vil støtte dem, hvis der er problemer. Osen et al (2000) finder, at støtte fra lærere, forældre og klassekammerater har en betydning for børns selvvurderede helbred.

Børnene i nærværende undersøgelse oplever en manglende tro på, at de voksne kan eller vil gøre en forskel. Samme problematik kommer til udtryk i en undersøgelse af Fekkes et al. (2005), hvor over halvdelen af børn, der blev mobbet, ikke havde fortalt deres lærere, at de blev mobbet. Endvidere havde hverken lærere eller forældre talt med majoriteten af udøverne af mobning om deres adfærd. Fekkes et al. (2005) finder endvidere, at hvis der blev grebet ind, så havde indsatsen ofte ingen effekt, og for nogen gjorde den endda situationen værre.

Nærværende undersøgelses fund viser på den ene side et system, der er konstrueret med henblik på at støtte op om børn med problemer og fremme deres sundhed, og på den anden side børn, der oplever, at de er alene om at løse deres problemer. Spencer (2003) omtaler dette dilemma som "the inverse care law", hvor de, der er i størst risiko og har mest brug for hjælp, har mindst sandsynlighed for at blive nået med en varig hjælp.

Diagnosen DAMP bliver en redning for to af børnene. DAMP er en efterhånden velkendt diagnose, som lærerne ved, hvordan de skal forholde sig overfor. Skolevæsenet og det offentlige system rummer ligeledes foranstaltninger, der tilgodeser børn med netop disse problemer. Stewart-Brown (2003) udpeger dog følelsesmæssige og adfærdsrelaterede problemer som den vigtigste årsag til problemer i barndommen. Der er ifølge hende en gruppe af børn, der befinder sig i en gråzone, fordi de på den ene side ikke har det godt, og på den anden side ikke lever op til diagnostiske manualer om psykiske forstyrrelser. De to børn med DAMP får sandsynligvis den fornødne hjælp og opmærksomhed på grund af deres diagnose, mens de andre børns psykiske og adfærdsmæssige problemer ikke på

samme måde har en standardiseret karakter, der ”pr. automatik” udløser en systemisk indsats.

Jensen (2000) har tilsvarende fundet, at børn, der oplever problemer, har svært ved at finde nogen at dele dem med; måske fordi de føler, at det er skamfuldt at fortælle om problemerne. Det svære i børns liv har ifølge hende en tendens til at ”klumpe” sig sammen (Jensen, 2000), og hun påpeger vigtigheden af, at voksne ser og opfatter børns signaler med empati. Det er ikke utænkeligt, at det er sådanne mekanismer, der er på spil for nogle af børnenes vedkommende i denne undersøgelse. Det betyder blot, at de udover problemerne tillige har skammen at kæmpe med.

Det kan konkluderes, at moderen i nærværende undersøgelse ofte er den eneste fortrolige voksne. Det kan volde problemer, idet moderen selv er sårbar og ofte uden overskud. Dertil kommer, at hun nogle gange selv er medvirkende til barnets problemer. Konsekvensen for nogle af børnene bliver, at fortroligheden til moderen begrænses til bestemte emner eller til perioder, hvor barnet vurderer, at moderen kan klare at høre problemerne. Dermed er børnene alligevel alene om det, der er svært. Det, der kunne ændre denne situation, er børnenes møde med nogen udover moderen, der engagerer sig i dem som voksenvenner eller professionelle voksne og derved skaber et mønsterbrud (Elsborg et al., 1999; Cronström-Beskow, 1998). Denne form for mønsterbrydere er dog ikke blevet identificeret blandt børnene i nærværende undersøgelse.

6.5 DEN ENSOMME KAMP FOR SUNDHED

Børnenes fortællinger bærer ikke præg af en iboende tro på, at de har indflydelse på omgivelserne, som blot påvirkes af den sårbarhed, der hører med til et naturligt hverdagsliv med op- og nedture. Selvværd og selvtillid er for disse børn tværtimod noget, de må kæmpe for at bevare, og for en del af dem er det noget, der dagligt drages i tvivl af dem selv eller deres omgivelser. De børn, der trods dagligdagens udfordringer finder glæde og indhold i hverdagen eksempelvis gennem personlige interesser, bevarer tilsyneladende bedst selvtilliden. Enkelte ser endog ud til at være i en proces, hvor de er ved at lære at håndtere konfrontationerne i skolen og derigennem at reducere det negative syn på sig selv.

6.5.1 SENSE OF COHERENCE

Antonovskys begreb sense of coherence kan benyttes til at nuancere forståelsen af

børnenes oplevelse, idet han definerer sense of coherence som en indstilling til tilværelsen, der kan forklare, hvordan nogle mennesker formår at klare sig i livet trods svære omstændigheder (Antonovsky, 1993). Tre elementer gør sig i denne forbindelse gældende: At tilværelsen er forståelig for individet, således at individet er i stand til kognitivt at rumme den; at tilværelsen er håndterbar i den forstand, at individet ser en række muligheder for at håndtere forskellige situationer; og sidst at individet finder mening i tilværelsen.

Der er kun ganske få studier af sammenhængen mellem sense of coherence og store børns sundhed. Blandt disse er Torsheim et al. (2001), som har fundet en stærk association mellem lav sense of coherence og helbredsklager. Således kunne næsten halvdelen af variationen i helbredsklager i deres undersøgelse forklares med forskelle i graden af sense of coherence. Blandt voksne er ligeledes fundet sammenhæng mellem sense of coherence og sundhed. Dette finder eksempelvis Lundberg (1997), som foreslår, at sense of coherence måske kan forklare en del af den sociale ulighed i sundhed. Skønt alle børnene i nærværende undersøgelse kæmper med barrierer i hverdagen, er der alligevel variationer at spore i den personlige kamp for at bevare selvtilliden og selvværdet. Her afspejler børnenes sense of coherence forskelle i forudsætningerne for, hvordan børnene takler udfordringerne i det daglige og i forhold til fremtidens mål. Det lader særligt til at være elementet af mening med tilværelsen, der spiller en rolle i forhold til børnenes selvtillid og selvværd i nærværende undersøgelse.

6.6 SYNTASE AF DISKUSSIONEN AF RESULTATER

Diskussionen af resultaterne har nuanceret undersøgelsens fund, og det kan konkluderes, at børnenes oplevelse af sundhed ikke adskiller sig væsentligt fra andre børns opfattelse af sundhed, at børnene i undersøgelsen er bevidste om, hvad der skal til for at leve sundt, men at sundhed samtidig udløser en dårlig samvittighed over ikke at leve op til normative forventninger om eksempelvis kost og motion.

Endvidere bliver familien som arena for sundhed, jf. definitionen i regeringens Folkesundhedsprogram (2002) i afsnit 2.2, til dels sat ud af spil på grund af moderens økonomiske og sociale sårbarhed. Det viser sig ligeledes, at social kapital kun i meget ringe omfang er til stede i børnenes kammeratskabskreds og nærmiljø. Det hårde miljø og i særdeleshed konsekvensen af mobning skaber en kompleks hverdag, der slider på børnenes

selvtillid og selvværd. Tilstedeværelsen af professionelle voksne i dagligdagen gør ikke den store forskel i forhold til børnenes problemer, idet børnene udviser sparsom fortrolighed og tilkendegiver ringe voksenkontakt. Dermed står børnene ofte alene med problemerne. Fællesskabets funktion som ressource i forhold til den enkeltes sundhed, som det defineres i Folkesundhedsprogrammet, viser sig dermed i praksis at være utilstrækkelig.

Set i lyset af ovenstående er konsekvensen for børnene, at de må påtage sig voksenansvar og kæmpe en ensom, kompleks kamp, for at opretholde deres egen sundhed og trivsel i en barrierefyldt hverdag.

7 DISKUSSION AF DESIGN OG METODE

Kvaliteten af undersøgelsen og resultaterne heraf bør ses i lyset af de valg, der er foretaget på alle stadier af undersøgelsen, idet sådanne valg ikke er uskyldige, men har konsekvenser for resultaterne (Andersen, 1999). Lincoln og Guba (1999) har opstillet fire kriterier for kvaliteten af resultaterne i kvalitative studier. Det første kriterium er resultaternes troværdighed, det andet handler om resultaternes overførbarhed til andre sammenhænge, mens det tredje og fjerde kriterium, der operationelt lægger sig op ad hinanden, er pålideligheden og muligheden for bekræftelse af resultaterne fra anden side. Malterud påpeger, at kvaliteten af undersøgelsen som helhed ligeledes afhænger af en kritisk refleksion over hele forskningsprocessen (Malterud, 2001). Kvaliteten af nærværende undersøgelse diskuteres i forhold til disse fem kriterier og er inspireret af Miles & Hubermans retningslinjer for kvalitativ forskning (Miles & Huberman, 1994).

7.1 TROVÆRDIGHED

En undersøgelses troværdighed er et spørgsmål om, hvorvidt resultaterne af undersøgelsen belyser problemstillingen og giver mening i forhold til formålet med undersøgelsen. Troværdigheden afhænger derfor i høj grad af undersøgelsens design og metode og hensigtsmæssigheden heraf i forhold til problemstillingen (Lincoln & Guba, 1999).

7.1.1 METODOLOGIEN

Formålet med nærværende undersøgelse er at belyse, hvordan børn fra fattige familier oplever deres sundhed. Der er således tale om anden ordens betragtning af første ordens

betragteren – barnets – erkendelse af begrebet sundhed. Da den erkendelse, der ønskes belyst, er børnenes oplevelse, har det været hensigtsmæssigt at basere undersøgelsen på et fænomenologisk perspektiv. Med fænomenologi som metodologi bliver det muligt at få indblik i netop det, der har betydning for børnene, idet der ikke på forhånd tillægges analysen noget teoretisk perspektiv. Undersøgelsen giver dermed et indblik ind i verden, som børnene oplever den, i deres sundhedsopfattelser og i de problemer og begrænsninger, som - uanset omgivelsernes forståelse - er realitet for den enkeltes kamp for sundhed. Maron (2003) påpeger tilsvarende i sin diskussion af fænomenologi som metodologi, at den fænomenologiske tilgang afdækkede betydninger, problematiske aspekter, kompetencer og viden i de interviewede børns fortællinger, idet den åbnede mulighed for at komme tæt på børnenes livsverden.

7.1.2 INFORMANTERNE

At vælge børn som informanter i nærværende undersøgelse har været hensigtsmæssigt, idet børn har et unikt kendskab til deres eget liv og har viden, som voksne ikke alene kan få øje på (Andersen & Kjærulff, 2003). Det gælder særligt på de områder, der handler om følelser og om, hvordan børnene har det (Jørgensen, 2000). De kan derfor berige forskningen med originale bidrag, hvilket Husserl i Zahavis udlægning opfordrer til i fænomenologiske undersøgelser (Zahavi, 2003).

Alder spiller imidlertid en afgørende rolle for, hvilke oplysninger, det er muligt at få fra børn. Andersen og Kjærulff (2003) finder, at børn under ti år ikke egner sig til undersøgelser, der forudsætter selvindsigt, mens teenagere ikke har problemer med sådanne refleksioner, og 11-årige kun delvist har problemer med refleksioner.

Af refleksionsmæssige årsager blev den nedre aldersgrænse således sat til 11 år i nærværende undersøgelse, mens den øvre grænse for målgruppen, 15 år, lægger vægt på, at børnene fortsat skal være økonomisk afhængige af husstandens indkomst.

At alle informanterne i praksis er mellem 12 og 13 år lægger en refleksionsmæssig begrænsning på belysningen af problemstillingen i forhold til begreber, børnene ikke i forvejen er kendte med, ligesom der kan være begrænsninger med hensyn til børnenes refleksioner om forhold vedrørende andre, herunder moderen, søskende og venner (Andersen & Kjærulff, 2003).

En homogen udvælgelse af børn fra fattige familier som strategi var en naturlig følge af

ønsket om at belyse netop fattige børns oplevelser. Således har fattigdom været et vilkår for undersøgelsen. Det ville have voldt store problemer med specifikke krav om kendskab til indtægten i børnenes familier, hvilket sandsynligvis ville have vanskeliggjort rekrutteringen. På den anden side kan det ses som en styrke, at alle forældrene har tilkendegivet en indtægt under 145.000 kr./år før skat, og at børnene dermed kommer fra væsentligt mere lige forhold end kriterierne for den homogene udvælgelse lagde op til. Dette forhold styrkes af, at børnene på trods af designets aldersinterval på 11-15 år, jf. afsnit 4.6, alle var mellem 12 og 13 år. Således har det i analyserne ikke været nødvendigt at tage synderligt højde for aldersforskelle eller forskelle på de økonomiske vilkår i familien, og det vurderes at være en styrke ved resultaterne, at der er tale om så homogen en gruppe af børn.

Det er dog ikke utænkeligt, at en mulighed for at differentiere mellem familiernes indtægt ville have bidraget med yderligere nuancering af og forståelse for børnenes oplevelse af sundhed. Derudover var det et bevidst valg ikke at inddrage hjemløse børn, institutionaliserede børn samt børn med anden etnisk baggrund end dansk, skønt særligt sidstnævnte gruppe udgør en væsentlig del af børn fra fattige familier i Danmark (Hussain, 2004). Det formodes, at resultaterne fremstår klarere med denne indsnævring af målgruppen, idet de mange særlige forhold af betydning for de fravalgte gruppers oplevelse af sundhed ikke farver resultaterne.

Det forhold, at de fleste børn er rekrutteret til et socialt arrangement i Frelsens Hær for familier, der havde modtaget julehjælp, må derimod anses som en u hensigtsmæssig begrænsning, idet man kan formode, at det er en særlig gruppe af mennesker, der møder op til et sådant arrangement. Således formodes det på den ene side, at disse personer er så trængte økonomisk, at de "ydmyger sig" og søger om hjælp. På den anden side har de så meget personligt overskud, at de 1) har erkendt behovet for hjælp, 2) har magtet at handle på behovet for hjælp og 3) har ønsket og formået at komme til et opfølgingsarrangement fire måneder senere.

Det er således sandsynligvis ikke børn fra de mest ressourcetsvage fattige familier i Danmark, der har deltaget i nærværende undersøgelse. Man kan derfor formode, at problemerne i mange familier er mere omfattende og massive, end undersøgelsen afspejler. Endelig formodes det, at en del af befolkningen på trods af deres økonomiske problemer ikke ønsker at deltage i et socialt arrangement med et religiøst indhold. Om denne

sidstnævnte gruppe adskiller sig væsentligt fra den førstnævnte er det dog ikke muligt umiddelbart at sige noget om.

7.1.3 KVALITET AF INTERVIEWS

Kvalitative forskningsinterviews er ifølge Fog (2004) et redskab til at få indblik i informantens perspektiv på en given situation eller et givent emne for derigennem at få fat i de betydninger, som ting og forhold har for informanten. Et interview kan imidlertid aldrig give et fuldstændigt indblik i en anden persons livsverden, men vil altid være et øjebliksbillede. For at styrke troværdigheden af undersøgelsen anbefaler Lincoln og Guba (1999) et længerevarigt engagement i forhold til informanterne med henblik på at opbygge tillid eller alternativt vedholdende observation.

Dette er søgt imødekommet med to interviews i stedet for blot et enkelt. Dette har bidraget med tre aspekter til undersøgelsens troværdighed. For det første har det givet mulighed for at uddybe forhold, som blev berørt i første interview, men som her ikke blev beskrevet fyldestgørende. Dermed gav interview nummer to mulighed for at vigtige forhold og uklarheder blev forfulgt og belyst. For det andet bevirkede første interview som forventet i mange tilfælde en større fortrolighed i andet interview, idet barnet nu var mere trygt ved interviewerens og situationen og vidste, hvad der skulle foregå. Derfor blev en del personlige forhold fortalt i andet interview, som end ikke blev nævnt i det første. For det tredje bevirkede anden interviewrunde en større ydmyghed overfor den viden, der opnås gennem kvalitative forskningsinterviews, idet de første interviews hver især fremstod som ufuldstændige i lyset af informationerne fra de næste interviews. Jensen (2002) finder det ligeledes anvendeligt med gentagne interviews, mens Maron angiver, at det ville have styrket hans data med to interviews med hver informant i kombination med fokusgruppediskussion i stedet for blot et interview i kombination med fokusgruppediskussion (Maron, 2003).

Formålet med undersøgelsen var at få indblik i, hvad der fyldte i børnenes oplevelse og opfattelse af sundhed, i højere grad end hvordan børn forholder sig til en på forhånd fastsat opfattelse af sundhed. En så åben tilgang som her anvendt har vist sig hensigtsmæssig til afdækning af en relativt ubelyst problemstilling. Den har bevirket et kendskab til forhold, som ikke ville have ligget inden for en fastsat opfattelse af sundhed, men som har vist sig at have betydning for disse børns oplevelse af sundhed. Det ustrukturerede interview er

ifølge Fontana og Frey (1994) netop velegnet til at få indblik i den komplekse menneskelige adfærd uden at anlægge på forhånd definerede kategorier, der kan begrænse undersøgelsen. Dertil kommer, at det fremmer spontane fortællinger hos børn at give dem en vis indflydelse på interviewet (Garbarino et al., 1997). Prisen har imidlertid været, at nogle forhold ikke er blevet berørt af alle informanter, ligesom alle aspekter af (voksnes syn på) begrebet sundhed ikke er blevet belyst systematisk.

De fleste interviews blev afholdt i barnets hjem jf afsnit 4.4.2, hvilket har bidraget med værdifulde nuancer til forståelsen af børnenes oplevelser i form af kendskab til hjemmet som ramme samt givet mulighed for i flere tilfælde at tale – kortere eller længere – med moderen. Mangel på dette må derfor anses som en svaghed i forhold til konteksten for de to børn, der blev interviewet på en skole.

Der har været stor forskel på, hvor nuancerede og fyldestgørende informationerne har været. Således bærer tre interviews præg af korte sætninger og få frie fortællinger, mens fem interviews indeholder mange fortællinger med detaljerede beskrivelser af forhold af betydning for børnene. Miles og Huberman (1994) nævner vigtigheden af at identificere områder, der er usikre i undersøgelsen for at styrke troværdigheden. I nogle tilfælde er spørgsmål i interviewet blevet mødt med en direkte afvisning, hvor barnet ikke har haft lyst til at svare. Andre gange har det blot været en fornemmelse, at barnet har forsøgt at undgå visse emner eller detaljer, og atter andre gange er det uvist, hvilke detaljer eller områder, der ikke bliver nævnt, og derved hvilke dele af livsverdenen, interviewerens ikke fik adgang til. Når børnene har sat grænser verbalt eller nonverbalt, er det blevet prioriteret højere at respektere dette end at få afdækket eller nuanceret disse forhold. Dette medfører at nogle emner i datamaterialet, ikke er fyldestgørende belyst. Således kan vi konstatere, at flere børn har haft traumatiserende oplevelser uden at kunne nuancere effekten heraf på børnene.

7.1.4 OBSERVATØRTRIANGULERING

En teknik til styrkelse af troværdigheden er ifølge Lincoln og Guba (1999) triangulering. I nærværende undersøgelse er der således anvendt observatørtriangulering i bearbejdning og analyse af data. Ved observatørtriangulering inddrager forskeren andre i dele af processen som en kontrol af denne proces, og resultatet bliver en konsensus mellem flere personer i stedet for blot at bero på én persons vurdering (Holstein, 1995). Således er interviews

gennemlyttet af begge interviewere og huskelisten til andet interview er udarbejdet i fællesskab som beskrevet i afsnit 4.4.3. I analysen af resultaterne er temaerne i de enkelte interviews samt hele analysen på tværs af interviews ligeledes blevet til i et samarbejde mellem de to interviewere som beskrevet i afsnit 4.6.4 og 4.6.5.

Et sidste forsøg på at styrke troværdigheden af nærværende undersøgelse, der skal nævnes her, er negativ case analyse i forhold til de personer, der falder uden for temaerne i analysen af data (Lincoln & Guba, 1999). De fleste aspekter af essensen i nærværende undersøgelse har et unikt tema som modstykke. Det unikke tema repræsenterer temaer som kun findes hos enkelte deltagere, og som derfor ikke kan kategoriseres som et generelt træk, jf. afsnit 4.6.5. Disse unikke temaer blev i hele analysen på tværs af interviews og i præsentationen af resultaterne brugt til at sætte de generelle træk på spidsen. Således er der overensstemmelse mellem essensen af undersøgelsen som svar på problemstillingen og alle informanter i undersøgelsen.

7.2 PÅLIDELIGHED OG MULIGHED FOR BEKRÆFTELSE

En pålidelig undersøgelse er ifølge Miles og Huberman (1994) karakteriseret ved, at der er konsistens i undersøgelsen, det vil sige overensstemmelse mellem alle dele af undersøgelsen, mens mulighed for bekræftelse lægger sig til karakteristika ved datamaterialet og analysen af data og bliver et spørgsmål om, hvorvidt disse karakteristika kan bekræftes af andre. Lincoln og Guba påpeger den tætte sammenhæng mellem pålidelighed og troværdighed i praksis, således at en demonstration af undersøgelsens troværdighed er tilstrækkelig til at fastslå pålideligheden. Der er dog nogle nuanceforskelle, idet troværdigheden lægger sig til hensigtsmæssigheden af de valg, der er truffet, mens pålideligheden er baseret på omhyggeligheden og grundigheden i selve udførelsen af undersøgelsen på samme måde som muligheden for bekræftelse (Miles & Huberman, 1994; Lincoln & Guba, 1999).

7.2.1 DATAINDSAMLING

En forudsætning for en god interviewundersøgelse er ifølge Fog (2004) en grundigt udført forundersøgelse med henblik på at udvide sit kendskab til emnet for undersøgelsen og at kunne forstå, hvad informanten taler om. Interviews med nøgleinformanter gav i den forbindelse et uvurderligt indblik i professionelles arbejde med børn i dagligdagen og var

til stor inspiration for de efterfølgende interviews, såvel hvad angik indhold som struktur. Idet alle informanter havde forskellige tilgange til arbejdet med børn, blev mange aspekter af børnenes hverdag og udtryksformer belyst. Gennem en sådan udvidelse af erkendelsen af genstandsfeltet blev det muligt at nuancere og udbygge forståelsen af børnenes liv og af det at være fattig i Danmark. Dette bidrog til et større overblik i interviewsituationerne, øje for at forfølge og uddybe en række forhold, samt en større empati overfor det enkelte barn i forhold til specifikke emner.

For at styrke pålideligheden er alle dele af dataindsamling og efterfølgende behandling forsøgt udført med stor omhyggelighed og grundighed, som beskrevet i afsnittene 4.4.1, 4.4.2 og 4.5. Som en særlig styrke i forhold til tidligere erfaringer med interviews skal fremhæves kvaliteten af de digitale optagelser. Denne form for optagelse muliggjorde ordret gengivelse af fjorten timers optagelser. Der var kun tre undtagelser, hvor det ikke var muligt at høre et enkelt ord eller en enkelt sætning, heraf var kun den ene meningsforstyrrende. En svaghed ved kvaliteten af indsamlede data er, at et interview ved en fejl ikke blev optaget. Dette er søgt imødekommet ved et umiddelbart efterfølgende diktat samt et meget langt og fyldigt andet interview, hvor størsteparten af emnerne er blevet beskrevet igen, mens nuancer og følelser udtrykt i tonefald, pauser og formuleringer fra første interview er gået tabt. Det vurderes dog, at fejlen ikke påvirker essensen af undersøgelsen og dermed belysningen af problemstillingen, idet tabene er på detalje- og nuanceniveau, mens essensen er en syntese af generelle temaer.

7.2.2 ANALYSEN AF DATA

For at undersøgelsen kan anses som pålidelig, skal der ifølge Fog (2004) være konsistens i analysen af den enkelte interviewperson og konsistens interviews imellem. Miles og Huberman påpeger tillige vigtigheden af meningsfulde paralleller på tværs af interviews (Miles & Huberman, 1994).

Det har været et valg i nærværende undersøgelse med nogle ganske få undtagelser at følge Hycners vejledning til en fænomenologisk analyse systematisk. Når Hycners vejledning er valgt frem for eksempelvis Giorgi (1975), er det fordi Hycner er meget udførlig i sin beskrivelse og lægger vægt på en grundig og trinvis proces, mens selve indholdet af de to beskrivelser ikke adskiller sig synderligt fra hinanden.

Hycner tillægger det indledende analysearbejde med konstruktionen af generelle og

relevante betydningsbærende enheder forholdsvis stor vægt. Hvis de udføres systematisk på alt datamaterialet, tvinger de netop forskeren til at fokusere på den betydning, udsagnene har for informanten og ikke for forskeren selv, hvilket er helt essentielt i fænomenologien. Samtidig styrkes konsistensen i analysen af den enkelte interviewperson. Arbejdet med at analysere hvert trin igennem for hvert interview har bevirket, at resultaterne er blevet gennemgået og krydsrevideret mange gange inden de nåede deres nuværende form. Trods den langsommelige og systematiske tilgang har det været en bestræbelse tillige at lade sig overraske undervejs og inspirere af undren over nuancer ved børnenes fortællinger. Dette anses som en styrke i forhold til konsistens i analysen. Da resultaterne af hvert trin i analysen er gemt enten som filer eller i papirform er det muligt at efterprøve eller blot at kontrollere analysen med henblik på bekræftelse, som Lincoln og Guba anbefaler det (Lincoln & Guba, 1999).

Montgomery styrker pålideligheden og muligheden for bekræftelse af sin fænomenologiske undersøgelse ved at lade en ekspert i kvalitative metoder foretage en audit på konklusionerne efter Lincoln og Gubas auditanvisninger (Lincoln & Guba, 1999), hvorefter de i fællesskab når frem til konsensus om uoverensstemmelserne (Montgomery, 2002). Dette kan sammenlignes med observatørtianguleringen behandlet i afsnittet om troværdighed (7.1.3). Der er i nærværende undersøgelse ikke udført en egentlig audit. Den kvalitative analyse er i stedet udført af to i fællesskab med løbende vejledersupervision og diskussion af alle trin i analyseprocessen.

7.2.3 ERKENDELSESPOSITIONEN - AT BRUGE SIG SELV SOM REDSKAB

Brug af kvalitative forskningsinterviews som dataindsamlingsmetode indebærer brug af sig selv som redskab. Dette kræver ifølge Fog (2004) meget af forskeren som person, idet empati, indlevelsesevne og evne til at lytte aktivt og forfølge emner af relevans for problemstillingen er en forudsætning for et godt datamateriale. Dertil kommer nødvendigheden af en selvransagelse med henblik på ikke at lade egne følelser samt forkærlighed og fordomme styre samtalen. Tidligere erfaringer med kvalitative forskningsinterviews har derfor været en stor fordel i udførelsen af nærværende undersøgelse, ligesom den i fællesskab udførte kritiske refleksion over erkendelsespositionen var en frugtbar øvelse forud for interviews. I denne forbindelse har det været en styrke at være to om undersøgelsen, idet der gennem hele forløbet har været

en åben dialog omkring indhold, udførelse og analyse af de kvalitative interviews.

Malterud påpeger vigtigheden af kritisk refleksion over alle aspekter af undersøgelsen (Malterud, 2001), og fænomenologien fordrer, at erkendelsespositionen sættes i parentes (Zahavi, 2003). For at blive i stand til at reflektere kritisk i analysefasen og sætte erkendelsespositionen i baggrunden blev det nødvendigt med debriefing, ikke blot indledningsvist, men i forbindelse med samtlige interviews. I den forbindelse var det igen en stor styrke at være to, idet debriefing blev en naturlig del af hele dataindsamlings- og analysefasen, og etiske overvejelser om videregivelse af informationer fra interviews blev dermed ikke nødvendig.

Endelig er konsensus i undersøgelsen søgt ekspliciteret ved, at essensen som resultat af undersøgelsens analyse giver svar på forskningsspørgsmålene og dermed på problemstillingen.

7.3 OVERFØRBARHED

Overførbarheden, som er det sidste af Lincoln og Gubas kriterier, er et spørgsmål om, i hvilket omfang undersøgelsens fund kan overføres til andre kontekster (Lincoln & Guba, 1999). Ifølge Lincoln og Guba kræver en sådan overførbarhed et indgående kendskab til konteksten og præmisserne, som resultaterne er påvirket af, såvel som konteksten de skal appliceres i. Det er derfor ikke muligt for forskeren at specificere overførbarheden af en undersøgelse. Derimod bør tilstrækkeligt detaljerede og grundige beskrivelser af alle undersøgelsens relevante aspekter stilles til rådighed med henblik på overførbarhed. Lincoln og Guba anbefaler, at dette tager form af en refleksiv journal. Specialet som helhed er et sådan forsøg på at reflektere over alle dele af undersøgelsen og dermed på overførbarhed af nærværende undersøgelses resultater.

7.4 ETISKE FORDRINGER

Det var i to tilfælde nødvendigt at foretage en opfølgning på interviewsituationen. Først gav en samtale med moderen efter interviewet anledning til anbefaling af mulige aktiviteter for familien såvel som for børnene for at afhjælpe deres isolerede og trængte situation. Desuden eftersendtes et forslag på litteratur vedrørende børns sundhed og selvtillid for at imødekomme et ønske om viden på området fra moderens side.

Det blev endvidere nødvendigt at foretage en underretning til en kommunal instans

vedrørende et af børnene i undersøgelsen, da det blev vurderet, at viden fra interviewet gav anledning til tvivl om barnets tarv. Ifølge servicelovens § 35 er enhver borger forpligtet til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til, at børn under 18 år bliver udsat for vanrøgt, nedværdigende behandling eller lever under forhold, der er til skade for deres sundhed og udvikling (Michelsen, 2000; www.retsinfo.dk). At bryde fortroligheden og barnets anonymitet var derfor et aktuelt forskningsetisk dilemma, som gav anledning til mange overvejelser. Efter konsultation med socialpædagogiske fagkyndige, specialevejlederne og tidligere professor i Social Medicin Niels Michelsen stod det klart, at det blev nødvendigt at underrette kommunen for at sikre det tilsyn, som kommunen efter §38 i serviceloven er forpligtet til, når der foreligger oplysninger om, at et barn trænger til særlig støtte.

8 PERSPEKTIVERENDE DISKUSSION

Det fremgår af diskussionen af resultater jf. afsnit 6.5, at børn fra fattige familier i denne undersøgelse ofte må påtage sig voksenansvar, og at de kæmper en ensom, kompleks kamp for at opretholde deres egen sundhed og trivsel i en barrierefyldt hverdag. Dette fund perspektiveres i forhold til kvantitative undersøgelser om fattigdoms konsekvenser for børns helbred og helbredet set i et livsforløbsperspektiv. Endvidere er det fundet relevant at perspektivere undersøgelsens fund i forhold til regeringens ønske om at den enkelte, familien og fællesskabet har ansvar for sundheden samt at forholde sig til, hvilke implikationer undersøgelsens fund kan have for fremtidig praksis og forskning vedrørende børn fra fattige familier.

8.1.1 FATTIGDOMS KONSEKVENSER FOR HELBRED

Børnenes selv vurderede helbredsstatus fremgår ikke eksplicit af resultaterne af nærværende undersøgelse, fordi fokus har været på børnenes individuelle opfattelse af sundhed. Der er imidlertid foretaget mange kvantitative studier af sammenhængen mellem fattigdom og børns helbred, og det er derfor fundet relevant i lyset af disse studier at perspektivere, hvilke forhold de fattige børn i undersøgelsen er oppe imod.

Børn fra lavere socioøkonomisk baggrund har eksempelvis ifølge Spurrier et al. (2003) signifikant dårligere sundhedsrelateret livskvalitet end børn fra socioøkonomisk mere velstillede familier hvad angår fysiske som følelsesmæssige problemer. Spencer (2005)

finder, at børn af enlige mødre i hans undersøgelse har signifikant højere risiko for dårligt helbred, langvarig sygdom, vanskeligheder i skolen og involvering i kriminalitet. Materielle afsavn som følge af fattigdom kan forklare næsten hele denne forskel på børn af enlige mødre og børn i familier med to forældre. Janson et al. (2001) påpeger en tæt sammenhæng mellem økonomisk stress og forældrenes rapportering af symptomer blandt deres børn. Denne sammenhæng er særligt udtalt blandt teenagedrenge, hvor nedtrykthed, søvnbesvær, ondt i maven og hududslæt forekommer langt hyppigere. Begrebet økonomisk stress anses som et samspil mellem det at mangle kontantmarginale, have problemer med at klare de løbende udgifter, være tvunget til at låne penge, søge socialbidrag, begrænse sit madindkøb, afstå fra tøjindkøb og ikke at betale husleje. Endelig fremgår der af Skolebørnsundersøgelsen klare sociale forskelle i selvvurderet helbred, idet elever fra socialgruppe I har bedst helbred, færrest symptomer og mindst forbrug af lægemidler, mens elever, hvis forældre tilhører socialgruppe V, har ringest helbred, flest symptomer og størst lægemiddelforbrug (Due & Holstein, 2003).

8.2 FATTIGDOM OG SUNDHED I FORHOLD TIL LIVSFORLØBET

Forskning med udgangspunkt i livsforløbsperspektiv lægger blandt andet vægt på studier af den enkelte og familien i en social og historisk kontekst og kan eksempelvis fokusere på betydningen af sociale forandringer, transitioner samt historiske og personlige begivenheder for den enkeltes og familiens livsbane (Dewilde, 2003). Schoon et al. (2003) har studeret, hvorledes ulighed i mental sundhed fremkommer i det tidlige livsforløb og udvikler sig over tid. De finder, at socioøkonomiske omstændigheder påvirker adfærdsmønstret igennem barndom og ungdom, og at effekterne af de socioøkonomiske omstændigheder yderligere afspejles i voksenlivets psykosociale funktionsevne. Hvis adfærdstilpasning undermineres i en tidlig alder på grund af socioøkonomiske faktoreres risikopåvirkning og dermed skaber øget sandsynlighed for adfærdsvanskeligheder i ungdommen, så vil det sandsynligvis også have implikationer for den enkeltes sense of coherence. Den enkelte vil således være sårbar i barndommen og i voksenlivet i forhold til at omstille sig og møde livets udfordringer.

van Lenthe et al. (2004) finder, at personer fra lavere socioøkonomiske grupper er helbredsmæssigt udsatte ved at have højere prævalensrater af dårligt selvvurderet helbred, højere incidensrater af myokardieinfarkt og højere mortalitetsrater. Årsagerne hertil

begrundes med materielle afsavn, usund adfærd, psykosociale karakteristika og fattigdom i barndommen. Dette fund nuanceres af Lynch et al. (1997), som viser, at dårlig sundhedsadfærd og psykosociale karakteristika er relateret til en dårlig socioøkonomisk start i livet, lavt uddannelsesniveau og lav socialklasse. Implikationerne af dette fund betyder, at adfærd i voksenlivet og psykosociale karakteristika ikke er et resultat af den enkeltes frie valg, men er relateret til og præget af barndommens socioøkonomiske situation. Poulton et al. (2002) påviser ligeledes en socioøkonomisk gradient i relation til sundhed og hævder, at det ikke blot vedrører enkelte parametre, men omfatter mange områder af befolkningens sundhed såsom de fysiske, dentale og mentale aspekter. De argumenterer ligeledes for, at det er muligt at reducere sygdomsbyrden i det voksne liv ved at beskytte børn imod effekten af ulighed i sundhed på baggrund af socioøkonomiske forskelle.

8.3 DET FÆLLES ANSVAR

Regeringen udtrykker som tidligere nævnt i Folkesundhedsprogrammet (2002) et ønske om at reducere den sociale ulighed i sundhed. Der lægges op til, at sundhed er et fælles ansvar, således at den enkelte, familien, det nære fællesskab og de sociale myndigheder alle har del i ansvaret for den enkeltes sundhed, og at alle disse parter skal yde deres til at forbedre sundheden. Denne strategi er imidlertid dybt problematisk i forhold til sundheden for børn fra fattige familier.

Det enkelte barn kæmper ifølge denne undersøgelse en personlig kamp blot for at bevare det selvværd, som er af afgørende betydning for sundheden, nogle med større succes end andre. Der kan derfor rejses tvivl om, hvorvidt børnene overhovedet har overskud i hverdagen til at tage ansvar for egen sundhed.

Børnene i nærværende undersøgelse indgår primært i familiestrukturer, som består af familier med enlige mødre. Undersøgelsens fund kan tyde på, at familien som sundhedsmæssig ressource for børnene til tider hviler på et spinkelt grundlag i fattige familier, idet moderen på trods af, at hun gør, hvad hun kan for at være en god mor og tage ansvar for sine børn, viser sig utilstrækkelig i forhold til at varetage børnenes sundhed.

Endelig er implikationerne ved det nære fællesskab beskrevet, idet børnene har sparsomt udbytte af kammeratfællesskabet som salutogenetisk faktor. Dertil kommer det utilstrækkelige voksenfællesskab, der kun i begrænset omfang får indflydelse på barnets

sundhed.

Jørgensen (2002) konstaterer, at indsatsen overfor udsatte børn støder mod mange barrierer. Det sker på trods af et velfærdssamfund med et veludbygget institutionsnetværk omkring børn og servicetilbud på sundhedsområder, der burde nå ud til alle børn. Ifølge Jørgensen kan en forklaring dels være, at det er blevet sværere at begå sig i et stærkt moderniseret og videnskrævende samfund, dels at dette samfund trods erklærede hensigter bevæger sig i en retning, der præges af individualisering og markedsbaserede løsninger. Dette er et træk, som Jørgensen oplever ikke støtter en reel opprioritering af indsatsen for de udsatte børn, unge og deres familier (Jørgensen, 2002).

Hvis ingen fra børnenes omgivende personlige eller institutionelle netværk griber ind med en støttende indsats overfor disse børns sundhed, hvis familien er sårbar, og hvis børnene selv kæmper en kamp i hverdagen, så vil børnenes situation sandsynligvis ikke ændre sig væsentligt til det bedre i fremtiden.

Det ser ud til, at børnene i nærværende undersøgelse tilpasser sig situationen. De gør ikke opmærksom på sig selv og klager ikke, de kæmper alene i stilhed. Deres levekår taget i betragtning kan man derfor sat på spidsen sætte spørgsmålstegn ved, om børn fra fattige familier lever fuldt ud, eller om de blot eksisterer.

8.4 IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Det er nærliggende ud fra undersøgelsens fund at indplacere undersøgelsens børn fra fattige familier i kategorien ”risikobørn”, som defineres af Jørgensen (2002). Jørgensen skelner i sit begreb mellem tre grupper: Problembørn, der er den tunge gruppe med langvarige og/eller permanente behandlingsbehov, truede børn, der må forventes at skulle have en intensiv støtte over længere tid, men hvor der er en god prognose, og endelig børn med særlige behov, der vil kunne klare sig gennem belastningerne med støtte fra de sociale omgivelser. Som risikobørn, uanset hvilken gruppe de tilhører, implicerer Jørgensen, at børnene har særlige behov, som kræver opmærksomhed fra omgivelserne. Ejrnæs et al., (2004) forholder sig kritisk til overdrevent at bruge forældrenes vanskeligheder som indikator for børnenes vanskeligheder. Dels er forældrenes vanskeligheder i fattige familier sandsynligvis kun med til at indkredse et mindretal af de børn, der reelt er i farezonen, og dels er børnene i fare for at blive tillagt en ”dårlig prognose”, som kan blive en selvopfyldende profeti.

Nærværende undersøgelses fund, at børnenes kamp for sundhed er ensom kamp, tyder dog på, at de *ikke* får tilstrækkelig opmærksomhed. Af børnene i nærværende undersøgelse hører de færreste til i gruppen af problembørn, der har langvarige og permanente behandlingsbehov. Snarere tilhører børnene gråzonen, hvor problemerne ikke betragtes som alvorlige nok til, at de sociale myndigheder involveres. Problemerkernes karakter burde imidlertid vække voksennetværkets opmærksomhed i det nære miljø.

Anbefalingerne på baggrund af nærværende undersøgelse tager derfor afsæt i, at opmærksomheden skærpes overfor børn i økonomisk trængte familier med henblik på at styrke deres fysiske, mentale og sociale velbefindende:

- For at beskytte børnene mod skadelige virkninger af fattigdom bør familiens sociale situation tages i betragtning. Ofte står de økonomiske vanskeligheder ikke alene, og der bør iværksættes en indsats målrettet familien som helhed overfor de barrierer, der fastholder familien i den økonomisk vanskelige situation.
- Professionelle voksne, der kommer i kontakt med børn, bør ligeledes være opmærksomme på, at børn fra fattige familier ofte vil have andre problemer end de økonomiske problemer. Det gælder eksempelvis læreren i skolemiljøet, pædagogen i fritidshjem/SFO og i klubregi samt andre voksne med tilknytning til børnene i familier med lav indkomst. De skal vide, at børnene ofte har brug for støtte, og at de som professionelle voksne bør være med til at sikre, at barnet får den hjælp og støtte, som er nødvendig.
- Børnenes netværk bør styrkes. De bør få mulighed for at indgå i formelle fritidsaktiviteter, så deres kammeratskabskreds bliver udvidet gennem samvær med andre børn. Dette ville desuden give børnene mulighed for at knytte kontakt til engagerede, interesserede og ofte ressourcerstærke voksne, der ønsker at være sammen med børn og unge.
- Det er ikke barnets lod at tilpasse sig svære socioøkonomiske vilkår for enhver pris. De bør have hjælp og støtte stillet til rådighed så hurtigt som muligt, når der opstår problemer i familien, i forhold til skolen eller i børnemiljøet omkring dem. Børn fra fattige familier skal med andre ord opleve, at de ikke står alene med ansvaret for deres sundhed og trivsel i hverdagen.

8.5 IMPLIKATIONER FOR FREMTIDIG FORSKNING

På baggrund af undersøgelsens fund, er det en kilde til undren, *hvorfor* børnene er så alene om ansvaret for deres sundhed. Der er fortsat behov for at få nuanceret børnefattigdommens konsekvenser for børnenes sundhed i Danmark:

- Forskning kan bane vejen for viden om, i hvilket omfang børn lider afsavn i Danmark, og om det er mere reglen end undtagelsen, at børn fra fattige familier har så forskelligartede problemer og møder så mange barrierer, som nærværende undersøgelse giver udtryk for.
- Endvidere vil forskningsfokus på de systemiske mekanismer give anledning til refleksion over, hvem der skal have ansvar for hvad, hvornår og hvor i forhold til sikring af sundheden hos børn fra fattige familier.
- Det vil også være interessant at få belyst, hvilke konsekvenser den økonomiske fattigdom isoleret set har i forhold til børn fra fattige familier. Hvilke metoder kan anvendes til at måle fattigdom uafhængigt af andre socioøkonomiske faktorer, og i hvilket omfang er det muligt at isolere fattigdomsparameteren.
- Der opfordres til forskningsmæssigt at få fundene fra nærværende undersøgelse nuanceret og endvidere at få kvantificeret fundene med henblik på at få overblik over problemstillingens omfang i børnebefolkningen.

9 KONKLUSION

Essensen af børn fra fattige familiers oplevelse af sundhed er, at de er bevidste om hvad, der skal til for at trives og være sunde og raske, men de oplever samtidig, at deres ønsker og behov er svære at få opfyldt på grund af ydre omstændigheder og egne begrænsninger.

Børnenes sundhedsopfattelser adskiller sig ikke væsentligt fra andre børns. De møder imidlertid flere barrierer i hverdagen end mange andre børn. Familiens sårbarhed og fællesskabets utilstrækkelighed koblet med børnenes kamp for selvtillid i et hårdt børnemiljø og en kompleks hverdag har eller kan få sundhedsmæssige konsekvenser for børnene igennem barndommen og sætte spor langt op igennem deres liv.

Børn fra fattige familier befinder sig i en gråzone, hvor deres egne og familiens ressourcer ikke altid slår til og hvor fællesskabet ikke nødvendigvis lever op til sine forpligtelser og

ansvar vedrørende sundhed, som de politiske hensigter lægger op til i eksempelvis Folkesundhedsprogrammet. Hvis ingen griber ind med en støttende indsats overfor børn med problemer fra fattige familier, er der intet, der tyder på, at børnenes situation vil ændre sig væsentlig og skabe mønsterbrud. Børnenes sense of coherence vil sandsynligvis præge, hvordan børnene tilpasser sig deres livssituation, og undersøgelsens fund tyder på, at børnene tilpasser sig de fattige levekår uden at tiltrække sig opmærksomhed.

På baggrund af nærværende undersøgelse af fattige børns oplevelse af sundhed kan det konkluderes, at børnenes stræben efter sundhed i en kompleks hverdag, er en ensom kamp.

10 REFERENCER

Andersen I (2003). *Den skinbarlige virkelighed - vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg, Samfundslitteratur.

Andersen D, Kjærulff (2003). *Hvad kan børn svare på? – om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser*. København, Socialforskningsinstituttet 03:07.

Andersen NÅ (1999). *Diskursive analysestrategier*. København, Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Antonovsky A (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 37(8): 969-981.

Antonovsky A. (1995). The Moral and the Healthy: Identical, Overlapping or Orthogonal? *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, 32(1): 5-13.

Balvig F, Holmberg L, Sørensen AS (2005). *Ringstedforsøget. Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet*. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Backett-Milburn K, Conningham-Burley S, Davis J (2003). Contrasting lives, contrasting views? Understanding of health inequalities from children in differing social circumstances. *Social Science and Medicine*, 57: 613-623.

Beale B, Cole R, Hillege S, McMaster R, Nagy S (2004). Impact of in-depth interviews on the interview: Roller coaster ride. *Nursing and Health Sciences*, 6: 141-147.

Blaxter M (1990). *Health and lifestyles*. London, Routledge.

Blaxter M (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science and Medicine*, 44(6): 747-756.

Bonnevie P. (1973). The Concept of Health. A Socio-medical Approach. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 2: 41-43.

Bradbury B, Jenkins SP, Micklewright J (2001). *The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries*. Cambridge, Cambridge University Press.

Brinck B, Kamper-Jørgensen F (1991). *Sundhedstilstand, Sundhedsadfærd, Forebyggelsesprogram. Bilag til sundhedsministerens redegørelse til folketinget 1991 om regeringens forebyggelsesprogram*. København, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

Burström B, Diderichsen F, Shouls S, Whitehead M (1999). Lone mothers in Sweden: trends in health and socioeconomic circumstances, 1979-1995. *Journal of Epidemiological Community Health*, 53: 750-756.

Carnegie Council of Adolescent Development (1995). *Great Transitions: Preparing Adolescents for a New Century, Concluding Report of the Council*, New York, NY, Carnegie Corporation of NY.

Christoffersen MN (2000). Growing up with unemployment. A study of parental

unemployment and children's risk of abuse and neglect based on natural longitudinal 1973 birth cohort in Denmark. *Childhood*, 7(4): 421–438.

Christoffersen MN, Soothill K (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25:107–116.

Clubb PA, Browne DC, Humphrey AD, Shoenbach V, Meyer B, Jackson M, RSVPP Steering Committee (2001). Violent Behaviours in Early Adolescent Minority Youth: Results From a “Middle School Youth Risk Behaviour Survey”. *Maternal and Child Health Journal*, 5(4): 225-235.

Corsaro WA (2002). *Barndommens sociologi*. København, Gyldendal Uddannelse.

Cronström-Beskow S (1998). *Mønsterbrydere. Mælkebøttebørn om kunsten at overleve*. København, Munksgaards Forlag.

Dahlager L (2005). *I samtalens rum. En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. København, Ph.d.-afhandling, Institut for folkesundheds-videnskab, Københavns Universitet.

Davison C, Smith GD, Frankel S (1991): Lay epidemiology and the prevention paradox: the implication of coronary candidacy for health education. *Social Science of Health and Illness*, 13(1): 1-20.

Dewilde C (2003). A life-course perspective on social exclusion and poverty. *British Journal of Sociology*, 54(1): 109-128.

D’Houtard A, Field M (1984). The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, 6: 30-60.

Drukker M, Kaplan C, Feron F, van Os J (2003). Children’s health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine*, 57: 825-841.

Due P, Holstein BE, red. (2003a). *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. København, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J (2003b). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 692-698.

Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C, The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2): 128-132.

Ejrnæs M, Gabrielsen G, Nørrung P (2004). *Social opdrift. Social arv*. København, Akademisk Forlag.

Elsborg S, Hansen TJ, Hansen VR (1999). *Den sociale arv og mønsterbrydere*.

København, Danmarks Pædagogiske Universitet.

Fekkes M, Pijpers FIM, Verloove-Vanhorick SP (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behaviour. *Health Education Research*, 20(1): 81-91.

Fog J (2004). *Med samtalen som udgangspunkt*. København, Akademisk Forlag.

Fontana A, Frey JH (1994). Interviewing. The Art of Science. I: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. California, SAGE Publications, 361-376.

Garbarino J, Stott FM og medarbejdere ved The Erikson Institute (1997). *Hvad børn kan fortælle os. Om tolkning og vurdering af kritisk information fra børn*. København, Hans Reitzels Forlag.

Gauthier AH (1999). Inequalities in children's environment. I: *Childhood*. London, SAGE Publications, 243-260.

Gauthier AH, Furstenberg Jr. FF (2001). Inequalities in the use of time by teenagers and young adults. I: Vleminickx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. What do we know?* Bristol, The Policy Press, 175-197.

Giorgi A (1975). An application of phenomenological method in psychology. I: Girogi A et al., eds. *Duquesne studies in phenomenological psychology II*. Pittsburg, Duquesne University Press, 83-103.

Halskov T, Jørgensen PS, Polakow V (2000). *Tab af rettigheder. Sårbare enlige mødre og deres børn*. København, Hans Reitzels Forlag.

Hansen FK, Hansen H (2004). "At eksistere eller at leve". *Fattigdom og lave indkomster i Danmark – hvordan måler man fattigdom?* København, Center for Alternativ Samfundsanalyse.

Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11: 4-10.

Hetland J, Torsheim T, Aarøe LE (2002). Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 223-230

Holstein BE (1995). Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. I: Lunde IM, Ramhøj P, red. (1995). *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København, Akademisk Forlag, 329-338.

Holstein BE, Iversen L, Kristensen TS (1997). *Medicinsk sociologi*. Foreningen af danske lægestuderendes forlag.

Hope S, Power C, Rodgers C (1999). Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers? *Social Science and Medicine*, 49: 1637-1649

- Huset Mandag Morgen, TrygFonden (2004). *Tryghedsrapport 2004*. København.
- Hussain MA (2004). *Børnefattigdom i Danmark 2002. Tema: Fattigdommens dynamik*. København, Red Barnet & Socialforskningsinstituttet.
- Hycner RH (1999). Some Guidelines for the Phenomenological Analysis of Interview Data. I: Bryman A, Burgess RG, red. *Qualitative Research. Volume III*. London, SAGE Publications, 143-164.
- Janson S, Sundelin C, Starrin B (2001). Fattiga barns hälsa i det rika Europa. *Läkartidningen*, 98(24): 2914-2918.
- Jensen B (1996). Hvad siger børn selv om sundhed? *Månedsskrift Praktisk Lægegering*, 74: 87-93
- Jensen B (2000). Børns sundhed og trivsel – hvor går børn hen med det svære? *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, 78: 85-87.
- Jensen B (2002). Sundhed og sårbarhed. *Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv*, København, Hans Reitzels Forlag.
- Jensen B, Jensen BJ (2002). Adolescents' views on health, inequality in health and action for health. København, The Ministry of the Interior and Health.
- Johnson SB, Frattaroli S, Wright JL, Pearson-Fields CB, Cheng TL (2004). Urban youths' perspectives on violence and the necessity of fighting. *Injury Prevention*, 10: 287-291.
- Jørgensen PS (1999). Barnet i risikofamilien. I: Dencik L; Jørgensen PJ: *Børn og familie i det postmoderne samfund*, Hans Reitzels forlag, 403-421.
- Jørgensen PS (2000). Børn er deltagere – i deres eget liv. I: Jørgensen PS, Kampmann J, red. *Børn som informanter*. København, Børnerådet, 9-21.
- Jørgensen PS (2002). Risikobørn i Danmark. Risikobørn i Danmark. *Social kritik. Tidsskrift for social analyse og debat*, 84: 98-110.
- Jørgensen PS, Holstein BE, Due P, red. (2004). *Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Kawachi I, Berkman L (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. (2000) *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 174-190.
- Kvale S (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København, Hans Reitzels Forlag.
- LaFlamme L, Engström K, Möller J, Alldahl M, Hallqvist J (2002). Bullying in the school environment: an injury risk factor? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412): 20-25.
- Lincoln Y, Guba E (1999). Establishing Trustworthiness. I: Bryman A, Burgess RG, red.

Qualitative Research. Volume III. London, SAGE Publications, 397-444.

Logan S, Spencer N (2000). Inequality and children's health. *Child: Care, Health and Development*, 26(1): 1-3.

Lundberg O (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science and Medicine*, 44(6): 821-831.

Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44(6): 809-819.

Malterud (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358: 483-488.

Maron F (2003). *Children with the asthma. A child's eye view of learning to live with the disease.* Master-afhandling, MPH-uddannelsen, Københavns Universitet.

Maunsbach M, Lunde IM (1995). Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhøj P: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab.* København, Akademisk Forlag A/S, 142-153.

McMunn AM, Nazroo JY, Marmot MG, Boreham R, Goodman R (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Social Science & Medicine*, 53: 423-440.

Michelsen N, Jensen BT, Nielsen CV, Schroll M (2000). *Klinisk Social Medicin*, København, Munksgaard.

Miles MB, Huberman AM (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook.* Thousand Oaks, SAGE Publication.

Moe JB, Albrect J (2001). John-Wayne-syndromet. *Journalisten*, 19

Montgomery KS (2002), Planned Adolescent Pregnancy: What They Wanted. *Journal of Pediatric Health Care*, 16: 282-289.

Newman ML, Holden GW, Delville Y (2005). Isolation and the stress of being bullied. *Journal of Adolescence*, 28: 343-357.

Nordenfelt L (1993). Concepts of health and their consequences for health care. *Theoretical Medicine* 14: 277-285.

Nordenfelt L (1986). Health and disease: two philosophical perspectives. *Journal of Epidemiology and Community Health* 41: 281-284.

Nordenfelt L (2001). On the Goals of Medicine, Health Enhancement and Social Welfare. *Health Care Analysis*, 9: 15-23.

Nyboe J (2005). *Børn i familier med alkoholmisbrug. Kortlægning af de eksisterende*

tilbud. København, VFC Socialt Udsatte.

Otto L (1994). Et robust helbred eller et lykkeligt liv. I: Jensen UJ, Andersen PF, red. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus, Forlaget PHILOSOPHIA, 75-94.

Osen EM, Torsheim T, Wold B (2000). Skolerelatert støtte som moderator av kjønnsforskjeller i subjective helseplager hos norsk skoleungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 37: 900-907.

Poulton R, Caspi A, Milne J, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, Moffit TE (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet*, 360: 1640-45.

Radley A, Billig M (1996). Accounts of health and illness: dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness*, 18(2): 220-240.

Rager KB (2005). Compassion stress and the qualitative researcher. *Qualitative Health Research*, 15(3): 423-30 (kun resumé).

Rigby K (2003). Consequences of Bullying in Schools. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9): 583-590.

Regeringen (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Samdal O, Nutbeam D, Wold B, Kannas L (1998). Achieving health and educational goals through schools – a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Educational Research*, 13(3): 383-397.

Samuelson S (2003). *Forudsætninger for accept af kronisk non-malign smerte. En kvalitativ undersøgelse udført på Tværfagligt Smertecenter*, Masterafhandling, MPH-uddannelsen, Københavns Universitet.

Schoon I, Sacker A, Bartley M (2003): Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: a developmental-contextual perspective. *Social Science & Medicine*, 57: 1001-1015.

Sen AK (1976). Poverty: an ordinal approach to measurement. *Econometrica*, 44(2): 219-231.

Sen AK (1983). 'Poor Relatively Speaking'. *Oxford Economic Papers*, 35: 153-169.

Sloth DA (2004). *Færre penge end andre børn. Interviewundersøgelse med børn fra familier med lav indkomst*. København, Red Barnet og Socialforskningsinstituttet.

Schmidt L, Dyhr L (2003): Det kvalitative forskningsinterview. I: Kock L, Vallgård S (red.). *Folkesundhedsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København, Munksgaard.

Spencer N (2003). Social Economic, and Political Determinants of Child Health. *Pediatrics*, 112: 704-706.

Spencer N (2005). Does material disadvantage explain the increased risk of adverse health,

educational, and behavioural outcomes among children in lone parent households in Britain? A cross sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 152-157.

Spurrier N, Sawyer MG, Clark J, Baghurst P (2003): Socio-economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27: 27-33.

Stewart-Brown S (2003). Research in Relation to Equity: Extending the Agenda. *Pediatrics*, 112: 763-765.

Tolan PH (2004). International Trends in Bullying and Children's Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158: 831-832.

Torsheim T, Aaroe LE, Wold B (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science of Medicine*, 53: 603-614.

Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59: 1-12.

Townsend P (1993). *The International Analysis of Poverty*. Hertfordshire, Harvester Wheatsheaf.

UNICEF (2005). *Child Poverty in Rich Countries, 2005. Innocenti Report Card No.6*. Firenze, UNICEF Innocenti Research Centre.

van der Linden J, Drukker M, Gunther N, Feron F, van Os J (2003). Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation, and social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 507-514.

van Lenthe FJ, Schrijvers CTM, Droomers M, Joung I, Louwman MJ, Mackenbach JP (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health*, 14: 63-70.

Wacherhausen S (1994). Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen UJ, Andersen PF, red. *Sundhedsbegreber. Filosofi og praksis*. Århus, Forlaget PHILOSOPHIA, 43-73.

Zahavi D (2003). *Fænomenologi*. Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag.

www.cvk.im.dk (04-03-05): www.cvk.im.dk/visArtikel.asp?artikelID=1532

www.retsinfo.dk (17-05-05):
http://147.29.40.91/_LINK_A680600103/139&ACCN/A20050028029

www.who.int (23-06-05): www.who.int/about/definition/en

BILAG 1: BØRNEPROFIL

Navn	Alder	Klasse-trin Skole-type	Voksne i hus-standen	Søskende i husstanden	Mødres uddannel- sesniveau	Indkomst	Interview- situation
Ditte	12 år	5. klasse Special- skole	Mor Far	1 lillebror	9. klasse	Kontant- hjælp	Hjemme KRS
Gustav	12 år	5. klasse Folkeskole	Mor	Ingen	Mellemlang videre- gående uddannelse	Kontant- hjælp	Park/ Hjemme LHH
Henriette	13 år	7. klasse Ingen skole- gang	Mor	1 storesøster 1 storebror	Ungdoms- uddannelse	Kontant- hjælp	Hjemme LHH
Louise	12 år	6. klasse Folkeskole	Mor	1 lillebror 1 lillesøster	Kort videre- gående uddannelse	I job	Hjemme LHH
Maria *	13 år	7. klasse Folkeskole	Mor	1 lillebror 1 lillesøster	9. klasse	Kontant- hjælp/ vikarjobs	Hjemme KRS
Mark *	12 år	5. klasse Special- skole	Mor	1 storesøster 1 lillesøster	9. klasse	Kontant- hjælp/ vikarjobs	Hjemme KRS
Tom	12 år	5. klasse Folkeskole	Mor	2 storebrødre 1 lillesøster	Kort videre- gående uddannelse	Kontant- hjælp	Hjemme LHH
Casper	12 år	5. klasse Special- skole	Mor	Ingen (3 storesøstre)	8. klasse	Kontant- hjælp	Skole KRS
Victoria	12 år	5. klasse Special- skole	Mor	1 lillebror	9. klasse	Kontant- hjælp	Skole KRS

*) Søskende

BILAG 2: INFORMERET SAMTYKKE

Børns oplevelse af sundhed, sygdom og trivsel

Der har i de senere år været fokus på den sociale ulighed i sundhed, blandt andet i regeringens folkesundhedsprogram fra 2001. Der er flere forskellige sider af social ulighed, og en af dem er den økonomiske ulighed. Nye undersøgelser har vist, at mellem 60.000 og 90.000 danske børn lever i familier, hvor pengene er små, og at det kan påvirke sundheden både i barndommen og senere i livet.

- Men hvordan oplever børn fra familier med lav indkomst selv deres sundhed og trivsel?

Formålet med vores undersøgelse er at besvare dette spørgsmål ved hjælp af samtaler med børn i alderen 11-15 år fra familier der lever på kontanthjælp, starthjælp eller under lignende forhold. Undersøgelsen laves som led i et speciale ved Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, og forventes færdigt i sommeren 2005.

Vi ønsker at belyse børnenes oplevelse af følgende temaer:

- Sundhed
- Sygdom
- Trivsel
- Hvilke faktorer, der har betydning for sundhed og trivsel

Samtalerne vil finde sted i april 2005 og forventes at vare ca. 1-1½ time. De kan foregå i jeres hjem eller et andet sted i nærheden, som vi stiller til rådighed. Alle oplysninger om familien vil blive behandlet fortroligt, og I kan til enhver tid trække jer ud af undersøgelsen.

Som tak for hjælpen får dit barn et gavekort til en CD eller to biografbilletter efter eget ønske.

Med venlig hilsen og på forhånd STOR tak for hjælpen

Kristine Sørensen
<Adresse>
<Telefonnummer>
<E-mailadresse>

Lene Hammer-Helmich
<Adresse>
<Telefonnummer>
<E-mailadresse>



Jeg giver hermed mit barn tilladelse til at deltage i ovenstående undersøgelse:

Forælders underskrift _____ Barnets navn _____

Supplerende oplysninger om husstanden

Antal personer i husstanden: _____ voksne og _____ børn

Den/de voksnes uddannelse:

1. voksne	9. klasse	2. voksne	9. klasse
	Ungdomsuddannelse		Ungdomsuddannelse
	Kort videregående		Kort videregående
	Mellemlang videregående		Mellemlang videregående
	Lang videregående		Lang videregående

Husstandens årlige indtægt før skat

Under 120.000 kr. 121.000-145.000 kr. 146.000-170.000 kr. Over 170.000 kr.

*Ikke at det ikke
er verden
jeg ser igennem mit vindue
Men at rammen
skal være så snæver*

SPECIALE

Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet
2005

Vejledere

Adjunkt Ulla Christensen
Professor Bjørn Holstein
Afdeling for Social Medicin
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Censor

Sundhedsplejerske, Ph.D. Else Guldager

Specialet er blevet genoptrykt på foranledning
af Børnerådet med støtte fra TrygFonden

Børnerådet

Børnerådet

Vesterbrogade 35A
1620 København V
Tlf: 3378 3300
Fax: 3378 3301
E-mail: brd@brd.dk
www.brd.dk

*Børnerådet er en statslig
organisation, som skal arbejde
på at sikre børns rettigheder
samt informere og rådgive om
børns forhold i samfundet.
Børnerådet skal inddrage børns
synspunkter i dets arbejde.*

TrygFonden

TrygFonden

Lyngby Hovedgade 4,2
2800 Kgs. Lyngby
Tlf: 4526 0800
E-mail: info@trygfonden.dk
www.trygfonden.dk

*TrygFonden arbejder for at
skabe en mere tryk hverdag for
dig og alle andre i Danmark.
Med udgangspunkt i viden og
forskning skaber vi rammerne
for initiativer, der kan føre til
større tryk for alle.*

Omslag: Oktan, Peter Waldorph
Foto: Mikael Rieck (modelfoto)
ISBN: 87-90946-39-1