

Jagten på sundhed

Et speciale om unge kvinders forståelse af sundhed



Roskilde Universitet

Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Vejleder: Iben Charlotte Aamann

Jane Lind Christensen

Afleveret 7. april 2017

Abstract

Health has become an omnipresent concept where every day is filled with continuous reminders of healthy lifestyles. Through the medias we are constantly encouraged to re-evaluate our lifestyle choices where optimization and improvement will guide us towards the ideal version of our selves. In the past decade several sociologists have investigated how health discourses in the modern western society impact our health choices and the way we perceive ourselves. Inspired to take part in this conversation I wish to elucidate how the massive focus of society on health affects a group of women, who is otherwise not problematized in health discussions.

With a social constructivist and poststructuralist perspective I wish to investigate how young women, age 25-35 articulate the concept of health. I also wish to investigate challenges met by the young women in expression their perspective on health in relation to health discourses in society.

As method of investigation I have chosen to conduct two focus group interviews with three participants in each group. Focus groups as a method tries to mimic socially constructed groups. Hereby lies a potential in focus groups for participants to interact with each other in such a manner that normative practices and opinions are expressed. This can lead to the formation of meaning by which categories linked to health are constructed, and also self-construction of the subject.

To analyse the empirical data from the focus group interviews I have chosen the format of a discourse analysis, in which I have utilized several poststructuralist concepts i.e. power, governmentality, normalization, optimization and improvement.

I find that health as a concept is articulated in many different ways. Health is generally perceived as something positive and desirable – without any further reflection. In the optic of the term governmentality, the obviousness by which health is perceived can be interpreted as an invisible power shaping the morality of the young women – which is expressed in their own ethical perspective of health. The young women are challenge by reflexions upon their own health understandings, where this can sometimes lead to the feeling of guilty. The young women also face challenges in the never-ending optimization and improvement perspective on health. As such health appears to be an idealized goal one can never fully achieve.

Tak

I forbindelse med udarbejdelse af denne specialeafhandling ønsker jeg at udtrykke min taknemmelighed overfor de mennesker, der har været med til at præge processen og udformningen i positiv retning.

Først og fremmest skal lyde en stor tak til de seks unge kvinder, der satte tid af til at deltage i mine fokusgruppintervjuer. Tak for den gode stemning, den nysgerrige interesse og ikke mindst alle de gode fortællinger, der kom frem under de to interviews. Uden jer havde denne opgave ikke været mulig i den ønskede udformning, og jeg er jer dybt taknemmelig for, at betro mig med indblik i jeres liv og jeres sundhedsforståelser.

Dernæst vil jeg gerne rette en tak til min vejleder på denne afhandling Iben Charlotte Aamann. Du har formået at vejlede mig i et sprog jeg kunne forstå, og din tillid til mine evner har affødt en stærkere faglig selvtillid hos mig. Du har på fornem vis vist mig vejen, så jeg selv kunne se forbedringspotentialer for min afhandling og jeg er ikke i tvivl om, at mit samarbejde med dig har haft stor indflydelse på det endelige resultat.

Sidst men ikke mindst skal lyde en stor tak til min skrivemakker Sandra Hancke. Du har gjort processen med at skrive speciale til en, jeg vil se tilbage på med positive tanker. Vores mange snakke om både faglige og personlige problemstillinger har været uvurderlige i forløbet, og dit selskab har ikke mindst ansporet den nødvendige arbejdsmoral.

1	Indledning	5
1.1	Problemfelt	5
1.2	Problemformulering	8
2	Teori	9
2.1	Videnskabsteoretisk optik	9
2.2	Sproget og diskurserne	10
3	Metode	12
3.1	Fokusgrupper som metode	12
3.2	Sammensætning af fokusgrupper	12
3.3	Rekruttering af deltagere	14
3.4	Strukturering og moderering	16
3.5	Etiske overvejelser	18
3.6	Behandling af empiri	19
4	Analyse	20
4.1	Analysestrategi	20
4.2	Sundhedsdiskursernes kilder	20
4.2.1	<i>Myndighedernes sundhedsanbefalinger</i>	<i>21</i>
4.2.2	<i>Familie og venner</i>	<i>25</i>
4.2.3	<i>Medier og populærkultur</i>	<i>26</i>
4.3	Sundhed som styringsmentaliteter og selvstyringsteknikker	29
4.4	Sundhedens normaliserende blik	36
4.5	Sundhed som det personlige projekt	39
4.6	Jagten på den uopnåelige sundhed	43
5	Diskussion	46
5.1	Analytiske fund	46
5.2	Metoderefleksion	49
5.3	Opsamling	50
6	Litteraturliste	53
7	Bilagsoversigt	55

1 Indledning

1.1 Problemfelt

Sundhed er i dag blevet et allestedsnærværende begreb. Fra vi vågner om morgenen, til vi falder i søvn igen om aftenen, bliver vi konstant mindet om, at huske at leve sundt, arbejde sundt, spise sundt, motionere sundt – selv tænke sundt. Sundhedskampagner fortæller os, hvordan vi bør agere for at være sunde, ved bl.a. at opstille retningslinjer for ideal-kost, og tv-programmer som ”By på skrump” sætter fokus på det gode livs opnåelse gennem sundheden. Igennem medierne bliver vi konstant opfordret til at revurdere den måde hvorpå vi lever vores liv, hvor optimering og forbedring skal lede vejen mod den bedste udgave af os selv. Optimering og forbedring er blevet individualiseret i form af selvrealiseringsprojekter, hvor sundheden kan anvendes som middel til at opnå målet om det gode liv (Brinkmann, 2005). På baggrund af individualiseringen er det op til den enkelte at lede sig selv i projektet frem mod sundheden, men da vi bestandigt er omgivet af information om hvorledes sundhed gøres, mødes individet ikke kun med udfordringen om, at leve op til egne krav og forventninger til sundhedsprojektet. Det er i høj grad også samfundets normer til sundhed, der præger individets indre, hvormed selvrealiseringen bliver et etisk anliggende (Brinkmann, 2005).

Sociologen Nikolas Rose mener, at det rum for selvrealisering, der fra midten af det 19. århundrede, er blevet formet gennem psykologiske forståelser, nu er under transformation. I dag tages der ikke udgangspunkt i psykologiske forståelser i dannelsen af selvet, men derimod i biologisk viden, hvorunder sygdom og sundhed, normalitet og afvigelser bl.a. forstås (Rose, 2009). Vores sundhed kan i dag synliggøres og måles via kropsvægt, fedtprocent, kalorieindtag, kondital, niveauet af stresshormoner i blodet og meget mere, hvorigennem der opstilles tabeller for normaler, således at sundheden kan afgøres ud fra, om man falder inden- eller udenfor rammerne af det normale. Dette fokus på sundhed ift. normalitet starter allerede inden vi er født, hvor scanninger af det ufødte foster kan be- eller afkræfte hvorvidt man kan forvente at føde et sundt og normalt barn. Rose mener, at denne biologiserede forståelse, der bl.a. former sundhedspraksisser, er problematisk idet den afføder begreber som risiko og prædisponering, hvilket bl.a. fører til, at sundhedsfremme og sundhedsforståelse, i en biologisk optik, handler om vurdering af risici for udvikling af sygdomme og mulig forebyggelse heraf (Rose, 2009). I takt med biomedicinske teknologiers udvikling, opstår der et uendeligt optimeringspotentiale på kroppens biologiske processer, hvorved sundheden, i et biologisk optik, altid kan forbedres (Rose, 2009).

En nyere dansk undersøgelse foretaget af Fødevarainstituttet sætter fokus på danskernes kost og deres sundhedsopfattelser. Via både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder undersøges

danskernes faktiske kostindtag, og dette sammenholdes med hvilken opfattelse af sunde kostvaner, der følger de forskellige kostindtag (Fødevareinstituttet DTU, 2013). I undersøgelsen vurderes deltageres kost ift. Fødevarestyrelsens officielle kostråd (Fødevarestyrelsen, n.d.), der herigennem anvendes som en norm for hvorvidt, kosten kan kategoriseres som "sund nok". Undersøgelsens deltagere adspørges bl.a. om vurdering af deres egen sundhed, hvorvidt de har nogle ønsker om ændringer til deres kostindtag, samt hvilke årsager de har til at ønske/ikke at ønske ændringer ift. deres kost. Disse kvalitative spørgsmål, og deres svar, sammenholdes igen med de officielle kostråd, og herigennem fremsætter undersøgelsen et perspektiv på sundhed, hvor denne kan vurderes ud fra standarder for sund kost.

De officielle kostråd, der fra myndighedernes side præsenteres gennem Fødevarestyrelsen, er udtryk for en diskursiv sundhedsforståelse, der dannes på baggrund af viden om kost og ernæring og kroppens biologiske processer. Sociologen Deborah Lupton har i en analyse af sundhedsfeltet beskrevet hvorledes diskurser og praksisser omkring sundhed ikke er neutrale, men i høj grad præget af både sociale og politiske kontekster. Da både de sociale og politiske kontekster er foranderlige over tid og sted, bliver således også de diskursive sundhedsforståelser og praksisser foranderlige (Lupton, 1995). Diskurser, viden og praksisser medvirker til at konstituere og regulere begreber som sundhed, normalitet og risiko. Dermed bliver f.eks. myndighedernes sundhedskampagner og andre sundhedsfremmetiltag medvirkende til en moralsk regulering af samfundet og dets borgere. Ud fra moralske domme om hvad der er rigtigt og forkert, er sundhedsdiskurser og praksisser med til at producere normative former for subjekter og kroppe (Lupton, 1995). Lupton mener, at sundhedsdiskurser og praksisser spiller en central rolle i konstitueringen af nutidens kroppe, og danner dermed baggrund for den måde hvorpå vi forstår, tænker, taler om og lever med vores kroppe. Imperativt for sundhedsdiskurserne er det, at de formår at få individer til frivilligt at disciplinere sig selv i netop sundhedens interesse (Lupton, 1995).

Sundhedens store fokus på kroppens udseende beskrives også af sociologen Rasmus Willig, der blandt fortæller, at sport altid har hængt sammen med magt, og de ønsker et samfund må have til hvilke præstationer, der skal gælde som anerkendelsesværdige (Willig, 2013). I dag lever vi et samfund hvor vi skal være fleksible, mobile og effektive – både på arbejdsmarkedet, men også i vores liv generelt. Det handler om, at vi skal være omstillingsparate, og da kroppens ydre ses som et spejl på den indre mentalitet, er crossfit blevet ophøjet til den ultimative fitnessform. Med crossfit-mentaliteten skal problemer ses som udfordringer, og udøvelsen af crossfit er en del af et større selvrealiseringsproces, hvor selvets inderste potentialer kan realiseres på såvel den fysiske træningsbane som på samfundets mentale bane. Man kan aldrig vide sig sikker på udfaldet, men målet er nået, når man har ydet sit

absolut ypperste (Willig, 2013). Willig beskriver, at crossfit-mentaliteten er et symbol på en individualistisk kultur, hvor selvkritik hersker fremfor samfundskritik. Han efterlyser tidligere tiders filosofiske samfundskritik, hvor sammenholdet var i fokus, og jagten på et bedre liv handlede om en bedre fremtid for vores børn. I dag er jagten på det gode liv blevet et individualiseret projekt, hvor personlige trænere, skønhedseksperter m.fl. anvendes som redskaber til at opnå resultater her og nu – for os selv (Willig, 2013). Crossfit er muligvis godt for helbredet, men det opretholder kun status quo ift. samfundets udvikling. Taberne i dagens samfund bliver dem, der ikke er motiverede til at tage kampen op, og dermed ikke besidder den fitte og omstillingsparate krop – eller i det mindste viser, at de arbejder der hen imod (Willig, 2013).

I det moderne velfærdssamfund tilbydes vi alle muligheder for at optimere vores sundhed, hvilket afføder en forventning om, at vi benytter os af disse muligheder. De mennesker der synligt falder uden for sundhedens normative rammer, fremstår som outsiders i samfundet, for hvem det ikke er lykkedes at opnå succes med deres personlige sundhed. Det store fokus på sundhed, og de medfølgende bedømmelser af os selv og andre mennesker, kan medføre konsekvenser, der i sig selv præger vores sundhed negativt. I denne optik fremsætter filosof og debattør Morten Ebbe Juul Nielsen et kritisk perspektiv på den sundhedsbølge, han mener præger det danske samfunds normer. Juul Nielsen mener, at sundhed i dag er blevet et indlysende gode, men at vi samtidig er blinde overfor de omkostninger og bivirkninger, det kan have at forfølge idealet om sundhed (Juul Nielsen, 2015). Påfaldende for Juul Nielsen er det, at tanken om sundhed synes at optage os mere end selve sundheden. Dette mener han hænger sammen med, at accepten af sundhed som en værdi i sig selv i dag bruges som en statusmarkør. Sundhed er blevet en symbolsk kapital, og det giver magt at udstråle sundhed – hvorimod dem der ikke udstråler sundhed fremstår magtesløse. Det ikke at udstråle sundhed bliver i dag forbundet med statustab og manglende anerkendelse, og det bliver med sundhed som statusmarkør, at vi skiller de gode mennesker fra de dårlige. Da vi lever i et samfund, hvor vi alle, via vores frihed, har en høj status, er der ingen der ønsker at miste status. Hermed bliver sundhed ikke længere end mulighed eller et tilbud men et påbud (Juul Nielsen, 2015). Juul Nielsen mener, at sundhedsidealet er blevet *for* indlysende, *for* dominerende, og at de kritiske stemmer er marginaliserede, spredte og svage (Juul Nielsen, 2015).

Socialkonstruktivister og diskursteoretikere mener, at kritik skal foregå som en dekonstruktion af viden, der tages for givet, og påvisning af, at denne viden er historisk konstrueret ud fra forskellige magtinteresser – og dermed er foranderlig (Juul & Pedersen, 2012). Således er jeg, med denne specialeafhandling, inspireret til at bidrage til kritikken, med en belysning af de sundhedsforståelser,

der præger en ellers ikke problematiseret gruppe mennesker, og hvilke effekter disse sundhedsforståelser medfører.

1.2 Problemformulering

Hvordan italesættes sundhed af unge kvinder, og hvorledes møder de unge kvinder udfordringer, i udfoldelsen af deres egne sundhedsforståelser, i forhold til samfundets sundhedsdiskurser?

2 Teori

2.1 Videnskabsteoretisk optik

Med dette afsnit ønsker jeg at tydeliggøre hvilken videnskabsteoretisk optik, der former denne specialeafhandling, og dermed gennem hvilket perspektiv, jeg ser på min problemstilling. Specialeafhandlingen lægger sig indenfor den socialkonstruktivistiske forskningstradition, og mere specifikt den poststrukturalistiske tankegang. Socialkonstruktivisme kan ikke ses som en samlet videnskabsteoretisk position, om hvilket der er konsensus, men kan nærmere beskrives som en overordnet fællesbetegnelse for flere samfundsvidenskabelige videnskabsforståelser, der med deres ontologiske og epistemologiske antagelser står i opposition til realisme (Juil & Pedersen, 2012; K. B. Pedersen, 2012). Socialkonstruktivisme fordrer, at både virkeligheden og erkendelse af virkeligheden, er socialt konstruerede, hvilket vil sige menneskeskabte, diskursive og historisk foranderlige (Juil & Pedersen, 2012). Poststrukturalister tager disse antagelser et skridt videre og siger at ontologien ikke kan adskilles fra epistemologien idet "(...) *"det værende" ikke kan adskilles fra dets artikulation.*" (Stormhøj, 2013, p. 473).

I poststrukturalistisk optik er virkeligheden karakteriseret ved en ontologisk mangel, forstået på den måde, at der ikke eksisterer noget absolut, endeligt eller sandt. Hermed antager virkeligheden først en bestemt orden og mening, når den samtidigt opfattes og forstås indenfor historisk specifikke diskurser. På baggrund af dette ses subjektets oplevelse af verden som en social konstruktion. Det er disse sociale konstruktioner der gør, at vi oplever verden på en bestemt måde indenfor en bestemt kontekst. Hvis konteksten ændres, så ændres også den sociale konstruktion hvormed verden opleves (Stormhøj, 2013). Dette perspektiv hænger sammen med specialets erkendelsesinteresse. Jeg ønsker ikke at undersøge, hvad der er sundt eller usundt, men derimod hvad der for de unge kvinder, gennem forhandlinger, opleves og forstås som værende henholdsvis sundt og usundt.

Som forsker ser jeg ikke nødvendigvis mig selv som værende rendyrket poststrukturalist, men jeg bekender mig til, og er inspireret af flere af tankegangene heraf. I de følgende afsnit har jeg derfor valgt kun at gennemgå de præmisser og begreber, der synes relevante for, og dermed anvendes i dette speciale. De teoretiske begreber, der anvendes i den analytiske gennemgang af empirien, beskrives løbende, efterhånden som de introduceres i analysens forskellige afsnit. I en socialkonstruktivistisk optik forholder jeg mig til, at de teoretiske begreber, der udfoldes i analysen, ikke kan sige noget endegyldigt sandt om sociale fænomener, men nærmere skal betragtes som de forforståelser, jeg som forsker ser min empiri igennem (K. B. Pedersen, 2012).

Som forsker er jeg opmærksom på, at idet jeg forsøger at beskrive diskursive praksisser og holdninger, som jeg selv er tæt på og har en mening om, kan jeg have svært ved at fremmedgøre mig fra det empiriske materiale (Halkier, 2014). Det er derfor min intention, at forsøge at "sætte en parentes om mig selv", forstået på den måde, at jeg, så godt som det er muligt, fralægger mig min egen viden om og holdninger til sundhed. I et socialkonstruktivistisk perspektiv er jeg dog opmærksom på, at jeg som forsker altid vil have en eller anden position ift. det jeg undersøger, og at den position er med til at bestemme, hvad der er synligt for mig i min empiri – og dermed hvad jeg fremlægger som resultater (Jørgensen & Phillips, 1999). Dette hænger også sammen med et andet aspekt, som lægger i forlængelse af det socialkonstruktivistiske perspektiv. Idet jeg antager, at virkeligheden er socialt konstrueret, alle sandheder er diskursivt producerede og at alle subjekter er decentrerede, vil den viden jeg finder frem til, og dermed min besvarelse af nærværende opgaves problemformulering altid kun være én mulig repræsentation af de unge kvinders konstruktion af deres sundhedsforståelse, blandt mange andre mulige repræsentationer (Jørgensen & Phillips, 1999).

2.2 Sproget og diskurserne

I gennemgangen af empirien fra de to fokusgrupper fremstår det, at italesættelsen af sundhed falder indenfor særligt afgrænsede rammer. De unge kvinders italesættelser udtrykker forskellige eksisterende sundhedsdiskurser, der alle præger de enkelte personers sundhedsforståelser. Da denne afhandling netop ønsker at se på hvorledes sundhed italesættes, og hvilke udfordringer de unge kvinder møder i samspillet mellem deres sundhedsforståelser og samfundets sundhedsdiskurser, finder jeg det relevant først at kigge på sproget og dets tilknytning til diskursbegrebet.

Sprogets tilknytning til, og betydning for, den sociale verden er central for det poststrukturalistisk perspektiv i specialet, idet dette fordrer at *"(...) vores adgang til virkeligheden altid går gennem sproget."* (Jørgensen & Phillips, 1999, p. 17). Sproget bliver herved et væsentlig del af den sociale konstruktion af verden, idet vi bruger sproget til at skabe repræsentationer af virkeligheden. Disse repræsentationer er aldrig bare afspejlinger af en allerede eksisterende virkelighed, men repræsentationerne er netop med til at konstruere og forme virkeligheden. Virkeligheden eksisterer stadigvæk, ligesom den fysiske verden, men den får kun betydning gennem diskurser (Jørgensen & Phillips, 1999). Hermed er konsekvenserne af virkeligheden også formet af diskurser. Idet poststrukturalismen understreger at al betydning dannes gennem diskurser, kommer diskursbegrebet til at indtage en central rolle i et poststrukturalistisk perspektiv, og dermed også i nærværende speciale.

Diskursbegrebet er bredt omdiskuteret, og det kan derfor være vanskeligt entydigt at definere, hvorledes det skal forstås. De fleste der arbejder med diskursbegrebet kan dog tilslutte sig, at diskurser omhandler mønstre og strukturer i sproget, som er betinget af forskellige sociale konstellationer (Jørgensen & Phillips, 1999). Hermed skal forstås, at den måde hvorpå man anskuer og omtaler et fænomen, kan være forskelligt afhængigt af konteksten. Michel Foucault ses ofte som diskursanalysens fader, og – til trods for at han selv tog afstand fra videnskabsteoretisk positionering – som poststrukturalismens grundlægger (Jørgensen & Phillips, 1999; I. K. Pedersen, 2010). Den tyske professor Chris Weedon har defineret Foucaults diskursbegreb som følgende: *"(...) ways of constituting knowledge, together with the social practices, forms of subjectivity and power relations which inhere in such knowledges and relations between them. Discourses are more than ways of thinking and producing meaning. They constitute the 'nature' of the body, unconscious and conscious mind and emotional life of the subjects they seek to govern"* (Weedon, 1987, p. 108).

I den sidste del af citatet kan man se, at Foucault mener, at subjekter er styret af diskurser, og hans diskursanalyser havde som formål at afdække reglerne for *"(...) hvilke udsagn der bliver accepteret som meningsfulde og sande i en bestemt historisk epoke."* (Jørgensen & Phillips, 1999, p. 21). Generelt kan man sige, at en diskursanalyse undersøger de systemer af regler og koder som, via sprog, regulerer diskurser – herunder hvad siges, hvad kan siges, af hvem, hvor, hvordan, hvornår og til hvem? (I. K. Pedersen, 2010). Foucault forsøgte at belyse magtstrukturer bag diskurserne, men var overordnet interesseret i konsekvensen af diskurser, hvilket også er centralt for dette speciale. Foucault fokuserede dog ofte på én diskursiv fremstilling af et fænomen, hvor poststrukturalistiske diskursanalytikere i dag erkender sig til, at der eksisterer flere forskellige diskurser sideløbende, som kæmper om retten til at bestemme sandheden (Jørgensen & Phillips, 1999; I. K. Pedersen, 2010). I et poststrukturalistisk perspektiv forholder jeg mig til, at ingen diskurs kan være en totalstruktur, idet der altid vil være mange diskurser til stede indenfor et samfund; diskurserne er historisk specifikke – de opstår på baggrund af historisk kontekst, forsvinder igen og erstattes af andre diskurser; og diskurser er decentrerede, idet hverken deres struktur eller relation har en permanent og endegyldig betydning (Hansen, 2012).

3 Metode

3.1 Fokusgrupper som metode

I afhandlingen anvendes en kvalitativ forskningstilgang, hvor fokusgruppeinterview er det metodiske redskab. Jeg har til de metodiske overvejelser taget udgangspunkt i bogen *Fokusgrupper* skrevet af Bente Halkier, idet jeg, gennem tidligere erfaringer med fokusgrupper, har kendskab til hendes tilgange til udførelsen og bearbejdelsen af fokusgruppeinterviews. Bente Halkiers bog er valgt som den primære reference fordi jeg mener, at hun gennem bogen opstiller anvendelige rammer for gennemførelsen af fokusgruppeinterviews, samt belyser hvilke overvejelser der bør ligge til grund for valg af denne metode. Med bogen som støtte, har jeg øje for hvilke styrker og svagheder, der er ved den valgte metode, samt hvilke udfordringer og refleksioner jeg bør forholde mig til. Foruden Halkiers bog indgår der andre referencehenvisninger, hvor jeg har fundet det givtigt med en uddybelse af f.eks. etiske overvejelser og kvalitetssikring i forbindelse med kvalitativ forskning.

Fokusgrupper er en metode, der kan anvendes til at skabe empirisk data indenfor kvalitativ forskning. Interview med fokusgrupper som metode kendetegnes ved en høj interaktion mellem gruppedeltagerne og en lav interaktion med interviewerens – kombineret med et forsker bestemt emne fokus (Halkier 2014). En af fordelene ved at anvende fokusgruppeinterview som grundlag for dataindsamling er, at de rummer en potentiel mulighed for at deltagerne, i deres interaktion med hinanden, udtrykker normative og ellers ofte udtalte normer og praksisser, hvormed der i gruppen sker en betydningsdannelse af disse (Halkier, 2014). Netop betydningsdannelsen i grupperne er interessant, idet jeg er interesseret i hvorledes de unge kvinder gennem italesættelser af sundhed, konstruerer forskellige kategorier omkring sundhed, og også konstruerer sig selv som subjekt. Disse konstruktioner af kategorier og subjektivering vil blive nærmere forklaret i den analytiske gennemgang af empirien.

3.2 Sammensætning af fokusgrupper

Sammensætningen af deltagere i fokusgruppen er af afgørende betydning for den type af empiri, der dannes. Hvis man, som metoden fokusgrupper lægger op til, ønsker at se på sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer, er det vigtigt at overveje, hvorledes man kan sammensætte sin fokusgruppe, så der er størst mulig sandsynlighed for at gruppen producere denne type data (Halkier, 2014). I designet af fokusgruppen tog jeg først og fremmest udgangspunkt i mit interessefelt som er *unge kvinder*, i gang med eller har afsluttet en videregående uddannelse. Forskning i sundhed fokuserer ofte på problematiske grupper som f.eks. overvægtige, hjemløse eller etniske minoriteter (Sundhedsstyrelsen, n.d.). I modsætning hertil ønsker jeg at fokusere på de unge, veluddannede

kvinder, der ikke som udgangspunkt bliver positioneret som en problematisk gruppe, men som kan være repræsentanter for de sundhedsdiskurser, der præger et komplekst hverdagsliv, og som måske kan medføre nogle udfordringer. Jeg har ikke til formål at skulle belære disse kvinder om sundhed, ej heller at bedømme om deres handlinger er sunde eller usunde, men jeg er interesseret i at belyse, hvorledes de konstruerer deres sundhedsforståelser.

Jeg har valgt, at min specialeafhandling kun skal omhandle sundhedsdiskurser blandt kvinder, idet jeg har en formodning om, at der kan være forskel på, hvorledes kvinder og mænd opfatter og forhandler diskurser om sundhed. Da jeg ikke er interesseret i at belyse forskelle og ligheder kønnene imellem, har jeg valgt at afgrænse mig fra mænd. Dette betyder dog ikke, at de, i afhandlingen beskrevne diskurser, ikke også kan være gældende for mænd – jeg har blot ikke søgt at finde evidens herfor. Deltagerne i fokusgrupperne er mellem 25 og 35 år. Denne aldersafgrænsning er valgt i ønsket om at gøre grupperne forholdsvist homogene. Fordelen ved homogene grupper kan være, at det skaber tryghed og genkendelighed, hvormed kommunikationen lettes og der skabes plads til, at de sociale interaktioner kan udfoldes (Halkier, 2014). Alderssegmentet er også udvalgt idet jeg har en formodning om, at kvinder i denne aldersgruppe har gjort sig bevidste om livsstil og forholder sig reflekteret til deres holdninger og handlinger. Hermed ønsker jeg at afgrænse mig fra de helt unge kvinder/piger under 25 år, som måske, qua deres alder, har et andet fokus på sundhed; samt en anden økonomisk situation, der kan danne baggrund for deres handlinger. Samtidigt ønsker jeg at afgrænse mig for kvinder med børn, om hvem jeg formoder, at netop det at have børn kan ændre den måde hvorpå kvinderne tænker og handler sundhed. Endelig har jeg valgt at fokusere på kvinder, bosiddende i København, da jeg formoder, at der i større byer som hovedstaden er et intensiveret fokus på at leve op til bestemte forventninger og krav i samfundet – og at dette hermed vil højne forhandlingerne i fokusgrupperne.

Antallet af deltagere i fokusgruppen er bevidst sat lavt. Som udgangspunkt sigtede jeg efter at sammensætte grupper med tre til fem deltagere ud fra det hensyn, at sundhed, for nogle mennesker, kan være et sensibelt emne at tale om. Fokusgrupper, med et forholdsvist lavt antal deltagere, kan være med til at skabe den tryghed, der gør at emnet kan diskuteres frit, og samtidigt er det også nemmere for mig, som moderator, efterfølgende at adskille de forskellige deltageres stemmer på den lydfil, der optages under interviewet (Halkier, 2014). Små grupper har også den fordel, at det kan være nemmere for deltagerne at komme på banen med lidt længere personlige fortællinger, fremfor korte sætninger, hvilket kan være vigtig i dannelsen af viden. Ulempen ved et lavt antal deltagere i fokusgruppen er, at den er utrolig sårbar overfor aflysninger (Halkier, 2014). Dette oplevede jeg også, da afholdelsen af den første fokusgruppe måtte udsættes, fordi en af deltagerne var blevet syg. Jeg valgte at afholde fokusgruppeinterviewene hjemme hos mig selv. Dette gjorde jeg fordi, jeg gerne ville

skabe hjemlige rammer omkring interviewet, i håbet om, at fortællingerne og diskussionerne ville minde om de en vennegruppe kunne have rundt om et middagsbord eller kaffebord.

3.3 Rekruttering af deltagere

Rekruttering af deltagere til fokusgrupperne er foregået på flere forskellige måder. Til den første fokusgruppe, der var tænkt som en pilot-gruppe, valgte jeg at benytte mig af mit eget netværk, via en metode kaldet *snowball-sampling* (Halkier, 2014). I valget med at rekruttere gennem mit eget netværk, var jeg meget bevidst om, at det kan være vanskeligt at interviewe mennesker, som man kender i forvejen. Hvis der er en personlig relation mellem interviewer og interviewperson, er der stor risiko for at de relevante og dermed interessante synspunkter ikke bliver udtrykt, enten fordi den interviewede formoder, at man ved, hvad vedkommende taler om, og derfor ikke tilføjer "indlysende" ting; eller fordi netop relationen til intervieweren bevirker, at den interviewede ikke ønsker at fremstille sig selv på en måde, der potentielt kan ændre forholdet mellem de to personer efterfølgende (Halkier, 2014). Med dette i mente besluttede jeg mig for, at rekruttere deltagere til den første fokusgruppe via Facebook og lagde følgende tekst op, som en statusmeddelelse på min væg:

"Er der nogle piger/kvinder, der kunne tænke sig at deltage i et fokusgruppeinterview om sundhed i forbindelse med mit speciale?"

Kravet er at du er kvinde, ml. 25 og 35 år og har afsluttet eller er i gang med en videregående uddannelse.

Interviewet bliver afviklet i Kbh. 16. eller 17. oktober og tager ca. halvanden time.

Del meget gerne mit opslag :)"

Meddelelsen indeholder en generel beskrivelse af projektet, samt screeningskriterier for deltagere, således at jeg sikrede, at eventuelt interesserede personer passede med målgruppen. I opfordringen med at dele opslaget lå et ønske om, at nå bredere ud end mit eget netværk, og dermed have muligheden for netop at rekruttere deltagere, som jeg ingen relation havde til. Jeg fik meget hurtigt en håndfuld henvendelser, som alle var indenfor mit eget perifere netværk. Da kvinderne virkede meget interesserede i at deltage i en fokusgruppe om netop sundhed, vurderede jeg, at tre af dem havde tilpas lidt relation til mig, til at jeg følte, at det ville være uproblematisk at afholde et fokusgruppeinterview med dem som deltagere. De tre kvinder er alle nuværende eller tidligere studerende fra Roskilde Universitet (RUC), og deres relation til mig er via socialt arbejde på RUC. De resterende kvinder, der responderede på mit opslag, blev fravalgt som mulige deltagere af forskellige årsager. To af kvinderne vurderede jeg til, at have en for tæt relation til mig, som ville vanskeliggøre udførelsen af fokusgruppen (Halkier, 2014). Jeg har desuden kendskab til, at en af disse kvinder har en kromosomfejl, der bl.a. har forøger hendes højde og vækst, hvilket jeg vurderede enten kunne være

svært at tale om i en gruppe med fremmede mennesker, eller tage fokus fra emnet generelt. En sidste kvinde blev fravalgt, da jeg ikke synes hun passede ind i gruppen med de tre andre kvinder fra RUC. Dette var ud fra tanken om, at de tre RUC'ere dannede en homogen gruppe, og jeg vurderede, at den sidste kvinde dermed kunne komme til at fremstå som "the odd one out", hvilket kunne påvirke hendes deltagelse i fokusgruppen negativt (Halkier, 2014).

Den første fokusgruppe med de tre kvinder fra RUC virkede rigtig godt. Kvinderne var meget snakkesalige og interessen for at spørge ind til hinandens historier var stor. Relationen mellem deltagerne og mig, virkede ikke til at lægge en dæmper på diskussionerne i fokusgruppen, og jeg vurderede efterfølgende, at empirien var så interessant, at den skulle indgå i min afhandling. En fordel ved fokusgruppedeltagernes relation til mig, er at de helt tydeligt følte en forpligtelse til at overholde aftalen om deltagelse, hvilket ellers kan være et problem med deltagere som ikke har nogen personlig relation til interviewerens (Halkier, 2014). Jeg vurderede efterfølgende at set-uppet med kun tre deltagere, kombineret med afholdelsen af fokusgruppen i mit private hjem, fungerede som gode rammer for dannelsen af empiri, og ønskede derfor de samme rammer for den anden fokusgruppe.

Til trods for at erfaringerne med den første fokusgruppe var positive, satte jeg som krav til deltagerne i den anden fokusgruppe, at jeg ikke måtte have nogen personlig relation til dem. Dette gjorde jeg ud fra en overvejelse om troværdighed og validitet af min empiri (Tinggaard & Brinkmann, 2010b). Efter afholdelse af den første fokusgruppe, stod jeg med en følelse af, at udtryksformen og diskussionerne under interviewet bar meget præg af deltagerens akademiske uddannelse. Dette mente jeg ikke nødvendigvis var repræsentativt for hele mit interessefelt, og besluttede derfor at deltagerne til den anden fokusgruppe skulle have en anden uddannelsesmæssig baggrund – som dog stadig hørte under videregående uddannelser. Dette var ikke nødvendigvis for at se på forskelle og ligheder de to grupper imellem, men primært for at dække målgruppen bredt ind.

Via mit netværk fik jeg ophængt opslag på Professionshøjskolen Metropol på Kultorvet i København, hvor studerende der læser Sundhed og Ernæring går – idet jeg havde en forhåbning om, at der blandt de studerende ville være interesse for at deltage i en fokusgruppe om sundhed. Opslagene gav ingen respons. I stedet besluttede jeg mig for at forsøge at rekruttere deltagere blandt studerende på Metropol via personlig henvendelse. Sammen med en medstuderende tog jeg ud til en af Metropols andre afdelinger, beliggende på Sigurdsgade på Nørrebro, der danner ramme om flere uddannelser end afdelingen på Kultorvet, og dermed huser et større antal studerende, som jeg kunne forsøge at rekruttere deltagere i blandt. Jeg rettede henvendelse til flere grupper af tre til fire kvindelige studerende, som jeg fortalte om mit ærinde. Interessen for at deltage var positiv, og især en af grupperne udtalte, at de meget gerne ville deltage. Af praktiske årsager var det ikke muligt for nogle af

kvinderne at medvirke til et interview den dag, jeg besøgte Metropol, så jeg fik i stedet navn og telefonnummer på en kontaktperson fra hver gruppe. Til trods for den oprindelige udtrykte interesse, og det faktum at jeg tilbød, at fokusgruppen kunne afholdes på Metropol, lykkedes det ikke efterfølgende at få en aftale i hus. Dette kan i høj grad skyldes, at jeg ikke havde nogen personlig relation til nogle af kvinderne, og de derfor efterfølgende ikke følte nogen særlig forpligtelse til at leve op til vores aftale om deltagelse (Halkier, 2014).

Rekruttering af deltagere til den anden fokusgruppe viste sig altså at være noget udfordrende uden den personlige relation, og jeg vendte derfor tilbage til søgning via mit eget netværk. Løsningen blev, at en af mine medstuderende, der lige som jeg selv, har en professionsbacheloruddannelse, rettede henvendelse til sin omgangskreds og opfordrede de kvinder, der passede ind i min målgruppe om at melde sig til at deltage. Den anden fokusgruppe blev dermed sammensat af tre kvinder, der på forhånd alle kendte hinanden, og alle var uddannet eller i gang med en professionsbacheloruddannelse. Her bevirkede relationen til min medstuderende, der deltog som observatør under afholdelsen af fokusgruppen, at de tre kvinder følte en forpligtelse til at overholde aftalen om deltagelse, og interviewet fandt sted kort tid efter (Halkier, 2014).

3.4 Strukturering og moderering

I struktureringen af fokusgruppeinterviewene havde jeg valgt på forhånd at forberede en spørgeguide. Denne spørgeguide (bilag 2) blev udarbejdet efter det, der kaldes en *tragtmodel*, hvor de første spørgsmål er forholdsvist åbne og brede, hvorefter spørgsmålene bliver mere specifikke og strukturen dermed strammere (Halkier, 2014). Denne model er valgt fordi den sammenkæder fordelene ved både de brede og specifikke spørgsmål. Ved at starte fokusgruppen med at lade samtlige deltagere sætte ord på, hvad der optager dem omkring sundhed for tiden, havde jeg en forhåbning om at se forskellige diskursive holdninger til sundhed komme til udtryk. Dette fordrede også, at jeg ikke begrænsede mit forskningsfelt ud fra mine egne forforståelser omkring sundhed. Samtidigt håbede jeg på, at de åbne spørgsmål kunne være med til at danne et forum, hvor de sundhedsdiskurser, der udtrykkes, blev diskuteret blandt deltagerne – således at jeg som forsker kunne iagttage de sociale processer hvorunder konstruktioner af sundhed forhandles (Halkier, 2014). Tragtmodellen starter som sagt med åbne og brede spørgsmål, men snævres så ind med mere specifikke spørgsmål til deltagerne. De specifikke spørgsmål har den fordel, at jeg som forsker er sikker på at få dækket mit vidensområde ind, og dermed produceret viden, der er relevant for mit forskningsprojekt. Desuden fordrer de specifikke spørgsmål at man kan komme omkring flere forskellige emner, så flest mulige synspunkter diskuteres (Halkier, 2014).

Ved at strukturere interviewet efter tragtmodellen og starte med åbne spørgsmål, der tillod deltagerne at forhandle og diskutere indbyrdes, ønskede jeg at skabe en så uformel stemning, som det nu kan være muligt, i den opstillede situation en fokusgruppe nu engang er (Halkier, 2014). Før interviewene startede gav jeg deltagerne en introduktion med information om hvorledes de kunne forvente, at interviewet skulle forløbe. Fokusgruppedeltagerne fik fortalt at de ville blive anonymiserede i den efterfølgende behandling af materialet. Denne information så jeg som vigtig i ønsket om at skabe et forum, hvor alle holdninger og handlinger var lige legitime qua min forforståelse af, at sundhed, for nogle, kan være et følsomt emne at snakke om. Herved ønskede jeg at vise, at deltagerne ikke senere ville blive stillet til ansvar for deres udtalelser, og håbede dermed, at interaktionerne under fokusgrupperne ville være mere hæmningsløse (Halkier, 2014). Eftersom jeg udfører denne specialeafhandling alene, var det naturligt at jeg påtog mig rollen som moderator. Jeg overvejede at involvere en af mine medstuderende som observatør, men af praktiske årsager var det ikke muligt ved afholdelsen af den første fokusgruppe. Fordelen ved en observatør er at vedkommende, kan notere hændelser som moderatoren måske ikke har lagt mærke til, og som ikke dokumenteres via lydoptagelse af interviewet. Desuden kan observatøren medvirke til, at holde fokus på hvad der er vigtigt ift. projektets vidensinteresse. Det er dog vigtigt, at der ikke er for mange "officielle" til stede under afholdelsen af fokusgruppen, da dette kan virke overvældende og intimiderende på deltagerne (Halkier, 2014). I opstarten af interviewene fortalte jeg deltagerne, at jeg havde en øvelse parat, hvis snakken skulle vise sig at være lidt træg. Dette gjorde jeg bevidst for at fjerne et eventuelt pres på deltagerne om at performe, samt ønsket om at eliminere frygten for pinlig tavshed. Det vidste sig ved begge fokusgrupper ikke at være nødvendigt at benytte sig af øvelsen, og måske har netop kendskabet til øvelsen, som backup, haft den ønskede effekt, og fjernet presset fra deltagerne på at skulle yde noget og holde samtalen kunstigt kørende.

Antallet af fokusgruppeinterviews var ikke bestemt på forhånd, men udgangspunktet var at følge de teoretiske anbefalinger, der siger, at man stopper, når man ikke synes, at man ikke får tilført mere ny vigtig viden (Halkier, 2014). Det empiriske materiale der blev produceret i den første fokusgruppe viste sig at indeholde store mængder brugbar viden ift. min erkendelsesinteresse. Ud fra materialet fra den første fokusgruppe blev spørgeguiden redigeret (bilag 3), således at de specifikke spørgsmål blev målrettet nogle af de emner, som jeg ikke følte var blevet uddybet nok af deltagerne i den første gruppe. Til trods for at empirien fra den anden fokusgruppe tilførte noget ny viden, vurderede jeg, at en tredje fokusgruppe ikke ville tilføre mere vigtig ny viden, og besluttede at det komplekse datamateriale produceret af de to grupper var dækkende ift. min erkendelsesinteresse. Samtidig var jeg opmærksom på, at man som forsker, specielt når man arbejder med et mindre projekt med en

meget begrænset tidsramme, skal passe på med ikke at indsamle så meget empiri, at den efterfølgende databehandling bliver uoverskuelig (Halkier, 2014).

3.5 Ethiske overvejelser

I udarbejdelsen af kvalitativ forskning indgår der nogle etiske overvejelser, idet forskningen omhandler og direkte inkluderer konkrete personer (Brinkmann, 2010). Jeg vil i dette afsnit beskrive de etiske overvejelser jeg har haft omkring indsamlingen af min empiri ved at benytte fokusgruppeinterview som metode. Under introduktionen til fokusgrupperne sørgede jeg for at deltagerne blev informeret om hvad interviewet skulle omhandle samt hvad det efterfølgende skulle anvendes til, således at jeg opnåede *informeret samtykke* fra deltagerne (bilag 1). Jeg var mig bevidst om, at det informerede samtykke forudsætter en hvis forståelse for, hvad kvalitativ forskning er, og uddybde derfor denne del af introduktion for den anden fokusgruppe – idet jeg formodede at deltagerne ikke på forhånd havde samme kendskab til kvalitativ forskning, som deltagerne i den første fokusgruppe (Brinkmann, 2010). Deltagerne blev informeret om, at interviewet ville blive optaget via diktafon, og at både deres deltagelse samt den efterfølgende behandling af data fra lydfilen ville blive anonymiseret (Brinkmann, 2010). Således er navnene, der anvendes i analysen i kapitel 4, ikke fokusgruppedeltagerens rigtige navne, og den transskriberede lydfil, indeholdende al empiri, er kun blevet delt med min vejleder, i ønsket om at fremme den videnskabelige standard af projektet.

Med brug af metoden fokusgrupper overvejede jeg også hvilke konsekvenser det kunne have for de enkelte personer at deltage (Brinkmann, 2010). På baggrund af dette, som beskrevet i afsnit 3.3, fravalgte jeg derfor også to personer som deltagere. En anden, og meget vigtig overvejelse, jeg havde omkring deltagerne var, hvilke konsekvenser det kunne medføre, at bede dem om at italesætte deres tanker omkring sundhed. Jeg vurderede, at idet jeg prøver at skabe rammer for interviewet, der efterligner en genkendelig social situation, udsætter jeg ikke deltagerne for emner eller spørgsmål, som de ikke på anden vis kunne have oplevet. Jeg var samtidig meget bevidst om ikke at presse på med spørgsmål, hvis jeg følte en modstand mod at besvare dem. Efter afholdelse af den første fokusgruppe gav deltagerne alle udtryk for, at de havde oplevet det som meget positivt at deltage. For flere af dem, havde det at få sat ord på deres holdninger været en øjenåbner, som de ikke på forhånd havde haft forventning om.

Nogle af de andre etiske overvejelser jeg har haft omkring afholdelsen af fokusgrupper kan virke meget banale, og for nogle mennesker fuldstændigt indlysende, men dette gør dem ikke mindre vigtige. Som Bente Halkier udtrykker det, så "*(...) skal man opføre sig almindeligt menneskeligt ordenligt!*" (Halkier 2014: 64). For mig betød det, at jeg respekterede den tid deltagerne havde afsat til at hjælpe mig med min forskning, ved for det første at indpasse mig efter hvornår de kunne deltage, for det

andet overholde vores aftale, og for det tredje ikke lade interviewet vare længere tid end var aftalt (Halkier, 2014). Jeg var desuden meget opmærksom på at være ordentlig forberedt til de to fokusgruppinterviews, og udtrykke over for deltagerne, både før og efter interviewet, hvor meget jeg satte pris på netop deres deltagelse.

3.6 Behandling af empiri

De to fokusgruppinterviews blev optaget på lydfil, hvorefter jeg transskriberede dem til tekstfiler. På baggrund af mit videnskabsteoretiske ståsted valgte jeg at medtage alle lydtryk, latterudbrud mm., idet jeg ikke på forhånd ville frasige mig muligheden for, at disse kunne have indflydelse på det sagte, og dermed på forståelsen af empirien. De færdige transskriberinger blev herefter gennemgået med problemformulerings optik for øje – hvilket vil sige, at jeg søgte efter italesættelser af sundhed og usundhed, samt fortællinger hvori de unge kvinder gav udtryk for udfordringer og problematikker ift. deres sundhedsforståelser. I gennemgangen af det empiriske materiale søgte jeg både efter mønstre og gentagelser i de unge kvinders fortællinger, men i lige så høj grad efter kontraster og variationer på tværs af de to interviews. Dette blev gjort for at være tro mod afhandlingens problemformulering, men samtidig også for at gyldiggøre de hypoteser, der ligger bag problemstillingen (Halkier, 2014). Herefter blev de præanalytiske tanker sammenholdt med de udvalgte teoretiske begreber for, at bekræfte deres relevans, hvorefter jeg i selve analysen kobede empiri og teori sammen via indsatte citater. Jeg har med den analytiske opsætning søgt at skabe nogle rammer for fortolkning af, hvorledes de unge kvinder italesætter sundhed, samt hvilke betydninger deres sundhedsforståelser får i forskellige kontekstuelle sammenhænge (Tanggaard & Brinkmann, 2010a).

Ved indsætningen af citater i analysen, har jeg valgt at "rense op" i det sproglige, idet de unge kvinders fortællinger bar meget præg af talesprog, fyldord, lydord og ikke udtalte ord, der gjorde citaterne unødvendigt svært læselige for den uindviede, der ikke som jeg har været tilstede under samtalen, transskriberet lydfilen og kontinuerligt gransket empirien. Jeg har derfor i de indsatte citater valgt, at fjerne fyldord hvis de ikke har nogen betydning for det sagte; fjernet de andre deltagers kommentarer/lyd-udtryk, hvis de ikke er relevante for analysen; fjernet hele sætninger eller dele deraf, og markeret dette ved at indsætte (...); samt tilføjet eller rettet i sætningerne, hvis talesproget fremstår så knudret, at det bliver vanskeligt at læse sætningen. Ovenstående er gjort med respekt for deltagerne i fokusgruppen, og med fremme af forståelsen som formål.

4 Analyse

4.1 Analysestrategi

I min analytiske gennemgang af det empiriske materiale forsøger jeg at redegøre for de elementer, der relaterer til, og dermed danner baggrund for besvarelsen af min problemformulering. Formålet er, at finde frem til hvorledes de unge kvinder italesætter sundhed, og hvilke udfordringer de unge kvinder møder i forbindelse med udfoldelsen af deres sundhedsforståelser. Analysen er bygget op over fem forskellige temaer, som er fremkommet i koblingen af det empiriske materiale og teoretiske begreber, der løbende vil blive beskrevet efterhånden som de inddrages i analysen. Begreberne er udvalgt med henblik på at besvare specialets problemformulering. I det første afsnit ønsker jeg at undersøge hvorfra de unge kvinders sundhedsforståelser stammer, og hvorledes *magt* spiller ind i dannelsen af sundhedsforståelser. I andet afsnit interesserer jeg mig for hvorledes moral og etik udtrykkes gennem *styringsmentaliteter* og *selvstyringsteknikker*. Med disse begreber ønsker jeg at belyse hvorledes magt, i forståelsen *governmentality*, kommer til udtryk i de unge kvinders liv. Qua min poststrukturalistiske vidensoptik interesserer jeg mig ligeledes for hvordan kategorien *passende sund* konstrueres og forhandles mellem mennesker via subjektets indtagelse af forskellige positioner. I det tredje afsnit anvender jeg begrebet *normalisering*, og ser på hvilke sundhedsdiskurser, der udtrykkes gennem normative forståelser, og hvorledes dette vanskeliggør andre sundhedsforståelser. I det fjerde afsnit kigger jeg på sundheden som det personlige projekt gennem begrebet *subjektivering*. I femte afsnit sluttet af med at se på mulighederne for at opnå tilfredshed med sundhed, hvor jeg inddrager begreberne *optimering* og *forbedring*. De enkelte afsnit tager udgangspunkt i empiriske fund, hvor citater fra de to fokusgruppeinterviews inddrages. Citaterne er udvalgt med henblik på, at vise hvorledes de teoretiske begreber er i spil. Samtidig har jeg også forholdt mig til, hvilke emner, der for de unge kvinder synes, at have et stort fokus i deres snakke om sundhed.

4.2 Sundhedsdiskursernes kilder

Som nævnt i det teoretiske afsnit finder jeg, at de unge kvinders italesættelser af sundhed falder indenfor afgrænsede rammer. Disse rammer er ikke eksplicit defineret, men kan anskues ved at anvende begreberne *in-* og *ekskludering*. Søndergaard beskriver hvordan man kan anvende begreberne ved, at "(...) stille spørgsmål til det empiriske materiale af typen: Hvordan konstitueres forskellige diskursive kategorier, eksempelvis kategorier af køn? Hvad inkluderes, og hvad ekskluderes, når kategorien mand eller kvinde tales til eksistens, alternativt "gøres"?" (D. M. Søndergaard, 2005, p. 74). På samme måde kan begreberne anvendes til at undersøge hvordan kategorierne sundhed og usundhed konstitueres eller gøres. De unge kvinder, der deltager i fokusgruppe-interviewene, italesætter ikke sig selv som sunde, for som Camilla siger: "(...) der er jo aldrig nogen der er tilfredse

rent sundhedsmæssigt." (Gruppe 1: 689-690). Derfor har jeg, foruden kategorierne *sund* og *usund*, valgt at indføre endnu en kategori – nemlig *passende sund*. Gennem empirien fremgår det, at de unge kvinder på intet tidspunkt italesætter sig selv som værende sund, men derimod forsøger at gøre sundhed på en sådan måde, at den er moralsk og etisk forsvarlig. Med betegnelsen *passende sund*, skal netop forstås, at man aldrig er 100% sund men, at ens handling og/eller holdning er "sund nok" til at være socialt acceptabelt som værende sund. Søndergaard pointerer, at konstituerede kategorier udgøres af en kerne og diskursive afgrænsninger. Kernen består af de elementer, som empirien viser, at de fleste repræsenterede aktører er enige om tilhører denne kategori. På samme måde består afgrænsningerne af de elementer, som der er bred enighed om ikke tilhører den kategori (M. Søndergaard, 2000). Ved at kigge på in- og ekskluderingskriterier i de unge kvinders italesættelser af sundhed, kan jeg altså anskue hvorledes de konstruerer kategorierne. Foruden kerne og afgrænsning, vil der også være elementer, der fremstår som *gråzoner* ift. den konstituerede kategori. Ifølge Søndergaard kan elementer tilhørende gråzoner ofte observeres i forbindelse med en forhandling af aktørers sundhedsforståelse (M. Søndergaard, 2000). Jeg finder det derfor relevant også at kigge på gråzonerne for kategorien *passende sund*, idet de unge kvinders forhandling af deres egen sundhedsforståelse, netop kan vise kompleksiteten i de poly-diskursive sundhedsforståelser.

For at undersøge rammerne for de unge kvinders sundhedsforståelser, ønsker jeg, som det første, at belyse hvor diskurserne stammer fra. Empirien peger på flere kilder hvorfra de unge kvinders sundhedsforståelser udspringer, og jeg vil i den første del af analysen forsøge at anskueliggøre at sundhedsdiskurser ikke entydigt kommer fra ét sted men, at der i flere dele af samfundet findes et fokus på sundhed, der, samlet og hver især, er med til at sætte rammerne for de unge kvinders sundhedsforståelser.

4.2.1 Myndighedernes sundhedsanbefalinger

Myndighedernes sundhedspolitikker bliver synliggjort i form af officielle sundhedsanbefalinger og kampagner, der f.eks. har Sundhedsstyrelsen eller Fødevarestyrelsen som afsender. De unge kvinder italesætter generelt deres holdning til Sundhedsstyrelsen i negative vendinger, men til trods for at flere af de unge kvinder direkte siger, at de tager afstand fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er der dog meget der tyder på, at disse alligevel har en stor indflydelse på de unge kvinders sundhedsforståelser. For at belyse sammenhængen mellem de unge kvinders sundhedsforståelser og myndighedernes sundhedspolitikker har jeg valgt at anvende begreberne *magt* og *biomagt*.

Magt som begreb er et centralt emne i poststrukturalistisk forskning, og her refereres ofte til Foucault. I Foucaults optik skal magt ikke opfattes som noget negativt eller undertrykkende, men nærmere som

noget produktivt, der kan påvirke og har en effekt. Med magten dannes der mulighed for og udelukkelse af diskurser, således bliver magtbegrebet snævert forbundet med diskurs (Jørgensen & Phillips, 1999; I. K. Pedersen, 2010). *"Magt er både det der skaber vores sociale omverden, og det, der gør, at omverdenen ser ud og kan italesættes på bestemte måder, mens andre muligheder udelukkes. Magt er således både produktiv og begrænsende"* (Jørgensen & Phillips, 1999, p. 23).

Biomagt er Foucaults begreb for en magt, der søger at lede befolkningen mod at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed. Herigennem ønskes at skabe nyttige og produktive samfundsborgere (I. K. Pedersen, 2010). Med biomagts agenda om at sikre, udvikle og forvalte liv, bliver diskursernes funktion at normalisere befolkningen. Biomagten udfoldes ofte sammen med resultater af biologisk forskning og statistisk data for konsekvenserne af forskellige handlinger. Hermed fremstår sundhedsanbefalinger som tilbud, det frie og handlekraftige individ *kan* tage imod, uden at der er tilføjet et *skal*. Men idet "virkeligheden" fremstår som en norm, kan det blive problematisk for individet ikke at "indrette sig" efter anbefalingerne (I. K. Pedersen, 2010). *"Med biomagts normaliserende blik bliver det vanskeligt at bekende sig til afvigende sundhedsmæssige (...) præferencer"* (I. K. Pedersen, 2010, p. 34).

Myndighedernes sundhedspolitikker har i mere end et årti fokuseret på de såkaldte KRAM-faktorer, der står for kost, rygning, alkohol og motion. Kampagner med fokus på KRAM-faktorerne er rettet mod alle aldersgrupper i befolkningen, og har primært til hensigt at promovere forebyggelse af livstilsrelaterede sygdomme. En sundhedsforståelse der fokuserer omkring kost, rygning, alkohol og motion er ikke det første der tales frem, når jeg spørger de unge kvinder om, hvad de forbinder med sundhed. Men gennem empirien er det alligevel tydeligt, at i hvert fald flere af KRAM-faktorerne har indflydelse på de unge kvinders sundhedsforståelse.

Der er blandt de unge kvinder konsensus om at frugt og grøntsager er sunde, og de nævnes flere gange som noget man bør inddrage i sin kost. Eksempelvis udtaler Laura: *"Sådan en overskrift hvor der står 10 sunde grøntsager. Så går man ned og handler dem ik'."* (Gruppe 2: 39). Anne beskriver sine tanker, når hun handler madvarer, og siger: *"(...) der burde måske også være noget grønt i den her kurv"* (Gruppe 2: 613-614). Anne udtaler også: *"Altså nu skal jeg spise 600 gram frugt og grønt om dagen"* (Gruppe 2: 304-305), og henviser her direkte til et af de officielle kostråd der beskrives på Fødevarestyrelsens hjemmeside www.altomkost.dk (Fødevarestyrelsen, n.d.). Andre henvisninger til de officielle kostråd kan ses i udtalelserne *"(...) husk og spise varieret, og hvis du så spiser fisk, så husk og spis varieret også, for ellers får du for mange tungmetaller."* (Gruppe 2: 518-519) og *"Nej lidt af alt, og alt med måde, og så tror jeg da på, at de der tobenede dyr er sundere end de firbenede."* (Gruppe 2: 308-309). Grøntsager, varieret kost, fisk og fjerkræ bliver af de unge kvinder i den anden fokusgruppe

italesat som sunde, og inkluderes dermed i rammerne for begrebet sund. Flere af udtalelserne henviser direkte til Fødevarestyrelsens officielle kostråd, og det synes derfor rimeligt at henvise til at disse kostråd, med Fødevarestyrelsen som afsender, for de unge kvinder konstitueres som værende i overensstemmelse med deres sundhedsopfattelse. Biomagt er Foucaults begreb for magt, der påvirker livsprocesser. Biomagt "(...) søger at lede befolkningen med henblik på at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed (...)" (I. K. Pedersen, 2010, p. 33), og eksempler på biomagt kan være tilbud om screening af brystkræft eller Fødevarestyrelsens officielle kostanbefalinger (I. K. Pedersen, 2010). Myndighedernes officielle kostråd og dertilhørende kampagner kan ses som eksempler på biomagt, og denne biomagt virker altså ved at præge de unge kvinders opfattelser om hvilke fødevarer der ses som værende sunde.

De unge kvinder fra den første fokusgruppe henviser også til officielle kostråd, men hos dem italesættes de anderledes. Signe, der bekender sig til en vegansk kost, kommer med følgende udtalelse: "(...) jeg har været enormt skeptisk over alle de der, sådan husk og spis dit mager kød og fisk og mælk og sådan noget. Fordi der bare også er rigtig meget forskning, der peger på, at det ikke er sundt for kroppen at få alle de der hormoner." (Gruppe 1: 832-834). Signe placerer animalske produkter i en gråzone for sundhed, hvor de hverken kan in- eller ekskluderes 100%, fordi hun har kendskab til forskning, der peger i begge retninger. En anden udtalelse kommer fra Mette: "Så alt hvad der affokus på, at jeg skal spise sundt eller sådan noget – jeg skal huske at købe fuldkorn, eller jeg skal skære ned på mine kulhydrater eller bla, bla, bla ik'. Det er fuldstændig blevet kylet ud" (Gruppe 1: 61-63). Da Mette oplever, at et stort fokus på at spise i overensstemmelse med de officielle anbefalinger, for hende medfører negative tanker om sit eget selvværd, bliver kostrådene placeret i en gråzone for hendes sundhedsforståelse. Hun afviser ikke essensen i kostrådene som værende sunde, men beskriver at konsekvensen af, at føle sig forpligtet til at følge dem, for hende ekskluderes i kategorien sund. Både Signe og Mette udtrykker et kendskab til de officielle kostråd, hvilket er et udtryk for biomagts effekt. Foucault har gennem sine værker påvist hvordan magt skaber systemer, der regulerer og kontrollerer mennesker. Dette sker ikke gennem fysisk vold og tvang, men derimod gennem disciplineringsformer, der kommer til udtryk som individualiserede selvpraksisser som vaccinationsprogrammer og hygiejneforskrifter. Det er vigtigt at understrege, at magt, gennem Foucaults optik, ikke skal ses som værende undertrykkende, idet magten kan kun realiseres overfor frie og handlekraftige mennesker, der kan yde *modmagt* (I. K. Pedersen, 2010). I de ovenstående citater, kan vi se, at Signe og Mette yder modmagt overfor de officielle kostråd. Kostrådene præger stadig deres sundhedsforståelse, men de unge kvinder har aktivt valgt, at tage afstand fra de dele af kostrådene, som de ikke synes passer ind i deres personlige konstruktion af sundhed.

Når de unge kvinder taler om sundhedsforståelser ift. kost, italesætter de ofte flere af de officielle kostenbefalinger. Nogle af de unge kvinder taler direkte imod Fødevarestyrelsens kostråd, men generelt for de unge kvinder er, at både mængden og omskifteligheden i kostenbefalinger skaber forvirring og modvilje overfor anbefalingerne. Uanset om de unge kvinder tilskriver sig de officielle kostenbefalinger som værende en del af deres sundhedsforståelse, er det dog tydeligt, at der findes et generelt og bredt kendskab til indholdet i myndighedernes sundhedskampagner.

De unge kvinder forholder sig også til rygning, og her er der generel konsensus om at rygning tilhører kategorien usund. *"Jeg ryger – så ryger jeg måske 3-5 smøger om ugen – men det gør jeg."* (Gruppe 1: 56-57). *"Selvfølgelig ville det fedest, hvis man stoppede med at ryge. Ingen tvivl om det."* (Gruppe 2: 264-265). *"Det ved jeg jo godt, at rygning det er pisse usundt for en fysisk."* (Gruppe 2: 257). De unge kvinder er alle født og opvokset i en tid, hvor rygning er blevet omtalt som usundt, og alle cigaretpakker bærer i dag information om de sundhedsskadelige virkninger af tobak. Når flere af de unge kvinder alligevel ryger, udfolder de deres frie handlemuligheder overfor biomagten. Det faktum, at de unge kvinder føler trang til, at nævne deres rygevaner, når der tales om sundhed, kan ses som et udtryk for at biomagten præger deres sundhedsforståelse.

Alkohol nævnes kun en enkelt gang under fokusgruppeinterviewene, og synes hermed ikke at have nævneværdig indflydelse på de unge kvinders sundhedsforståelse. Camilla fortæller: *"Og lige da jeg startede på universitetet, blev jeg også en lille tyksak [Mette: Det øllerne]. Det øllerne"* (Gruppe 1: 596-598). Begrundelsen for hvorfor alkohol (her i form af øl) anses som værende i konflikt med kategorien sund, er på grund af risikoen for overvægt. Det er altså ønsket om et bestemt udseende, primært kropsstørrelse, der for de unge kvinder synes vigtig i deres sundhedsforståelse, hvilket analysen vil vise, generelt præger deres sundhedsforståelse. En mulig årsag til, at de unge kvinder ikke nævner alkohol særlig ofte i forbindelse med sundhed er, at de ikke ser en konflikt mellem deres alkoholforbrug og de officielle anbefalinger herom. De har derfor ikke behov for at italesætte deres holdninger og handlinger med alkohol. I empirien kan man se en generel tendens til, at sundhed netop beskrives ift. sin modsætning *usundhed*, og det er primært de usunde aspekter af de unge kvinders liv, de taler frem.

Under de to fokusgruppeinterviews kommer de unge kvinder ofte ind på motion, og det ses derigennem, at motion er en del af deres sundhedsforståelse. Italesættelse af motion handler dog oftest om manglende tid, lyst og overskud til at dyrke motion, og jeg vil derfor komme nærmere ind på de unge kvinders motivation for at dyrke motion senere i analysen. *"(...) nu har jeg døjet meget med depression gennem årene, og der har en af coping-mekanismerne til det været og leve meget sundt. Altså fokusere meget på at få dyrket noget yoga, eller få pulsen op og køre – jeg er enormt glad for at gå til*

spinning (...)" (Gruppe 1: 92-95). Signe italesætter her motion som en del af kernen for hendes konstruktion af sundhed. Om hendes forståelse af motion som værende sundt, stammer fra myndighedernes anbefalinger skinner ikke igennem, men da den umiddelbart ikke er i modstrid med officielle anbefalinger, kan det heller ikke afvises. Signe anvender motionen som et middel mod depression, og udviser her et eget-ansvar overfor sin sundhedstilstand. Denne holdning er i overensstemmelse med den sundhedspolitiske agenda, hvor netop ansvaret for egen sundhed er blevet mere fremtrædende fra midten af det 20. århundrede (Rose, 2009).

Myndighedernes sundhedspolitikker ligger op til at sundhed handler om forebyggelse og fravær af sygdomme. Denne holdning ses også hos de unge kvinder, hvor Anne svarer på spørgsmålet om hvorfor det er vigtigt at være sund: *"Jeg tænker man har et eget-ansvar for ens sundhed. Man kan gøre en masse for og holde sig nogenlunde sund, og ikke ramle ind i alt for meget sygdom (...)"* (Gruppe 2: 201-202). Pedersen siger, at nutidens biopolitiske fokus er på den sunde krop, hvormed sundhed konstitueres som en individuel problemstilling. Da kroppen er ens egen, får individet hermed et ansvar for egen sundhed (I. K. Pedersen, 2010).

Myndighedernes anbefalinger om kost, rygning, alkohol og motion kan ikke siges entydigt, at danne rammerne om de unge kvinders sundhedsforståelse. Det samme gør sig gældende for den sundhedspolitiske agenda om forebyggelse og fravær af sygdomme. Lupton understreger, at magt ikke blot stammer fra myndighederne, men magtrelationer er diffuse og opstår i alle sociale aspekter af menneskers liv (Lupton, 1995). Jeg vil derfor se på hvilke andre faktorer, der også præger de unge kvinders sundhedsforståelse.

4.2.2 Familie og venner

De unge kvinder kommer med flere fortællinger, der viser hvordan deres omgangskreds, i form af familie, venner og kollegaer, har indflydelse på deres sundhedsforståelse. De ting de unge kvinder forstår ved sundhed, og den måde hvorpå de praktiserer deres sundhed, kan mange gange henvises til at komme fra et andet menneske, som de gennem deres liv er kommet i berøring med. Camilla fortæller: *"(...) jeg har dyrket sport siden jeg kunne gå, og min familie har dyrket sport, og altså det er helt klart grunden til, at jeg ved, og kan og gør de ting."* (Gruppe 1: 821-823). Camilla italesætter i citatet sport som værende en del af kernen for hendes sundhedsforståelse, og henviser til, at det altid har været en selvfølgelig ting, at dyrke sport i hendes familie. I løbet af interviewet henviser Camilla mange gange til sport og det fremstår, at hun har svært ved at se en konstruktion af sundhed hvor motion ikke er en del af kernen (Gruppe 1: 166-167, 214-216, 246-262, 339-340, 357-360). Signe fortæller hvordan en veninde har inspireret hende til at leve vegansk: *"Jeg havde en veninde, som var*

gået over til at leve vegansk, og hun havde bare sådan helt vild flot hud og sov helt vildt godt, og jeg tænkte bare sådan okay altså, det vil jeg egentlig også gerne ik' (...) (Gruppe 1: 32-35). Signe italesætter sundhed som både *flot hud* og *god søvn*, og ser at man kan anvende en vegansk livsstil til at opnå disse to ting. Med udtalelsen *flot hud* fremgår det, at Signes sundhedsforståelse også handler om udseende. For hende er det altså en del af kernen af hendes sundhedsforståelse, at hun selv, og andre, kan se på hendes fysiske fremtoning, at hun er sund. Sammenkoblingen mellem det fysiske udseende og det sunde menneske, ses gennem empirien at være genstand for stort fokus hos de unge kvinder, hvorfor jeg vil vende tilbage til dette i afsnittet *Sundhedens normaliserende blik*. Udtalelser der viser, at både familie, venner og kollegaer har indflydelse på de unge pigers sundhedsforståelse går igen igennem de to interviews. Fremfor italesættelse af, hvad de unge kvinder inkluderer i deres sundhedsforståelse, handler det dog oftest om det modsatte – hvad de ekskluderer i deres sundhedsforståelse. Det er især sammenhængen mellem kropsstørrelse og sundhed der er i fokus: *"Min mor har da sagt til mig, at sig mig har du ikke taget lidt rigeligt på? (...) Og så gik jeg på kur, og så tabte jeg mig"* (Gruppe 2: 417-419). Laura italesætter her, at overvægt ikke er foreneligt med hendes konstruktion af sundhed. Hermed bliver overvægt et af ekskluderingskriterierne for hendes sundhedsforståelse. Denne ekskludering af overvægt ift. sundhed, ses gennem citatet muligvis at stamme fra hendes mor, der hermed præger både hendes sundhedsforståelse, og også hendes handlinger. Lignende udtalelser om sundhed og overvægt ses f.eks. i udtalelserne: *"Sundhed har bare også altid fyldt helt vildt meget i min familie. Fordi min lillebror er meget overvægtig. Altså meget overvægtig. Og min mor er også overvægtig."* (Gruppe 1: 488-490); *"Jeg har også eks-veninde, som kigger rundt, når vi er ude og spise sammen mig og hende. Kigger rundt på andre og kommenterer på hvor tykke de er (...)"* (Gruppe 1: 567-569). Udtalelserne viser, at de unge kvinder, gennem både familie og venner, generelt er præget til en sundhedsforståelse hvor overvægt falder udenfor rammerne for konstruktionen af sundhed. Denne forståelse af overvægt som værende et ekskluderingskriterium for sundhed, fremstår gennem de unge kvinders udtalelser, at være accepteret uden nogen nævneværdig refleksion. Sundhedsdiskursen blandt de unge kvinders familie og omgangskreds er således magtfuld, idet den medfører, at kropsstørrelse tages for givet som et udgangspunkt for de unge kvinders forståelse af sundhed.

4.2.3 Medier og populærkultur

Under fokusgruppeinterviewene oplevede jeg, at kvinderne gav udtryk for at omverdenen er fyldt med information om sundhed, og at mængden af denne information til tider er så overvældende, at det kan være svært, at forholde sig til det hele. Omverdenen dækker her over både konkrete råd, f.eks. officielle anbefalinger fra myndighederne, men også en mere abstrakt fornemmelse af hvorledes sundhed gøres. Især udvalget af kostråd gennem medierne, synes for fokusgruppedeltagerne, at være

uendeligt, og der bliver i de to fokusgrupper beskrevet modsatrettede holdninger til hvorvidt man føler trang til at følge disse kostråd. Lad os starte med at se på uddrag af samtalen i den anden fokusgruppe:

Maja: (...) hvis der er noget, de siger er sundt, hvedegræs eller noget der smager ad helvedes til. De siger det er sundt - jeg skal ha' noget hvedegræs!

Anne: Det gør noget godt for min krop. Jeg ka' ikke mærke det, men jeg tror på det.

Maja: Det kommer fra Sundhedsstyrelsen i hvert fald. Men også dameblade får jeg lyst til at sige.

Laura: Alle mulige artikler.

Maja: Artikler som går ind og siger, at nu har man fundet ud af, at så og så meget ingefær det er antiinflammatoriske. Så fagpersoner. Men jeg vil sige, at jeg kunne måske være mere kildekritisk. Altså fordi nogen gange, så er det bare sådan, ingefær er sundt, okay så skal jeg ha' ingefær!

Anne: Jeg tænker der hvor kakao og chokolade og sådan noget, der står det er sundt, så blir jeg sådan, nå så må jeg vist ned og have noget chokolade. Jeg skal nok lade være med at købe Marabou, jeg køber noget mørkt, det er fint, så er jeg alligevel lidt sundt. Og der er jeg ik' kildekritisk på nogen som helst måde! Tænker bare, at den der har sagt det, må være sandt. (Gruppe 2: 20-37)

Uddraget af samtalen i den anden fokusgruppe viser hvorledes de unge kvinder, i konstruktionen af kategorien passende sund, forholder sig til forskellige diskurser omkring kost. En dominerende diskurs i denne sammenhæng går på, at hvis *nogen* har sagt, at noget er sundt, så må det være sandt. Denne diskurs kan så forhandles ift. hvem eller hvad *nogen* er, hvormed den kan tilpasses hverdagslivets og dermed den enkelte persons behov. Ifølge Jørgensen og Philips anvendes forhåndenværende diskurser strategisk i sociale interaktioner, til at fremstille sig selv og omverdenen på bestemte fordelagtige måder (Jørgensen & Phillips, 1999). Som man kan se af ovenstående citat kan *nogen* både være Sundhedsstyrelsen eller andre *fagpersoner*, men også mindre lødige medier som dameblade. Anne argumenterer for det ukritiske forhold til afsenderen af kostråd ved en sammenkobling med en trang til at foretage en handling, som hun vurderer som værende usund – nemlig at spise chokolade – og validerer dermed sin usunde handling som værende *alligevel lidt sundt*. Anne italesætter hermed chokolade som en af *gråzonerne* for hendes sundhedsforståelse, og udtrykker en styringsmentalitet, der præger hendes handling – hun har lyst til at købe Marabou chokolade, men vælger at købe mørk chokolade i stedet. En anden diskurs der kommer til udtryk i ovenstående citat-uddrag er, at hvis en fødevarer, der anbefales som værende sund, ikke smager godt, så valideres dens sundhed gennem den grimme smag. Sundhed italesættes her, som noget der smager ubehageligt. Hvor fokusgruppemedtagerne ellers i andre dele af samtalen giver udtryk for, at de bruger deres "mavefornemmelse" til at vurdere sundhed, så tilsidesættes denne vurdering fuldstændigt. Her

er det pludseligt ikke vigtigt, om man kan mærke, at den handling man foretager er sund, for som Anne siger: *"Det gør noget godt for min krop. Jeg ka' ikke mærke det, men jeg tror på det."* (Gruppe 2: 27-28).

I en governmentality-optik kan man se den manglende kildekritik overfor afsenderen af kostråd som en bekræftelse af, at det ikke kun er myndighederne, der har magt til sætte agendaen for kostråd. Denne tilfalder også andre fagpersoner, dameblade mm., og det er ikke umiddelbart muligt at afgøre, hvem eller hvad der har autoritet til, at påvirker diskurserne omkring henholdsvis sund og usund kost. Rose anvender termen *somatiske eksperter* om et bredt udvalg af "faglige" personer, der gennem deres individuelle ekspertområde har magt til at præge diskurserne omkring sundhed. Gennem fortællingerne i de to fokusgrupper virker det dog til, at det ikke er nødvendigt, at have en faglig ekspertise indenfor sundhed, for at fremstå med samme autoritet, som de somatiske eksperter. Laura fortæller, at hun drikker shots med cayennepeber pga. udtalelser fra popsangeren Beyonce: *"Så drikker jeg sådan cayennepeber-shots. Det skulle være så slankende. Det siger Beyonce."* (Gruppe 2: 345-346). I citatet fremgår det, at sundhed italesættes som slank, og det tyder derfor på, at det er ønsket om en slank krop, der er styringsmentaliteten der fordrer Lauras selvstyringspraksis med at drikke shots med cayennepeber. Beyonce der, ved siden af sin faglige arbejde som sanger, er kendt og beundret for sin fysiske fremtræden, er et eksempel på en person, der i kraft af et eftertragtet udseende kan præge de unge kvinders handlinger. Her er det ikke nødvendigt med andet "bevis" for kostrådets effekt, end det synlige resultat, man kan se på billeder af Beyonce. Magten til at påvirke sundhedsdiskurser synes derfor at være allestedsnærværende.

Generelt fremstår det, at hvis sundhedsanbefalinger er nedskrevet, uanset hvilket medie det præsenteres igennem, så besidder det en magt til at påvirke forståelsen af sundhed. Det kan for de unge kvinder godt være diffust, hvem der er afsenderen, af de sundhedsanbefalinger de læser, og de er ikke altid kildekritiske. Lupton beskriver magten som værende netop diffus idet, den ikke kun udgår fra staten, men fra alle dele af det sociale liv. Sociale grupper kan være en lige så vigtig del af magtstrukturen som myndighederne, og de aktiviteter og interesser, der præsenteres gennem sociale grupper kan både være i overensstemmelse med myndighedernes interesser – men i lige så høj grad i konflikt med dem (Lupton, 1995). De praksisser og sundhedsforståelser der udspilles gennem sociale netværk, og eksponeres gennem medier, har altså lige så stor magt til at præge de unge kvinders sundhedsforståelse, som staten har gennem deres officielle sundhedsanbefalinger. Reguleringen af samfundet sker dermed fra alle dele af samfundet, og vi er som borgere også med til at regulere os selv og hinanden. Samlet set ses de unge kvinders sundhedsforståelser at komme fra mange steder inklusiv staten, familie, omgangskreds og medierne. Der kan blandt de unge kvinder være stor forskel på hvem eller hvad der influerer mest på deres sundhedsforståelse, men overordnet er der ikke kun én afsender eller én sundhedsforståelse, der præger den enkelte person. Tværtimod synes der at være et

utal af anbefalinger, krav og kriterier, som de unge kvinder, på hver deres måde forsøger at forholde sig til, i deres egen konstruktion af kategorien passende sund.

4.3 Sundhed som styringsmentaliteter og selvstyringsteknikker

Et af Foucaults begreber om magt hedder *governmentality* og betyder styring gennem selvstyring. Governmentality skal ses som et underbegreb til biomagt, idet det medfører en effekt på livsprocesser via selvstyring. Hermed bliver governmentality forbindelsesledet mellem politiske samfundsmæssige reguleringer og subjektets indre overvågning, hvilket fører til styring via selvstyring (I. K. Pedersen, 2010). I 1970'erne opstod der en sundhedspolitisk tendens kaldet New Public Health, der er karakteriseret ved et fokus på miljø, sundhedsfremme og forebyggelse. Prioriteringen af opretholdelse af sundhed, fremfor bekæmpelse af sygdom, betød at den fysiske krop blev forbundet med både livsstil og miljø. Hermed opstod der i moderne neoliberale samfund en forventning om at folk var ansvarlige for deres egen sundhed. Denne ansvarliggørelse og håndtering af egen sundhed kan anskues gennem governmentalitybegrebet, der på analytisk vis kan vise hvorledes mennesker bliver gjort til genstande for viden og politik, og hvordan de i praksis håndterer sådanne processer (I. K. Pedersen, 2010). Den praktiske håndtering foregår via selvstyringsteknikker, som er endnu et begreb Foucault anvender. *"Selvteknikker dækker over konkrete teknikker, redskaber, praktikker, opfattelser, etiske livsførelser, der gør det muligt at transformere eller modificere krop og sjæl og nå frem til en tilstand af fuldkommenhed, lykke, renhed eller overnaturlig kraft."* (I. K. Pedersen, 2010, p. 39).

Inspireret af Foucault har flere sociologer bygget videre på hans forskning og videreudviklet governmentalitybegrebet. Her i blandt Mitchell Dean der understreger, at når man taler om styring, er det vigtigt at klarlægge hvorledes dette begreb skal tolkes. Styring anskues ofte som noget, der udgår fra staten, hvilket medfører *"(...) en søgen efter magtens udspring eller kilde, (...) et forsøg på at udpege, hvilke aktører der besidder magten, samt spørgsmålet om hvorvidt denne magt er legitim eller ej."* (Dean, 2006, p. 41). En governmentality-analytik tager afstand fra disse interessefelter og ser styring som en aktivitet, der udøves på utallige måder. Styring kommer ikke kun fra staten, men fra en mangfoldighed af regeringsorganer og autoriteter – inklusiv os selv. Styring defineres af Dean som *conduct of conduct*, hvilket henviser til flere fortolkninger af ordet conduct. Fælles er, at de omfatter individets adfærd i form af *selv-ledelse*, hvilket indebærer en moralsk vurdering af denne adfærd. Diskussioner om adfærd eller handlinger *"(...) forudsætter et sæt standarder eller normer for opførelse, som den faktiske adfærd kan vurderes ud fra, og som fungerer som en form for ideal, som individer og grupper bør stræbe efter."* (Dean, 2006, p. 43). Sammenfatter man dette med diskursbegrebet, kan man sige, at det er diskurserne, der sætter standarden eller normen for adfærd, hvorefter individet, i form af selv-ledelse, regulerer sin adfærd.

Styring som *conduct of conduct* forudsætter, at den styrede er en *aktør*, som implicit indebærer en vis grad af frihed. Styring ses derfor som en aktivitet, der former aktørers handlingsfelt og søger at give friheden form. Dette fører os endeligt frem til begrebet *governmentality*, der drejer sig om hvordan vi tænker styring – og hvorfor. Tænkning skal i denne sammenhæng ses som en kollektiv aktivitet, der i sociologisk terminologi bliver til kollektiv mentalitet. Den kollektive mentalitet udgøres af de former for viden, tro og overbevisninger, som vi er indlejret i, og dermed ikke sætter spørgsmålstejn ved. Idet vi er indlejret i mentaliteten, kan vi ikke anskue og beskrive den fra eget perspektiv. *Styringsmentalitet* – *governmentality* har dermed baggrund i kollektive og relative selvfølgeligheder, eller sagt på en mindre knudret måde: "(...) den måde, vi tænker magtudøvelse på, trækker på de teorier, idéer, filosofier og vidensformer, som indgår i vores sociale og kulturelle produktion." (Dean, 2006, p. 52). Oversætter vi dette til et eksempel på selvstyringsteknik, en diæt, betyder det, at der trækkes på videnskabelig ekspertise leveret af diætister, sundhedsforskere, ophavsmænd til et specifik sundhedsfokus eller måske religiøse eller spirituelle forbilleder. Det interessante er, at en selvstyringsteknik kan have meget forskellige styringsmentaliteter som årsag, men alle teknikker rettet mod at styre sig selv eller andre forudsætter, at der er et mål eller resultat at efterstræbe (Dean, 2006).

Positionering er et andet begreb, der også knytter sig til poststrukturalistisk forskning. Begrebet kan anvendes som et analytisk værktøj til at belyse de positioner, der stilles til rådighed og indtages eller afvises af fokusgruppetagerne under interviewet. Dette kan give et indblik i hvilke positioner, der generelt er tilgængelige, i de sociale kontekster, hvor sundhed debatteres. Positionering som begreb fokuserer på de dynamiske dele af interaktionssituationer, og henviser netop til indtagelsen af positioner som værende noget dynamisk, der afhænger af konteksten og dermed de diskursive praksisser der følger af denne (Davies & Harré, 2014). Ifølge Davies og Harré er position "(...) noget der skabes i og med sproglige udvekslinger" (Davies & Harré, 2014, p. 23). Da position skabes i og med sproglige udvekslinger, må man forstå at det grundlæggende er et *samtalefænomen*. Samtaler skal i denne optik ses som sociale interaktioner, hvor produkterne heraf også er sociale – det kan f.eks. være relationer mellem mennesker. Samtaler omfatter ikke kun verbale udtryk, men også non-verbal kommunikation som ansigtsmimik, kropssprog mm., kan være med til at skabe positioner, og må derfor indbefattes som en del af samtalen. En samtale udfolder sig gennem fælles handling fra alle deltageres side, idet de forsøger, at gøre enten deres egen eller andres handlinger socialt bestemmende. Hvilken social betydning det i samtalen udtrykte får, afhænger af samtalepartnerens positionering, hvilket igen er afhængigt af konteksten (Davies & Harré, 2014).

Positionering kommer til udtryk på flere måder. *Refleksiv positionering* dækker over den måde hvorpå en person positionerer sig selv, mens *interaktiv positionering* betegner det fænomen, at en person

positioneres på baggrund af en anden persons ytringer. Positionerne er afhængige af konteksten, samt de historiske erfaringer som samtaledelegerne medbringer. Idet de forskellige deltagere i samtalen ikke nødvendigvis har samme historiske erfaringer, eller for den sags skyld opfatter den specifikke kontekst ens, kan der være forskel på hvorledes en person ser sig selv og andre positioneret, og hvorledes de andre oplever den anden og dem selv positioneret. En samtale vil dermed kun være entydig, hvis alle deltagere solidarisk indtager subjektpositioner på baggrund af en fælles forståelse om samtals omdrejningspunkt (Davies & Harré, 2014). Jeg finder det relevant at inddrage positioneringsaspektet i min analyse om de unge kvinders konstruktion af kategorien passende sund, idet den måde hvorpå vi opfatter os selv og føler os opfattet af andre, er en del af de diskursive praksisser, der ligger til grund for de sundhedsorienterede handlinger og holdninger fokusgruppeditagerne udtrykker.

Under begge fokusgruppeinterviews opstår der flere gange snakke omkring sundhed og kropsstørrelse. Til trods for at alle deltagere på et eller flere tidspunkter siger, at de opfatter sundhed som værende holistisk – et sammenspil mellem en fysisk og en psykisk sundhed – fremgår det, at kropsstørrelse er den primære indikator for egen og andres sundhedstilstand. *"(...) så længe min krop virker til, at den har det godt, og jeg ikke tager voldsomt meget på af et eller andet, så er det nok nogenlunde rigtigt, det man gør. Fordi jeg vejer det i hvert fald, altså ser det sådan i vægt ik'. Ikke i kilo men i udseende, fordi jeg har ikke nogen vægt [Gruppen: latter]. Det tror jeg ikke vi skal ha'"* (Gruppe 2: 67-71). Laura beretter, at hun vurderer sin egen sundhed ud fra udseende [kropsstørrelse] og bruger en [synlig] vægtstigning, som indikator for om hendes sundhed har forandret sig. Hun italesætter her sundhed, som noget, der kan vurderes ud fra kroppens størrelse. Lauras styringsmentalitet synes, at være et ønske om at have en kropsstørrelse, der ikke er modstrid med hendes egen konstruktion af hvordan sundhed ser ud. Med kommentaren *"(...) jeg har ikke nogen vægt. Det tror jeg ikke vi skal ha'."* (Gruppe 2: 70-71) foretager Laura en refleksiv positionering, hvor hun udtrykker en ironisk distance ved, at omtale sig selv i tredje person. Med positioneringen tager hun afstand fra en fremstilling af sig selv, som en person der ingen vægtproblemer har. Baggrunden for denne positionering kan være et ønske om ikke, at fremstille sig selv fordelagtigt anderledes end de to andre fokusgruppeditagere, idet de begge tilhører hendes sociale omgangskreds. Qua det private forhold mellem fokusgruppeditagerne vil de skulle "stå til ansvar" for deres udtalelser efter interviewet, og dette kan bevirke en styringsmentalitet om, at prioritere det gode venskab (Halkier, 2014). Da jeg spørger Laura, om hun også vurderer andres sundhed ud fra kropsstørrelse, viser hendes svar at hun formoder, at jeg med kropsstørrelse mener overvægt. Dette lighedstegn mellem kropsstørrelse og overvægt tyder på, at der er en herskende diskurs om at sundhed ikke er foreneligt med overvægt. Med udtalelserne *"(...) egentlig bevidst om, at man godt kan også veje noget mere, og så stadig være sund"* og *"Så det er ikke*

bare jo tyndere, jo bedre" (Gruppe 2: 77-78, 82) forsøger Laura at tage afstand fra denne diskurs, og præsenterer i stedet, at hun synes, at det er mindst lige så usundt, at være undervægtig, som at være overvægtig. Dette tyder på, at nok er diskursen omkring overvægt som indikator for manglende sundhed til forhandling, men den generelle diskurs om, at man kan vurdere, især andres, sundhed ud fra udseendet er svær at komme udenom.

Styring omfatter både *de styrede* og *de styrende*, der i mange henseender sagtens kan udgøre to sider af den samme aktør. Hermed udvides begrebet styring til at omfatte den måde hvorpå, et individ sætter spørgsmålstejn ved sin egen adfærd – eller problematiserer den. Styring forsøger at påvirke og forme hvem og hvad vi er - eller bør være. I en sundhedsmæssig optik, kan den "usunde" dermed ses som en, der har behov for hjælp til styring af sin sundhed. Når de normative moraler omsættes til selvets etik, kan dette medføre *selvstyringspraksisser* i form af handling, der udøves af selvet på selvet. Et eksempel på selvstyringspraksis kan være en diæt, der fastlægges på baggrund af selvproblematisering af spisevaner og/eller kropslig udformning. Dette forudsætter en normativitet om, at kroppen skal se ud på en bestemt måde eller, at man har en egen-ansvarlighed for at spise på en bestemt måde f.eks. for at undgå "livsstilssygdomme" (Dean, 2006).

Laura: (...) inde på min kvinde-arbejdsplads, der synes jeg, at folk går (...) rigtig meget op i vægt. (...) selvfølgelig vurderer jeg det også selv. (...) altså meget tykke mennesker, så tænker jeg hold da op. Hvorfor gør de ikke [noget]? De må da også skulle af med det? Og så skal man jo huske og se mennesket bagved. Og så begynder alle de der rigtige, ordentlige tanker og gå i gang. (...) det er meget nemt at dømmе. Så hører jeg altså bare mine kollegaer, hold da op spiser du det? Og nå du får sukker igen nu til din morgenmad. Kakaomælk og en basse. Nå er det nu også sundt? (Gruppe 2: 285-294)

Laura: (...) jeg ved ikke om det også handler om, ikke om ordentlighed, men om det er sådan noget. Heller ikke overklasse, men man er sådan, velfungerende tror jeg. Altså alle de der småfejl man har, det kan man altid rette op på. Det [overvægt] kunne så være én af dem.

Anne: Tænker sådan det signalerer overskud på en eller anden måde.

Laura: Ja måske.

Anne: Det er ikke så meget overskud og komme med en kakao og en basse.

Laura: Ja og uvidenhed eller ligegyldig, ligeglad med sig selv, eller jeg tror bare ikke jeg synes det er så tiltalende. Men jeg skal jo ikke være kæresten med hende eller noget. (Gruppe 2: 384-392)

Laura beskriver, hvordan vurderingen af andres sundhed ud fra kropstørrelse, er noget hun også oplever fra sine kollegaer, og med udtrykket *kvinde-arbejdsplads* fremgår det, at Laura drager en parallel mellem det kvindelige køn og et stort fokus på vægt. Hun er opmærksom på, at hendes

opfattelse af overvægtige mennesker, fremstår som en moralsk fordømmelse af deres handlinger eller mangel på samme. Med udtrykket *rigtige, ordentlige tanker* henviser Laura til, at hun synes, at det er forkert at bedømme mennesker alene på deres udseende. Samtidig foretager hun både en reflektiv og interaktiv positionering, hvor hun positionerer sig i opposition til de mennesker [hendes kollegaer], der højtlydt kommenterer på andres [usunde] kostvaner. Davies og Harré bruger udtrykket *diskursiv praksis*, der dækker over den måde hvorpå folk aktivt producerer sociale og psykologiske virkeligheder. Diskursive praksisser skaber *subjektpositioner*, som de forskellige aktører enten kan indtage eller afvise. Hvilke positioner der er til rådighed afhænger af konteksten og er dermed diskursivt betinget (Davies & Harré, 2014). Lauras egen fordømmelse af hendes moralske fordømmelse af andre, viser at magten til at bestemme hvad vi må tænke om os selv og andre ikke kun stammer fra vores eget indre, men at vi er præget af diskurser om, hvad der er rigtigt og forkert at tænke. I interviewet beskriver Laura og Anne hvilke tanker de har om overvægtige mennesker. En beskrivelse der går igen er, at overvægt kobles sammen med manglende overskud. Sundhed italesættes her altså som overskud, hvor fraværet af det kommer synligt til udtryk gennem kroppens størrelse. I udtrykket overskud, eller mangel på samme, ligger også en beskrivelse af, at de unge kvinder opfatter at sundhed kræver "noget" af dem. Gennem Annes udtryk *signalere overskud* kan man se, at det for hende ikke kun er vigtigt at besidde overskud, men også at dette overskud er synligt for andre. Det tyder altså på, at der hos Anne er en styringsmentalitet, hvor hendes praksisser påvirkes ud fra forestillingen om, hvad andre mennesker tænker om hende. Denne styringsmentalitet viser igen hvorledes magt, i form af governmentality, påvirker Anne til at tænke og handle i overensstemmelse med diskurser omkring sundhed. Laura giver i citatet udtryk for en styringsmentalitet, der omhandler tiltrækning af en kæreste. For Laura kan målet, om en ikke overvægtig krop, dermed været styret af ønsket om, at fremstå attraktiv for en potentiel kæreste. Laura prøver at sætte ord på, hvorfor hun synes, at det er problematisk, når nogen fremstår usund. Det fremgår, at hun ikke ønsker at positionere sig som en person, der er moralsk fordømmende overfor andre, idet hun kæmper rigtig meget med sit eget ordvalg. Hun italesætter bl.a. sin konstruktion af *usund* med ordet *ligegyldighed*, der tyder på, at en af de styringsmentaliteter, der fordrer hendes ønske om, at folk skal være sunde, er ansvaret for egen sundhed. For Laura er det ikke *tiltalende* at man er ligeglad med sin sundhed, og hun trækker en parallel mellem manglende sundhed og social klasse. At Laura føler, at det er moralsk fordømmende, at udtrykke denne sammenhæng, tyder på, at hun er præget af diskurser omkring, hvad der er acceptabelt at mene og tænke om andre mennesker, på baggrund af hvilken social klasse de tilhører.

De unge kvinder taler flere gange motion frem som en del af kernen for deres sundhedsforståelse. Det sunde aspekt ved motion italesættes af Laura med følgende udtryk: "(...) man har det jo altid fantastisk

godt bagefter (...) endorfine-kick (...) man ved jo hvor fedt man har det. Hvor fedt det er at stå i badet. Og man elsker den der træthedsfølelse i kroppen, som man har, når man har været fysisk (...)" (Gruppe 2: 154-158). Laura fremhæver de positive aspekter ved motion, som de umiddelbare eftervirkninger hun kan mærke på sin krop. Her fremgår det, at Laura bekender sig til en diskurs, der går på, at sundhed er noget, der kan afgøres ud fra en følelse i kroppen. Lauras styringsmentalitet for at dyrke motion er altså den følelse af sundhed, der kan opnås i kroppen, og hun anvender motionen som middel til at opnå denne kropslige fornemmelse.

De unge kvinder beskriver generelt et komplekst forhold til motion, hvor manglende lyst, tid og overskud står i modstrid med deres opfattelse af, at motion er en essentiel del af kernen for deres sundhedsforståelse. Dette fører til at motion flere gange italesættes, som noget man *bør* dyrke, fremfor noget man *gør* af lyst. *"Lige præcis med motionen, der kan jeg godt få rigtig dårlig samvittighed, fordi jeg har alle de her mange planer, og har det her fitnesskort [Gruppen: Latter] og det kørte skide godt de første to måneder, og så var der en der aflyste, og så har jeg bare ikke rigtig været der siden. Det var ligesom dødsstødet - bum - og så stoppede det. Og jeg tænker ej jeg burde også gøre det [visker] jeg burde også gøre det. Jeg gør det bare ikke"* (Gruppe 2: 93-98). Anne italesætter motion som noget positivt, idet hun har et ønske om at udføre det. Ønsket om at dyrke motion ses for Anne, at være styret af en mentalitet om, at det er noget hun føler hun bør gøre. Hermed giver hun udtryk for et moralsk aspekt, der præger hendes sundhedsforståelse, hvor den manglende dyrkelse af motion er ophav til dårlig samvittighed. Moralen præger selvets etikker, hvilket hos Anne, afføder en holdning om at man burde dyrke motion. Når Anne udtrykker, at aspektet omkring motion kan give hende dårlig samvittighed, tyder det altså på, at hun ikke kan leve op til sine egen etik omkring motionsdyrkelse. Magt er hos Foucault uadskilleligt fra viden og kommer til udtryk både som en ydre videns-magt og en indre overvågning – f.eks. individets samvittighed (I. K. Pedersen, 2010). Ligeledes er det kendetegnende ved governmentalitybegrebet at, der ses en sammenkædning med moralske spørgsmål. Det skal anskues i den optik, at moral hermed forstås som forsøg på at ansvarliggøre sig selv for egne handlinger, eller *"(...) som en praksis, hvor mennesker gør deres egen adfærd til genstand for selvledelse (...). Styring er moralsk, fordi den (...) hævder at vide, hvad der er en god, dydig, passende og ansvarlig adfærd for såvel individer som kollektiver"* (Dean, 2006, p. 45).

I fortællingen foretager Anne en refleksiv positionering idet, hun positionerer sig som en person, der har planer om at dyrke motion, men ikke lykkes med det. Denne positionering afstedkommer en latter-reaktion fra de andre gruppedeltagere. I situationen fremstår latteren fra de andre gruppedeltagere hverken hånende eller nedladende, men nærmere støttende – som et tegn på genkendelighed af situationen. Med denne tilkendegivende latter positionerer resten af gruppen sig på

lige fod med Anne – med ønsket om at dyrke motion, men med manglende handling. I citatet fortæller Anne, at den manglende dyrkelse af motion er opstået på grund af en ændring i de strukturer og rammer, der fordrede hendes motionsdyrkelse. Samme fortælling går igen, i den første fokusgruppe, hvor et behov for kontinuerlighed ift. at dyrke motion udtrykkes af Camilla: *"Det får mig os lidt til og tænke at det her med vaner og rutiner og hvor stærk indflydelse det har på – altså der skal virkelig meget til, før du får opbygget en vane og en rutine, som du så skal opretholde ift. sundhed. (...) på et tidspunkt der havde jeg et super godt flow og gik i Fitness World til noget der hed "puls – styrke". Det fungerede rigtig godt for mig. Så tog de det stort set af programmet, og så har jeg faktisk siden da ikke fået det gjort. Der har ikke været den samme motivation, og det var bare lige det, der skulle til for at knække min vane og rutine ift. at gå til det."* (Gruppe 1: 163-171). Camilla udtrykker et behov for vaner og rutiner ift. at dyrke motion, og italesætter her sundhed som noget, der indbefatter kontinuerlighed. Hun bruger udtrykket *flow*, hvilket tyder på, at hvis Camilla har opbygget en vane eller rutine, så forekommer det hende uproblematisk at dyrke motion. Det fremgår også, at det for Camilla er en motivationsfaktor til at dyrke motion, hvis hun har kendskab til træningsmetoden – her i form af et specifikt puls og styrke program. Dette kan tyde på, at hvis noget er nyt, så forekommer det svært eller problematisk. Styringsmentaliteten for at dyrke motion italesættes af Camilla, som et ønske om at opretholde sundhed. Hermed fremstår det, at sundhed ses som flygtigt, og noget der skal vedligeholdes for at besidde det. Camilla anvender vaner og rutiner som selvstyringsteknikker til, at dyrke den mængde motion, som hun finder nødvendigt for hendes konstruktion af kategorien passende sund. Selvstyringsteknikkerne er altså fordret af hendes styringsmentalitet, der ikke i sig selv er nok til at udføre de handlinger, der skal til for at passe ind i hendes konstruktion af passende sund. Magt kommer som tidligere nævnt ikke kun til udtryk gennem politiske og sociale disciplineringsmekanismer, men også gennem en indre overvågning, der genererer individets selvstyring. Via selvstyringsteknikker konstituerer individet sig selv som subjekt, formet af diskurser, der er konstitueret af magt (Jørgensen & Phillips, 1999; I. K. Pedersen, 2010).

Signe følger op på ønsket om strukturer og rammer med følgende udtalelse: *"(...) jeg synes bare det så fascinerende når folk formår, at have struktur og rammer og selvdisciplin. Det er nogle af de stærkeste sundhedsidealiser for mig. Det er når man kan vælge – ikke fordi man fravælger noget andet, fordi det må jeg ikke, eller på slankekur eller noget – men når man kan sige, jeg vil rigtig gerne de her resultater på lang tid [sigte], og det her resultat i dag. Derfor siger jeg fra til det her kulturelle arrangement, eller til det her stykke torsdagskage eller, hvad det nu kunne være, der kunne spolere den der selvdisciplin* (Gruppe 1: 227-245). I Signes skildring italesætter hun sundhed med ordene struktur, rammer og selvdisciplin, som hun sidestiller med et sundhedsideal. I Signes beskrivelse af sundhed ses det, at sundhed ikke bare kan opnås ved at udføre nogle bestemte handlinger men, at den i lige så høj grad er

tilgængelig ved af afholde sig fra at udføre specifikke [usunde] handlinger. Hermed italesættes usundhed som *torsdagskage og deltagelse i et kulturelt arrangement* – hvor sidstnævnte skal forstås i den kontekst, at man ved at deltage i et kulturelt arrangement fravælger at dyrke motion. I citatet fortæller Signe også, at hun ikke må fravælge ”noget” eller være på slankekur, hvilket kan ses som et udtryk for, at det for Signe ikke er ønskværdigt at positionere sig, så man fremstår fanatisk i sin sundhedsforståelse. Styringsmentaliteten bag Signes sundhedsforståelse italesættes som opnåelse af både kort- og langsigtede resultater. Hermed ses et ønske om forandring eller forbedring af sundheden, som jeg vil vende tilbage til i afsnittet *Jagten på den uopnåelige sundhed*. Signe beskriver hvordan hun ser struktur, rammer og disciplin som nogle teknikker, der kan anvendes til at opnå sundhed. Det fremgår, at Signe ikke selv anvender teknikkerne som selvstyringspraksis, men hun opstiller dem som et ideal for at opnå sundhed. Ifølge Foucault kan man se selvteknikkerne som værende en del af en slags eksistensæstetik, vis idealistiske form individet kan opnå gennem omhyggelig og målbevidst indsats. Selvet er altså ikke kun formet af den ydre vidensmagt, i form af et overordnet moralkodeks, men også af subjektets egen holdning til sig selv, betegnet etikker (I. K. Pedersen, 2010). Personer der besidder eller udtrykker struktur, rammer og selvdisciplin fremstår, for Signe, som idealet for det sunde menneske, men for hende er det også essentielt, at styringsmentaliteten, der driver selvstyringsteknikkerne, ikke udtrykker en fanatisk sundhedsforståelse.

4.4 Sundhedens normaliserende blik

I gennemgangen af empirien fremgår det, at de unge kvinder generelt er meget optaget af deres sundhed og, at sundhed for dem sidestilles med det gode som en selvfølgelighed. Sundhed italesættes altså som positivt og noget de unge kvinder, uden nævneværdig refleksion, mener, at man bør efterstræbe. Hermed fremstår sundheden som det normale overfor usundhed, der stikker ud fra normen som det unormale. De unge kvinder har stor fokus på kropstørrelse i forbindelse med deres konstruktioner af sundhed, og italesætter generelt, at en overvægtig krop falder udenfor rammerne for denne konstruktion. Lupton mener, at normalisering er en proces hvormed man forsøger at konstruere en privilegeret subjekt-type gennem et netværk af ekspert-bedømmelser, der omgiver kroppen. Denne ekspert-bedømmelse foregår bl.a. gennem statistikker over højde og vægt i en population, samt anvendelsen af begreber som *normalvægt* og andre kategorier. Individet kan hermed måle sig selv og andre ift. normalen, hvilket kan fordre en trend om at den fysiske krop skal se ud på en bestemt måde (Lupton, 1995).

Signe har tidligere fortalt, at hendes lillebror er svært overvægtig, hvilket er en af årsagerne til et stort fokus på sundhed i hendes familie. Lillebroderen har ad flere omgange forsøgt at tabe sig, men hver

gang er det endt med, at der er kommet mere vægt på. Signe kan dog ikke acceptere sin brors ekstreme overvægt, og vender flere gange under interviewet tilbage til en fortælling om ham:

"(...) jeg prøvede, at snakke med min lillebror om hans overvægt. Han var lige blevet færdig i hf, og hele den sommer havde bare været én lang brandert for ham (...) og alle hans venner, som er nogle slanke mennesker, men som lever på præcis samme måde i den her periode. Det var bare tonsvis af alkohol, tonsvis af tømmermændsmad. Så prøvede jeg og snakke med ham om, altså har du det ikke ad helvedes til i den krop? (...) Men jeg synes på en eller anden måde bare ikke det er okay, at han er tilfreds med hvor han er, når han er så stor. (...) Men det er bare hans version af sundhed. Han er sådan, Signe (...) den eneste grund til du siger det her til mig, det er jo fordi, at jeg er stor. (...) for ham handler sundhed om, at have det godt med den måde, han ser ud på. Og komme sig over så mange år med mobning, og hele tiden få at vide af læger og sundhedsplejersker og af vores forældre, at du er simpelthen nødt til og tabe dig. Og få det bedre med sig selv, og blive glad for hvordan han ser ud. (...) Jeg føler bare ikke, at han har ligeså meget ret til, at definere hvad sundhed er, som en der er tynd. (...) Altså jeg er jo også vokset op med alle de der badeferier, vi har været på. Hvor andres forældre og børn har kigget på min lillebror, og kigget på mine forældre." (Gruppe 1: 621-703)

I Signes fortælling om sin lillebror italesætter hun hans overvægt, som værende i konflikt med hendes konstruktion af sundhed. Det samme gør sig gældende for hans indtagelse af store mængder alkohol og "tømmermændsmad". Signe har en agenda om, at få lillebroderen til at tabe sig, og bruger som indgangsvinkel spørgsmålet: *"har du det ikke ad helvedes til i den krop?"* (Gruppe 1: 626-627). Hermed viser Signe, at hun følger en diskurs, som også er beskrevet af flere af de andre fokusgruppemedtagere, der går på, at man definerer sin sundhed ud fra hvordan "det føles i kroppen" (Gruppe 2: 9-10, 13-15, Gruppe 1: 281-282, 456, 722-723). I Signes konstruktion af sundhed kan det ikke føles godt i kroppen, når man fører den livsstil, som hun beskriver for sin bror. Signe bruger også udtrykket *den krop* fremfor *din krop*, hvilket viser, at Signe ikke mener, at man kan have det godt i en svært overvægtig krop. Signes styringsmentalitet bag ønsket om ændret livsstil for sin lillebror, er den moralske fordømmelse, som hun har erfaret, der følger med den kropsstørrelse som lillebroderen har. Den moralske fordømmelse over lillebroderens overvægt, udtrykkes fra både hende selv og hendes forældre, samt fagfolk som læger og sundhedsplejersker. Signe fortæller at *"(...) andres forældre og børn har kigget på min lillebror, og kigget på mine forældre."* (Gruppe 1: 702-703), og beskriver hermed hvordan den moralske fordømmelse rammer hele familien og ikke kun lillebroderen selv. Lillebroderen fremstår, med sin overvægtige krop, som en, der synligt stikker ud fra normen og bliver dermed en skamlet på hele familien.

Den moralske fordømmelse, som Signe mærker, og også selv udøver, kan ses som et eksempel på governmentality. De herskende sundhedsdiskurser fordrer, at kroppen skal se ud på en bestemt måde for at passe ind i konstruktionen af sundhed. Samtidig hersker diskursen om, at tage ansvar for egen sundhed, hvilket fordrer, at såfremt sundheden ikke fremstår synligt – eller måske nærmere modsat, at man fremstår synligt usund – så er det amoralsk ikke at ønske og handle på en ændring af denne usunde kropstilstand. Som det er beskrevet i fortællingen, består det amoralske af en kombination af den, for Signe, synligt usunde krop og de synligt usunde handlinger. Signes lillebror påpeger netop denne fordømmelse ved at sige, at *"den eneste grund til, at du siger det her til mig, det er jo fordi, at jeg er stor."* (Gruppe 1: 647-648). Signe beskriver sin lillebrors konstruktion af sundhed med udtrykket *"have det godt med den måde, han ser ud på"* (Gruppe 1: 651). Herigennem udtrykkes en styringsmentalitet om et psykisk velvære, hvor den psykiske sundhed, for lillebroderen, er vigtigere end hans fysiske sundhed. Dette fordrer hans styringspraksisser, hvor handlinger er affødet af lyst, og de normer der er for livsstil i lillebroderens omgangskreds – fremfor hvad familien og sundhedseksperter siger, at han *bør* gøre. Signe har tidligere i interviewet udtrykt at sundhed for hende er *"(...) holistisk – så det handler både om min mentale sundhed og min fysiske sundhed."* (Gruppe 1: 103-105), men idet hendes lillebror kun fokuserer på det psykiske aspekt, og negligerer den fysiske sundhed, så godtager Signe ikke hans *version* af sundhed, og konkluderer at: *"Jeg føler bare ikke, at han har ligeså meget ret til at definere, hvad sundhed er, som en der er tynd."* (Gruppe 1: 656-658). Staunæs definerer diskurser som tolkningsrammer for betydning og handling, og siger at: *"Diskurs er en tolkningsramme, en sammenhæng af betydninger og repræsentationer, der gør det muligt at se, tænke, tale, forstå, handle på bestemte måder og som samtidig udelukker andre måder at se, tænke, tale, forstå og handle på. Subjektivitet skabes og gøres gennem diskurser."* (Staunæs, 2004, p. 57). Med udtalelsen foretager Signe en reflektiv positionering, hvor hun positionerer sig som en person, der qua hendes fysiske udseende, er berettiget til at definere hvad sundhed er. Den manglende berettigelse til at definere sundhed, som hendes overvægtige lillebror tildeles, kan muligvis henføres til holdninger omkring sundhed udtrykt af deltagerne i den anden fokusgruppe. Som beskrevet tidligere i afsnittet om Sundhed som styringsmentaliteter og selvstyringsteknikker kobles synligt fravær af sundhed, i form af overvægt, sammen med uvidenhed og endda mangel på intelligens (Gruppe 2: 557-559). Denne stigmatisering af overvægtige, som værende både uvidende og mindre intelligente, fører til, at lillebroderens version af sundhed, ikke kan godtages af Signe.

Ifølge Lupton er individets fysiske fremtoning af stor betydning for både hvorledes de opfatter dem selv, og hvorledes de opfattes af andre. Dette kommer til udtryk gennem en styrende kontrol over kroppen f.eks. gennem disciplinerede spisevaner. En striks diæt udviser et højt niveau af selvkontrol, og det formodes af en sund diæt vil resultere i en slankere krop. Modsat ses overvægt som et udtryk

for fråseri og mangel på selvdisciplin. Kroppens udseende kan derfor, hvis den er i uoverensstemmelse med socialt accepterede normer, være genstand for angst og skamfuldhed (Lupton, 1996). På to fronter stikker lillebroderen ud fra normen – både via hans kropsstørrelse og fødeindtag – men i lige så høj grad via hans manglende lyst til at indordne sig under samfundets normer for kropsstørrelse og ansvar for egen sundhed. Lupton siger, at det er gennem diskurser sammenholdt med kropslige erfaringer, at individet opnår en forståelse af sig selv, deres krop og deres relation til mad og kostvaner (Lupton, 1996). Signes frustration over lillebroderens manglende lyst til at kontrollere sin uciviliserede krop, synes for hende at udgøre en lige så stor problematik, som selve den synligt usunde krop. Denne frustration forklarer Rose med betegnelsen *borgerskabsetik* – en etik der fordrer en maksimering af livsstil, potentialer, sundhed og livskvalitet, og hvor negative vurderinger rettes mod dem, der ikke vil adoptere en aktiv, informeret og positiv relation til fremtiden (Rose, 2009).

4.5 Sundhed som det personlige projekt

Igennem empirien fremgår det, at de unge kvinder, hver især, har en særlig måde at se sundhed på – hvilket afspejles i deres handlinger og valg af f.eks. kost og motion. Denne personlige sundhedsforståelse italesættes bl.a. med udtrykket "*jeg ved bedst selv*" (Gruppe 1: 821), hvilket afspejler, at der i samfundet findes så mange forskellige sundhedsdiskurser, at det bliver et personligt projekt, at vælge hvilke diskurser man vil følge og sammensætte til sin egen sundhedsforståelse. Foucault har beskrevet hvordan individet konstituerer sig selv som subjekt for sin egen livsførelse via selvstyring og selvteknikker. Han fremhæver at individet ikke blot er underlagt selvteknikker, men at individet, via selvteknikkerne, kan være med til at skabe sig selv, hvilket han kalder *subjektivering*. Subjektiveringen er dobbeltsidig idet individet er præget af nogle ydre magtpåvirkninger, der skaber normative forståelser og moralsæt. Samtidig kan individet anvende disse ydre forhold til noget indre, bl.a. selvbeherskelse og identitet – hvormed der sker en subjektivering (I. K. Pedersen, 2010). Hertil siger Staunæs, at ud fra Foucaults perspektiv om to-sidede processer, kan man se subjektet som værende både handlende og underkastet sine kontekstuelle betingelser. Subjektet er underordnet magt, men er samtidig afhængig af magten, idet underordningen giver subjektet mulighed for fortsat tilblivelse. Subjektivering bliver materialiseret via konstituering af subjekter, der foregår i kontinuerlige og diskontinuerlige processer. Subjektivitet skabes gennem diskurser, og den enkelte har adgang til flere, ofte modsætningsfyldte og forskellige diskurser. De enkelte diskurser kan implicere forskellige subjektpositioner, der danner muligheden for multiple og modsætningsfyldte subjektiviteter (Staunæs, 2004).

De unge kvinder bedømmer, deres egne og andres, handlinger normativt, ud fra en underforstået kollektiv bedømmelse af, hvorvidt de beskrevne handlinger hører til i kategorien *sund* eller *usund*.

Eksempelvis fortæller Laura at: *"(...) jeg har flere kollegaer, som er meget usunde. Det er blandt hende der spiser en snegl og en kakao"* (Gruppe 2: 373-374). Således kan Lauras forståelse af, at indtagelsen af snegle og kakao er usundt, siges at afspejle samfundets moraliserende diskurs om sundhed. Mette fortæller, at hun for tiden ikke dyrker motion men i stedet mediterer: *"(...) så mediterer jeg helt vildt meget, som jo er mega, mega sundt for kroppen"* (Gruppe 1: 82-83), og Signe beskriver at *"(...) søvnen er en de bærende piller for min sundhed"* (Gruppe 1: 107-108). Ud fra de ovenstående eksempler kan man sige, at Mette og Signe subjektiverer deres sundhedsforståelse ud fra en normativ forståelse af sundhed. Det kan bl.a. ses ved, at det af Mette tages for givet, at meditation er sundt for kroppen. Hun bruger ordet *jo*, hvilket understreger denne underforståede normativitet, og henviser dermed til, at der er gennem samfundets konstruktioner af sundhed, ses en bred accept af, at meditation falder indenfor rammerne af sundhed. Ligeså forholder Signe sig til en bred accept af, at søvn en alment accepteret del af samfundets sundhedsforståelse. Hun angiver at søvnen for hende er en bærende pille, og dermed måske er en mere essentiel del af hendes personlige sundhedskonstruktion, end den nødvendigvis er for den brede del af samfundet. Hermed subjektiverer hun sin sundhedsforståelse indenfor normative rammer, og anvender dem til, at forme sin egen identitet.

Mette forklarer sit valg med at mediterer fremfor at dyrke motion med følgende fortælling: *"Og jeg har jo kørt i en tilstand af nærmest konstant fight or flight kortisol pumpende stress i så mange år, at jeg tror min krop har bare virkelig godt af, ikke at få pumpet kortisol rundt i kroppen hele tiden"* (Gruppe 1: 83-86). Rose fortæller, at med ophav i biomedicinens indtog i det sidste århundrede, er mennesker i stigende grad kommet til, at forholde sig til sig selv som somatiske individer. Hermed skal forstås, at vores individualitet grunder i vores kropslige eksistens og, at vi bedømmer og handler ift. os selv ud fra et biomedicinsk aspekt (Rose, 2009). Dette biomedicinske aspekt fremgår i Mettes fortælling, hvor hun forholder sig til mængden af kortisol i hendes krop, og agerer derefter. Det fremgår ikke af fortællingen, at Mette rent faktisk har fået målt niveauet af kortisol i sin krop. Men det biomedicinske aspekt fremstår som en så naturlig del af hendes sundhedsforståelse, at det for hende ikke synes nødvendigt at måle, idet hun ved og forholder sig til, at niveauet af kortisol stiger i forbindelse med stressede situationer. Ifølge Rose har den kropslige eksistens og selvets vitalitet vundet indpas som de foretrukne lokaliteter for eksperimenter med selvet. Med en fornægtelse af biologiske forhold som værende vores skæbne, former individet aktivt sin livsbane gennem valgte handlinger i håbet om en bedre fremtid (Rose, 2009). Set i den optik kan man sige, at Mette, med biomedicinske termer som begrundelse, har valgt ikke at acceptere sin skæbne, hvor hun på grund af stress er blevet langtidssygemeldt. I stedet subjektiverer hun sin sundhed, og anvender meditation som selvstyringsteknik til at opnå målet om et mindre stresset liv.

Man kan i de unge kvinders udtalelser finde flere eksempler på, at de ydre moralsæt, om f.eks. kost og motion, gøres til noget indre, hvormed det bliver en del af subjektivering. Signe fortæller at: *"(...) jeg er enormt glad for at gå til spinning (...) Jeg sidder på en cykel, og der er nogle mennesker, der råber af mig – det bare virkelig, virkelig afslappende. Det der med, jeg skal ikke forholde mig til noget, og hvis jeg begynder og græde, mens jeg er til spinning, så er der ikke nogen der opdager det, fordi vi sveder alle sammen så meget alligevel"* (Gruppe 1: 95-102). Signe udtrykker her en glæde ved at dyrke motion i form af at gå til spinning, og fortæller, at hun finder det afslappende at blive råbt af. At Signe tager til spinning selvom hun er i en sindstilstand hvor hun kommer til at græde [pga. depression], kan ses som en måde, at leve op til samfundets normer om, at man skal dyrke motion for at være sund; men for Signe opleves det som noget hun gør af lyst. Hermed omdanner hun et ydre moralsæt til en indre værdi, hvormed det at gå til spinning, for Signe, bliver en selvteknik, der via subjektivering er med til at konstruere hendes sundhedsforståelse. Lupton beskriver hvordan subjektivering konstrueres og opleves gennem den fysiske udførelsesform. På samme måde konstrueres og opleves den fysiske udførelsesform gennem subjektivering (Lupton, 1996). Når Signe går til spinning, kan det også ses som en selvteknik, til at opnå et idealiseret fysisk udseende, som passer ind i hendes sundhedsforståelse. Lupton understreger, at det er vigtigt at forstå, at kvinder der begrænser deres fødeindtag ikke nødvendigvis skal ses som værende underlagt et patriarkalsk samfund, hvor de sulter sig. Disse kvinder kan også ses som nogle, der finder glæde i at anvende et kontrolleret fødeindtag som selvteknik til at konstruere deres subjektivitet, og derigennem kontrollere deres krop (Lupton, 1996). På samme måde kan man også sige, at Signes valg med at dyrke spinning ikke behøver at være udtryk for en negativ undertrykkende magt, hvor hun finder det nødvendigt at holde sin fysiske form ved lige; men at Signe aktivt vælger, og finder glæde ved at kunne kontrollere sin krop ved at gå til spinning. Lupton fortæller, at hverken individet eller sociale gruppe er totalt magtesløse eller i fuld besiddelse af magt. Deres forhold til magt er afhængig af den sociokulturelle kontekst hvori de som subjekter er positioneret (Lupton, 1996). Signes muligheder for at skabe sig selv er hermed underlagt den sociokulturelle kontekst. Når Signe går til spinning, så er hun i en sociokulturel kontekst, hvor hun kan tillade sig at græde fordi *"der ikke nogen der opdager det"* (Gruppe 1: 101). Samme mulighed har hun ikke nødvendigvis i andre sociokulturelle kontekster, hvor der sandsynligvis vil blive lagt mærke til at hun græder. Af Signes fortælling fremgår det, at hun ikke ønsker, at der skal blive lagt mærke til at hun græder. Signe subjektiverer altså sig selv, og den måde hun ønsker at andre skal se hende, ud fra hvilken kontekst hun er i. Lupton forklarer at subjektivitet skal ses som værende fragmenteret, under konstant forandring og stærkt afhængig af konteksten (Lupton, 1995).

Gennem de unge kvinders fortællinger fremgår det, at sundhed i høj grad er noget man gør selv, og som kan være svært at forene med de sociale aspekter af deres liv. Signe og Camilla fortæller således:

Signe: (...) sundhedsstrukturen kan være begrænsende, fordi (...) så får jeg opbygget en struktur (...) hvor det bliver rigtig svært også at være social. Og det synes jeg bliver meget problematisk. Så selv om jeg siger, at jeg har det bedst, når jeg efter arbejde tager til træning, går en tur, eller laver et eller andet hvor jeg gør noget godt for mig selv fysisk. (...) Og så bagefter får spist noget sund mad, og så sidder jeg og læser lidt, drikker en kop te og går i seng. (...) Det er den perfekte sunde dag ik' (...) men det er pisse ensomt. For der er ikke nogle mennesker, der er en del af det her (...) og så handler det om, for mig i hvert fald, at finde den der balance struktur hvor der er plads til begge dele. Og det skide svært (...)

Camilla: (...) sådan har jeg det også. Altså jeg kan godt booke ting ind fra Fitness World, fordi det er så nemt ik'. (...) Men selvom jeg har booket det ind, så er det da den første ting i kalenderen jeg trykker slet [på], hvis der så var noget andet der var federe. Det kan være hvad som helst næsten ik', kulturelle events eller, ja, så er det det der ryger (...) hvis man gerne vil opretholde en eller anden sundheds, altså. Så bliver det nødt til at have ligeså høj værdi, som mange af de andre ting man laver. Men det har det ikke. (Gruppe 1: 184-217)

Signe beskriver sin perfekte sunde dag og opstiller hermed et ideal, hvor det sunde liv, via bestemte handlinger, kan perfektioneres. Ved at anvende ordet perfekt, opstilles det sunde liv på en piedestal, hvilket bevirker, at enhver handling der falder udenfor de sunde rammer gør, at sundhedens idealiserede form bliver umulig at opnå. I Signes beskrivelse inkluderer sundhedsidealet specifikke kriterier for kost, motion, fritidsaktiviteter og søvn, som samtidig ekskluderer muligheden for samvær med andre mennesker. Selvom Signe idealiserer de beskrevne handlinger, ud fra et sundhedsperspektiv, så kobler hun det samtidigt sammen med negativt ladede ord som *begrænsende*, *svært*, *problematiske* og *ensomt*. Signe udtrykker et behov for socialt samvær, men giver det ikke nogen værdi i et sundhedsmæssigt perspektiv. Idet Signe oplever, at sociale aktiviteter hindrer hende i at nå målet om den perfekte sunde dag, fremstår socialt samvær, i et sundhedsmæssigt perspektiv, nærmere negativt ladet. Samme værdisættelse, eller mangel på samme, italesættes også af Camilla, der beskriver, at de sunde handlinger, her i form af at dyrke fitness, for hende ikke har lige så høj værdi som kulturelle events. Det virker som om, at Camilla har to værdisæt for henholdsvis fysisk sundhed, i form af kost og motion, og mental sundhed, i form af sociale og kulturelle events. Disse to aspekter kobles dog ikke sammen til et holistisk sundhedssyn, som Camilla ellers beskriver er en del af hendes sundhedsforståelse (Gruppe 1: 122-123). Idet de kulturelle og sociale events ikke tillægges nogen værdi på sundhedsskalaen, tyder det på, at sundhed primært ses som noget fysisk og biologisk. Hertil beskriver Rose, hvordan biomedicinens indtog i det tyvende århundrede har påvirket den måde, vi opfatter sundhed på. Rose siger, at vi i stigende grad er kommet til at se os selv, som somatiske individer, der oplever, artikulerer, handler og bedømmer os selv efter en biomedicinsk diskurs. Denne somatisering af etikken strækker sig også til sindet, hvor Rose ser en udvanding af forståelsen af

mennesket som indeholdende et psykologisk rum. Det psykologiske rum er i dag blevet erstattet af begrebet personlighed, der kan ses som ophav til diverse dårligheder på både kroppen og hjernen. Gennem officielle diskurser om sundhedsfremme og folkelige diskurser om kost og motion, er der således sket en udvikling, der vægter både den kropslige eksistens og selvets vitalitet gennem biologiske aspekter som kost og motion (Rose, 2009). Lupton beskriver hvordan diskurser adopteres gennem selvpraksisser, som en del af individets projekt om at konstruere og udtrykke subjektivering. Dette kan være med til at forklare hvorfor individet frivilligt adopterer praksisser og repræsentationer, og bliver følelsesmæssigt forpligtede til at positionere sig ift. diskurser (Lupton, 1996). Denne følelsesmæssige forpligtelse ses hos både Signe og Camilla, der positionerer sig ift. samfundets normative forståelser om sundhed og sociale aktiviteter. Samtidig synes de, at have adopteret en repræsentation af sundhedsforståelsen hvor socialt samvær ikke må vægtes højere end optimeringen af den fysiske sundhed.

4.6 Jagten på den uopnåelige sundhed

Som tidligere nævnt, ses det gennem empirien, at kroppens fysiske fremtoning er genstand for et stort fokus ift. de unge kvinders sundhedsforståelse. Der er bred enighed om, at en slank og veltrænet krop er eftertragtelseværdigt, men at dette også kan være svært at opnå. Mette fortæller at *"(...) det er ikke hver dag, at jeg kan rumme, at jeg har en stor mave"* (Gruppe 1: 692-693), og udtrykker hermed et pres fra både omverdenen og sig selv, idet hun ikke kan fremvise sig selv med en idealiseret slank og veltrænet krop. Rose fortæller hvordan man i dag opfatter, at enhver evne eller egenskab ved både den menneskelige krop og sjæl, potentielt er åben for forbedringer (Rose, 2009). Dette aspekt fremgår gennem Mettes fortællinger om de ændringer, der er sket i hendes egen sundhedsopfattelse i forbindelse med et sygdomsforløb. *"(...) for mig handler det, følelsen af at være sund, om en kombination af, at jeg har det godt med mig selv, og jeg gør ting for og have det godt med mig selv. Og lige nu, så det jeg skal gøre for og have det godt med mig selv. Det er at meditere og klæde mig, så jeg fremhæver mine gode attributter, og rummer min attributter, som jeg måske har svært ved at rumme engang imellem"* (Gruppe 1: 671-676). Af Mettes fortælling fremgår det hun søger at forbedre sin sundhed ved at meditere. Denne forbedring har ikke som mål at ændre hendes fysiske krop, men i stedet at ændre, og forbedre, den måde hvorpå hun forholder sig til sin krop. Mette har tidligere forsøgt at forbedre sin krop ved at ændre på sin kost og dyrke motion, men da hun ikke ser, at dette har forbedret hendes opfattelse af sin egen sundhed, er strategien nu ændret (Gruppe 1: 453-454). Rose mener, at på baggrund af diskurser om sundhedsfremme, og fortællinger i medierne om oplevelser med sygdomme og lidelser, ses der en voksende tendens til personlig rekonstruktion (Rose, 2009). Man kan på den baggrund forestille sig at Mette, ansporet af fortællinger om stress og dårligt selvværd, har set et forandringspotentiale for sin sundhed, hvor det er sindet fremfor kroppen, der er i fokus. Af

fortællingen fremgår det også, at Mette ser sundhed som værende bevægeligt og foranderligt. Dette kan ses af udtrykket *lige nu*, hvor Mette altså beskriver, hvilke handlinger og sundhedsforståelser, der er vigtige for hendes sundhed lige nu. Hermed fremstår også en forventning om, at både sundhedsforståelsen, og de handlinger der følger med den, på et tidspunkt vil forandre sig, hvilket igen vil betyde at Mettes sundhed kan forbedres.

Rose fortæller, at der ikke er noget nyt i at vi søger en forbedring af vores sundhed. Dette har historisk set fundet sted i alle tidsaldre, hvor bønner og heksekunst kan ses som eksempler på at forbedre det kropslige selv. Tidligere var interventioner fra eksperter side rettet mod at kurere patologiske tilstande eller at fremme biopolitiske strategier gennem livstilsændringer. I dag er disse interventioner ikke rettet mod patienter, men forbrugere, der foretager valg på baggrund af deres egne ønsker. Rose mener, at vi er i gang med at bevæge os fra normalisering til udformning efter ønske (Rose, 2009). Camilla fortæller at: *"Efter specialet der har jeg været enormt svag, og skal 100% ha' trænet min krop op igen. Der sker et eller andet, jeg er ikke sund. Når jeg siger det og jeg skal træne og jeg skal det ene, så får jeg faktisk en ret - ja ka' du lige slap af, og hvad så, du ser da godt ud, og jeg ved ikke hvad. Men jeg føler mig ikke sund."* (Gruppe 1: 659-665). I Camillas fortælling fremgår det, at hun ser et forbedringspotentiale for sin krop og dermed sin sundhed. Dette forbedringspotentiale udspiller sig af, at Camilla ikke synes, at hendes krop er trænet nok, til at leve op til det kropslige ideal, der er en del af hendes sundhedsforståelse. I fortællingen beskriver Camilla, at omverdenen foretager en interaktiv positionering, hvorigennem hun positioneres som en der er fanatisk i sin sundhedsforståelse. Camillas ønske om, at forbedre sin krop udspringer dermed ikke af et ydre pres fra omverdenen, om en normalisering af hendes fysiske fremtoning, men af hendes eget indre ønske om en stærkere krop. Rose beskriver hvordan teknologiens indtog i den biomedicinske optik, har medført en jagt på sundheden, hvor vi kæmper imod biologiske processer som f.eks. aldring (Rose, 2009). Han anvender begrebet optimeringsteknologi, der defineres som følgende: *"(...) enhver sammenbringning, som er struktureret af en praktisk rationalitet, styret af et mere eller mindre bevidst mål ... hybride assemblager af viden, instrumenter, personer, vurderingssystemer, bygninger og rum, understøttet på det programmatisk niveau af bestemte forudsætninger og antagelser om mennesker"* (Rose, 2009, p. 56). Camillas ønske om at forbedre sin krop, kan ses at have ophav i hvordan hendes krop har set ud på et tidligere tidspunkt. Den biologiske forandring, der med tiden er sket for Camillas krop, accepteres ikke som en naturlig udvikling, men som noget, der via selvt teknologier, kan rekonstrueres, hvormed sundheden kan optimeres. Rose beskriver, at vi med teknologier ikke blot forsøger at kurere sygdomme eller forbedre helbredet men, at forandre hvad det vil sige, at være en biologisk mekanisme, for at muliggøre omskabelse af livsprocesserne – med maksimeret funktionsevne og forbedrede resultater for øje (Rose, 2009). Med moderne teknologier ønsker vi altså

ikke blot, at behandle patologiske tilstande efter at sygdomme er indtruffet, men også at kontrollere kroppen i nuet – hvilket kan forstås som optimering. Laura fortæller i den forbindelse om hendes forhold til motion, og siger: *"(...) selvfølgelig kunne man da godt tilføje noget yderligere. (...) jeg kunne godt stramme op på det."* (Gruppe 2: 112-117). Laura italesætter her et ønske om at optimere sin sundhed ved at *tilføje noget* og *stramme op*. Det virker en smule uklart hvad Laura rent konkret ønsker at gøre, og hvad det er ved hendes krop hun ønsker at forbedre, for at opnå en optimering af sin sundhed. Dette understreger, at optimering skal ses som en kontinuerlig proces, hvori der altid ligger en mulighed for at forbedre sin sundhed. Det uendelige forbedringspotentiale kan medføre en følelse af utilfredshed sundhedsmæssigt, idet man aldrig kan blive sund nok. Rose fortæller, at jagten på sundhed er for mange mennesker efterhånden blevet central for livets telos (Rose, 2009), men idet optimeringsideologien fordrer et uendeligt forbedringspotentiale, bliver denne jagt på sundhed en uendelig jagt mod et uopnåeligt mål.

5 Diskussion

5.1 Analytiske fund

I forlængelse af den analytiske gennemgang af empirien ønsker jeg, at samle op på og diskutere de væsentligste fund fra analysen. Først og fremmest vil jeg forholde mig til afhandlingens problemformulering, og se på hvorledes sundhed italesættes af de unge kvinder. Dernæst vil jeg forsøge at indkredse hvilke udfordringer de unge kvinder møder i udfoldelsen af deres sundhedsforståelser, og hvorledes de håndterer disse udfordringer.

I den analytiske gennemgang af empirien fremgår det, at sundhed italesættes på mange forskellige måder. De unge kvinders sundhedsforståelser udgøres af flere delelementer, som der, kvinderne imellem, kan være mere eller mindre konsensus om. Generelt fremstår italesættelserne af sundhed uden overvejelsen af, om man overhovedet ønsker at være sund. Hermed kan det gennem analysen ses at sundhed per automatik sidestilles med noget positivt og rigtigt, hvorimod usundhed fremstår som den negative og forkerte modpol. Den selvfølgelighed sundhed forbindes med, kan i et governmentality optik ses som udtryk for en usynlig magt, der præger de unge kvinders moral omkring, hvad der er rigtigt og forkert – og ses afbilledet i deres egen etiske forståelse af sundhed som en naturlighed. Denne opdeling i positivt og negativt, rigtigt og forkert, afføder i sig selv nogle udfordringer for de unge kvinder. Idet de foretager sig nogle handlinger, som forbindes med usundhed, afføder dette refleksioner over disse handlinger, hvor eksempelvis dårlig samvittighed kan være en af effekterne. På samme måde kan det ikke at foretage en sund handling, som eksempelvis at dyrke motion, også afføde negativt prægede selvrefleksioner.

De unge kvinders sundhedsopfattelse har stort fokus på kroppens fysiske form. Gennem deres italesættelser af sundhed fremgår det, at både en undervægtig, men især en overvægtig krop sidestilles med usundhed. I modsætning hertil italesættes sundhed som den slanke krop. Idet kroppens størrelse fremstår som resultatet af de sunde eller usunde handlinger, eller mangel på samme, benyttes kroppens fysiske fremtoning til at vurdere egen, og især andre personers sundhed. De unge kvinder udtrykker ikke i detaljer hvorledes den ideelle krop ser ud, men italesætter flere gange optimering i form af at *stramme op*. Den stramme/fitte og slanke krop synes derfor at fremstå som et fælles kropsideal, hvor eksempelvis naturligt store bryster kan være svært at forene med dette fysiske ideal. De unge kvinder sidestiller en fysisk attraktiv krop med sundhed, og for de unge kvinder fremgår det, at vurderingen af om noget er sundt eller usundt, i mange tilfælde kan afgøres ud fra om det fremmer eller hindrer målet om en fysisk attraktiv krop.

De unge kvinder anvender forskellige selvstyringsteknikker til at opnå deres sundhedsideal. Blandt teknikkerne er en kontrolleret kostindtagelse, med divergerende fokus på specifikke fødevarer, samt udøvelsen af motion. De unge kvinder forsøger altså, gennem selvstyring, at leve op til samfundets diskursive normer for en sund krop, som er blevet en del af deres egen sundhedsforståelse. Målet bliver dog aldrig nået, da kroppen altid kan forbedres og optimeres, samtidig med at de diskursive sundhedsforståelser er under konstant forandring.

De unge kvinder synes at være fælles om en styringsmentalitet, hvor den slanke og fitte krop står som det ideelle mål. Men da de unge kvinder har vidt forskellige muligheder for at opnå dette mål, qua deres naturlige kropsbygning, vil jeg fremsætte den påstand, at dette normative ideal medfører en ulighed blandt de unge kvinder. Det fremgår samtidigt, at de unge kvinder, i højere eller mindre grad, forsøger at tage afstand fra denne styringsmentalitet. Dette kan muligvis ses som et udtryk for, at de unge kvinder har nogle andre ønsker til hvorledes begrebet sundhed skal forstås. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at en af de unge kvinder aktivt fralægger sig et fokus på sin fysiske sundhed, og i stedet erstatter det med et fokus på sin mentale sundhed. Med en bevidsthed om, at jagten på den ideelle fysiske krop synes at medføre en negativt præget mental sundhed, forsøger en af de unge kvinder, at ændre på sin egen sundhedsforståelse således, at den mentale sundhed prioriteres frem for den fysiske sundhed. Dette ændring i fokus gør ikke det samlede fokus på sundheden mindre, og afføder i lige så høj grad udfordringer for den unge kvinde. Idet hendes sundhedsforståelse falder udenfor de normative rammer for hvorledes sundhed gøres, bliver det nødvendigt for hende at forklare, og forsvare, sin sundhedsopfattelse.

De unge kvinder møder flere udfordringer i udfoldelsen af deres sundhedsforståelser. Flere af udfordringerne stammer fra den normativitet, der fremstiller ønsket om at være sund som en naturlighed. Gennem samfundets diskurser fremgår det, at de unge kvinder skal fremvise dette ønske om sundhed, enten gennem deres fysiske fremtoning, eller gennem de handlinger de foretager. De unge kvinder kan f.eks. vise, at de går op i deres sundhed ved at dyrke motion, eller ved at spise – eller undgå at spise – specifikke fødevarer. Hvis ikke de unge kvinder agerer, så det er synligt, at sundheden er i fokus, mødes de med samfundets krav om at ytre et ønske om ændring. Fremstår man tydeligt usund, f.eks. i form af en svært overvægtig krop, synes dette krav til ønsket om ændring at være endnu højere. Samtidig bliver de unge kvinder mødt med kravet om, at de ikke må fremstå fanatiske i deres sundhedsforståelse. Dette giver sig bl.a. udtryk i, at hvis de unge kvinder med deres fysiske fremtoning allerede fremstår synlig sunde, så er det ikke velanset at ytre ønske om forbedring og optimering. På den ene side fordrer diskurserne altså et krav om, at man ønsker at være sund og handler derefter. Samtidig sætter diskurserne også en grænse for hvor sund man må ønske at være. Denne

dobbelt-sidedighed opsætter nogle normative rammer for hvorledes sundhed ser ud, og bør gøres, hvilket medfører et pres på de unge kvinder om, at holde sig indenfor disse snævre rammer.

De unge kvinder håndterer flere af de udfordringer de møder, ved subjektivering af deres sundhedsforståelse. Dette kan bl.a. ses gennem udtryk som *jeg ved bedst selv* og *sundhed er for mig*. Gennem subjektivering forsøger de unge kvinde at personliggøre samfundets normative sundhedsforståelser, således at ydre moraler bliver til indre værdier. Ved ikke blot at gøre sundhed til et personligt anliggende, men også fremsætte et synspunkt om, at sundhedsforståelser er unikke og individuelle, konstruerer de unge kvinder deres egen sundhed indenfor rammerne af samfundets normative sundhedsforståelser. Via subjektivering forstår de unge kvinder sig selv og handler i overensstemmelse med samfundets diskursive sundhedsforståelser og normative regler for rigtigt og forkert. Samtidig bliver styringsmentaliteten bag sundhedsforståelsen usynlig, og udførelsen af selvpraksisser fremstår som indre værdier, hvorigennem subjektiveringen konstrueres.

De unge kvinder udtrykker generelt et stort ønske om at være sunde, men beskriver samtidig, at handlingerne ikke altid afspejler dette ønske. De unge kvinder italesætter et behov for faste rammer, struktur og disciplin for at kunne efterleve deres egne sundhedsforståelser. Mulighederne for disse rammer og strukturer synes at være til stede for de unge kvinder, men at benytte sig af dem afføder en anden udfordring for de unge kvinder i form af konflikter med deres sociale liv. Sundhed italesættes derigennem i høj grad som noget man gør selv, og som, på baggrund af deres personlige sundhedsforståelse, er vanskelig at forene med andres sundhedsforståelse. Der udvises en overordnet respekt for de individuelle sundhedsforståelser, men samtidig udtrykker de unge kvinder, at de ikke vil prioritere deres fysiske sundhedsforståelse fremfor sociale arrangementer. Endnu engang viser sundhedsaspektet sig at være dobbelt-sidedigt, hvor struktur, rammer og disciplin på det ene side tales frem som ønskeværdige teknikker til at optimere sundheden, og hvor mennesker der benytter sig af disse selvstyringsteknikker fremstår som sundhedsidealiser. Samtidig tager de unge kvinder afstand fra at lade deres sundhedsforståelse forme deres liv, hvormed struktur, rammer og selvdisciplin for dem ses som værende undertrykkende og uforeneligt med deres ønsker om spontanitet i deres sociale liv.

Flere af de unge kvinder italesætter, at de har en holistisk sundhedsforståelse, men som den analytiske gennemgang af empirien viser, afspejler deres handlinger primært det fysiske aspekt af deres sundhedsforståelse. Den holistiske sundhedsforståelse indebærer i sig selv nogle udfordringer, idet dette fordrer et dobbelt fokus på sundheden i form af både den fysiske og den mentale sundhed, hvor styringsmentaliteterne og selvstyringsteknikkerne ikke nødvendigvis er forenelige – og i nogle tilfælde i direkte modstrid med hinanden. Jagten på den fysiske sundhed *kan* medføre en forværring af den mentale sundhed, og på samme måde kan jagten på den mentale sundhed medføre en forværring af

den fysiske sundhed. Man kunne opstille en tese om, hvorvidt det kunne være fordelagtigt for de unge kvinder, at opstille delmål for optimering og forbedring af deres sundhed, med divergerende fokus på henholdsvis fysisk og mental sundhed. Problemet er så bare hvad der kommer først – hønen eller ægget – den fysiske eller den mentale sundhed? Spørgsmålet er, om det overhovedet er muligt for de unge kvinder, at leve op til deres egen sundhedsforståelse, hvis både den fysiske og mentale sundhed skal prioriteres lige højt?

5.2 Metoderefleksion

Efter afholdelsen af den første fokusgruppe, var jeg positivt overrasket over den gode stemning og velvillighed, der var blandt deltagerne, til åbent at fortælle om følsomme emner vedrørende deres egen og næres sundhed. Retrospektivt kan dette sandsynligvis hænge sammen med, at den type mennesker, der melder sig til et fokusgruppeinterview om sundhed, gør det netop fordi, de har noget at sige – og dermed på forhånd har en vis agenda. De tre kvinder fra den første fokusgruppe fremstår også som meget ressourcestærke, til trods for deres individuelle problematikker og udfordringer med at leve op til deres egne forventninger om sundhed. Det vidste sig, at de tre kvinder alle havde et mindre kendskab til hinanden, gennem netværket ude fra RUC, men dette syntes ikke, at lægge en dæmper på deres spørgelyst og debat. Til sammenligning var deltagerne i den anden fokusgruppe mindre snakkesalige og jeg havde undervejs i interviewet en fornemmelse af, at de søgte at svare "det korrekte". De tre deltagere kendte hinanden på forhånd, hvilket måske kan have været årsag til, at de ikke i så høj grad diskuterede hinandens holdninger og udsagn, da der her kan ligge en frygt for efterfølgende at skulle forsvare disse (Halkier, 2014).

En anden årsag til forskellen på interaktionerne i de to grupper, kan være deres kendskab, eller mangel på samme, til mig. Deltagerne i den første fokusgruppe kender mig som kandidatstuderende fra universitet, og idet de positionerer sig selv som værende på samme niveau som mig uddannelsesmæssigt, bliver der ikke skabt en afstand mellem deltagerne og mig som moderator. Dette kan have skabt det frirum, der for deltagerne var nødvendigt for at kunne åbne sig op og "tale frit fra leveren". Deltagerne i den anden fokusgruppe havde på forhånd også kun kendskab til mig som universitetsstuderende, og idet de alle har et lavere uddannelsesniveau, er det muligt at de har positioneret sig selv lavere end mig. Denne forskel i positionering kan afføde en frygt for at "blive set ned på" af forskeren, hvilket kan være årsag til den mere overfladiske samtale der fandt sted (Lunde & Ramhøj, 2003). Dette fik jeg delvist bekræftet, da jeg, efter interviewet var færdigt, og diktafonen var blevet slukket, havde en afsluttende samtale med deltagerne, hvor det bl.a. blev talt frem, at jeg selv, ligesom de, har en professionsbacheloruddannelse. Da denne information kom frem ændrede stemningen sig blandt deltagerne til at være mere afslappet, og da jeg efterfølgende fulgte med dem ud

for at ryge en cigaret, virkede det som om, at de følte sig helt lettede idet en af dem kommenterede: "Nå! Ryger du også. Jamen det havde jeg ikke forventet!". Med denne erfaring i mente kunne det retrospektivt måske have været gavnligt for interaktionerne i den anden fokusgruppe, at jeg havde tænkt på at informere deltagerne om min uddannelsesmæssige baggrund. Netop fordi jeg selv, ligesom deltagerne i den anden fokusgruppe, har en professionsbacheloruddannelse, positionerer jeg ikke mig selv højere end dem, hvilket gør mig i stand til at erkende, at denne hændelse har fundet sted (Baarts, 2010).

Jeg valgte at sammensætte mine to fokusgrupper, så de var internt homogene, men segmenterede fra hinanden, via uddannelsesniveau, ud fra en hensyn til deltagerne (Halkier, 2014). Det kunne dog have været interessant at spekulere i, hvilke diskussioner det havde affødt, hvis jeg havde blandet deltagere med henholdsvis mellemlange og lange videregående uddannelser. Det er muligt at forhandlingerne om de forskellige sundhedsdiskurser havde set helt anderledes ud, men samtidigt er det ikke sikkert, at disse forhandlinger ville være relevante for min erkendelsesinteresse, idet sammensætningen af fokusgrupperne ikke nødvendigvis ville afspejle en genkendelig social situation for deltagerne.

I den analytiske gennemgang af min empiri er jeg flere gange stødt på udtalelser, eller mangel på samme, som jeg godt kunne have tænkt mig at få uddybet. Eksempelvis har det undret mig, at der med de unge kvinders store fokus på kroppens fysiske form, kun en enkelt gang er blevet inddraget perspektivet med seksuel attraktion til en potentiel romantisk partner. For at få dette, og andre aspekter belyst, kunne jeg have valgt at tilføje opfølgende interviews til min metode. Dette har jeg dog fravalgt, da jeg mener, at det ville rykke ved mit poststrukturalistiske perspektiv, hvor jeg ønsker at se på socialt konstruerede meningsdannelser, som netop fokusgrupper som metode danner mulighed for. Da perspektivet om seksuel attraktion ikke er noget, der tales frem blandt mine fokusgruppedeltagere, er en mulig tolkning, at det for dem ikke medfører nævneværdige udfordringer, og dermed ikke har det store fokus. Dette er dog ikke muligt at konkludere, så man kunne med fordel inddrage perspektivet i en eventuel fremtidig fokusgruppe omhandlende samme erkendelsesinteresse.

5.3 Opsamling

Dette speciales erkendelsesinteresse fokuserer på hvorledes sundhed italesættes, og dermed forstås, af unge kvinder; samt hvilke udfordringer de unge kvinder støder på i udfoldelsen af deres sundhedsforståelser og hvorledes de takler disse udfordringer. Da specialets videnskabsteoretiske optikker er socialkonstruktivisme og poststrukturalisme, har jeg ikke haft som formål at søge efter den sande og entydige definition af begrebet sundhed, men forholder mig til, at de konklusioner jeg når frem til, er én version af virkeligheden ud af mange mulige. De sundhedsforståelser der udtrykkes

blandt mine fokusgruppedeltagere er konstruerede i den aktuelle sociale kontekst, og præget af både historiske erfaringer og den konkrete situation. På samme måde er også den meningsdannelse jeg ud fra empirien finder frem til konstrueret, hvormed jeg som forsker, i et poststrukturalistisk perspektiv er med til at forme virkeligheden.

På baggrund af den analytiske gennemgang af empirien, er det blevet tydeliggjort, hvor massivt de unge kvinder er præget af diskurser omkring sundhed. Udbuddet af de forskellige, og til tider modsatrettede diskurser, har stor indflydelse på de unge kvinders hverdag og deres levede liv. Via analysen af fokusgruppeinterviewene har jeg fået indsigt i, hvorledes de unge kvinder kontinuerligt interagerer i og forhandler diskurserne, ift. de muligheder og begrænsninger, der stilles til rådighed i deres hverdagsliv. Jeg har således fundet, at det at fremføre sig selv som værende passende sund, i både egen og andres optik, er et utrolig komplekst og mangefacetteret projekt. Analysen skal ses som en illustration af dette projekt, og de i opgaven medtagne citater er således udvalgt med henblik på at illustrere denne kompleksitet.

De unge kvinder italesætter sundhed som noget positivt og ønskværdigt for det gode liv, hvor *det sunde* sidestilles med det rigtige, og *det usunde* med det forkerte. Ønsket om at være sund fremstår hos de unge kvinder som en selvfølgelighed, der ikke indebærer nævneværdig refleksion.

De unge kvinders sundhedsforståelser synes, at stamme fra mange forskellige steder, og jeg har i analysen inddraget eksempler med myndighederne, i form af Fødevarestyrelsen, familie, venner, medier og populærkultur. Det er ikke umiddelbart muligt at konkludere hvem eller hvad der har størst indflydelse på de unge kvinders sundhedsforståelser, men i et poststrukturalistisk perspektiv synes det heller ikke relevant at udpege præcist hvorfra sundhedsforståelserne stammer – blot at påvise, at magten til at præge sundhedsdiskurser kommer fra adskillige kilder (Dean, 2006).

Styringsmentaliteterne for de unge kvinders sundhedsforståelser er flerfoldige, men generelt fremgår det, at der er et stort fokus på kroppens fysiske udseende. Desuden italesættes en holistisk sundhedsforståelse, hvor både den fysiske og mentale sundhed inkluderes. De unge kvinder anvender selvstyringsteknikker til at opnå deres sundhedsideal, men samtidig fremgår det, at de unge kvinders handlinger ofte står i modstrid med deres egne sundhedsforståelser, hvilket i nogle tilfælde medfører negative konsekvenser i form af dårlig samvittighed. På baggrund af de unge kvinders fokus på sundhed ift. kost og motion, fremstår deres sundhedsudfoldelse i høj grad som noget man gør selv, og som kan være svært at forene med det sociale liv.

De unge kvinder møder flere udfordringer i udfoldelsen af deres sundhedsforståelser, hvilket ofte udspringer af konflikter med samfundsmæssige normativiteter om sundhed. De unge kvinder kan

vælge at yde modmagt mod de diskursive sundhedsforståelser og forhandle dem ved at bl.a. at fremkomme med argumenter for andre sundhedsforståelser, funderet i [valide] forskningsresultater. De unge kvinder konstruerer deres sundhedsforståelser gennem subjektivering, hvormed ydre påvirkninger, som diskursive sundhedsforståelser, gøres til indre værdier. Herigennem opstår der for de unge kvinder en følelsesmæssig forpligtelse til at positionere sig ift. sundhedsdiskurser, og gennem udførelsen af selvpraksisser konstruerer de unge kvinder deres subjektivering.

Gennem empirien fremgår det, at de unge kvinder ser både deres kroppe og sind, som objekter der kan formes og optimeres, og som de selv påtager sig et sundhedsmæssigt ansvar for. Uanset om de har fokus på den mentale eller fysiske sundhed, fremstår der et ønske om optimering og forbedring frem mod et ikke specificeret mål. Denne sundhedsforståelse gør, at sundhed for de unge kvinder bliver et uopnåeligt mål, hvor tilfredshed med sig selv, sin krop og sin mentale sundhed kun er kortvarig og hurtigt erstattes af nye mål i et uudtømmeligt optimerings perspektiv (Rose, 2009). Jagten på sundheden bliver derfor en jagt mod et uendeligt mål, hvor man, som en af fokusgruppemedlemmerne udtrykker det, kunne postulere at sundhedsperspektivet ligger i hvorledes og med hvilken styringsmentalitet jagten gøres: *"Men det er egentlig lidt interessant, for vi sidder vel sådan nu og er igang med og bevæge os hen mod en konklusion der siger, at det er intentionen bag handlingen, der skaber om det er en sund eller ikke sund handling. Og ikke resultatet af handlingen, eller handlingen i sig selv"* (Gruppe 1: 741-744).

6 Litteraturliste

Brinkmann, S. (2005). Selvrealiseringens etik. I S. Brinkmann & C. Eriksen (Eds.), *Selvrealisering - kritiske diskussioner af en grænseløs udviklingskultur* (1st ed., pp. 41–64). Klim.

Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (1st ed., pp. 429–445). Hans Reitzels Forlag.

Baarts, C. (2010). Autoetnografi. In *Kvalitative metoder - en grundbog* (1st ed., pp. 153–163). Hans Reitzels Forlag.

Davies, B., & Harré, R. (2014). *Positionering: diskursiv produktion af selver* (1st ed.). Forlaget Mindspace.

Dean, M. (2006). *Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund* (1st ed.). Forlaget Sociologi.

Fødevareinstituttet DTU. (2013). Danskernes faktiske kost og oplevelsen af sunde kostvaner. Retrieved March 23, 2017, from http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-AuTxB4Hse8J:www.food.dtu.dk/-/media/Institutter/Foedevareinstituttet/Publikationer/Pub-2013/Rapport-om-danskernes-faktiske-kost_2-udgave.ashx+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=dk

Fødevarestyrelsen. (n.d.). De officielle kostråd - Alt om kost. Retrieved March 10, 2017, from <http://altomkost.dk/deofficielleanbefalingertilensundlivsstil/de-officielle-kostraad/>

Halkier, B. (2014). *Fokusgrupper* (2nd ed.). Samfundslitteratur.

Hansen, A. D. (2012). Diskurs- og videnskabsteori. I S. Juul & K. Bransholm Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori* (1st ed., pp. 233–273). Hans Reitzels Forlag.

Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012). Hvorfor Videnskabsteori? I S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori* (1st ed., pp. 9–22). Hans Reitzels Forlag.

Juul Nielsen, M. E. (2015). *Forbandede Sunddom* (1st ed.). Dream Litt.

Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). Det diskursanalytiske felt. In *Diskursanalyse som teori og metode* (pp. 9–33). Samfundslitteratur.

Lunde, I. M., & Ramhøj, P. (2003). *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab* (1st ed.). Akademisk forlag.

Lupton, D. (1995). *The inparative of health: public health and the regulated body* (1st ed.). SAGE

Publications.

Lupton, D. (1996). *Food, the Body and the Self* (1st ed.). SAGE Publications.

Pedersen, I. K. (2010). Michel Foucault. In P. T. Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi - en grundbog* (pp. 28–48). Hans Reitzels Forlag.

Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. I S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskaberne videnskabsteori* (1st ed., pp. 187–232). Hans Reitzels Forlag.

Rose, N. (2009). *Livets politik - biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede* (1st ed.). Dansk Psykologisk Forlag.

Staunæs, D. (2004). *Køn, etnicitet og skoleliv* (1st ed.). Forlaget Samfundslitteratur.

Stormhøj, C. (2013). Feministisk Teori. I L. Fuglsang, P. B. Olsen, & K. Rasborg (Eds.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne* (3rd ed., pp. 467–504). Samfundslitteratur.

Sundhedsstyrelsen. (n.d.). Sundhed og livsstil. Retrieved March 24, 2017, from <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil>

Søndergaard, D. M. (2005). At forske i komplekse tilblivelser - Kulturanalytiske, narrative og poststrukturalistiske tilgange til empirisk forskning. I T. B. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder - Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis* (pp. 233–268). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Søndergaard, M. (2000). Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspireret empirisk forskning. I *Kjøn og fortolkende metode: metodiske muligheder i kvalitativ forskning* (pp. 60–104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010a). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. In *Kvalitative metoder - en grundbog* (1st ed., pp. 29–54). Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010b). Kvalitet i kvalitative studier. I *Kvalitative metoder - en grundbog* (1st ed., pp. 489–500). Hans Reitzels Forlag.

Weedon, C. (1987). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Blackwell Publishing.

Willig, R. (2013). *Kritikkens U-vending* (1st ed.). Hans Reitzels Forlag.

7 Bilagsoversigt

Bilag 1: Introduktion til fokusgrupper

Bilag 2: Spørgeguide til fokusgruppe 1

Bilag 3: Spørgeguide til fokusgruppe 2

Bilag 4: Transskription af interview med fokusgruppe 1

Bilag 5: Transskription af interview med fokusgruppe 2