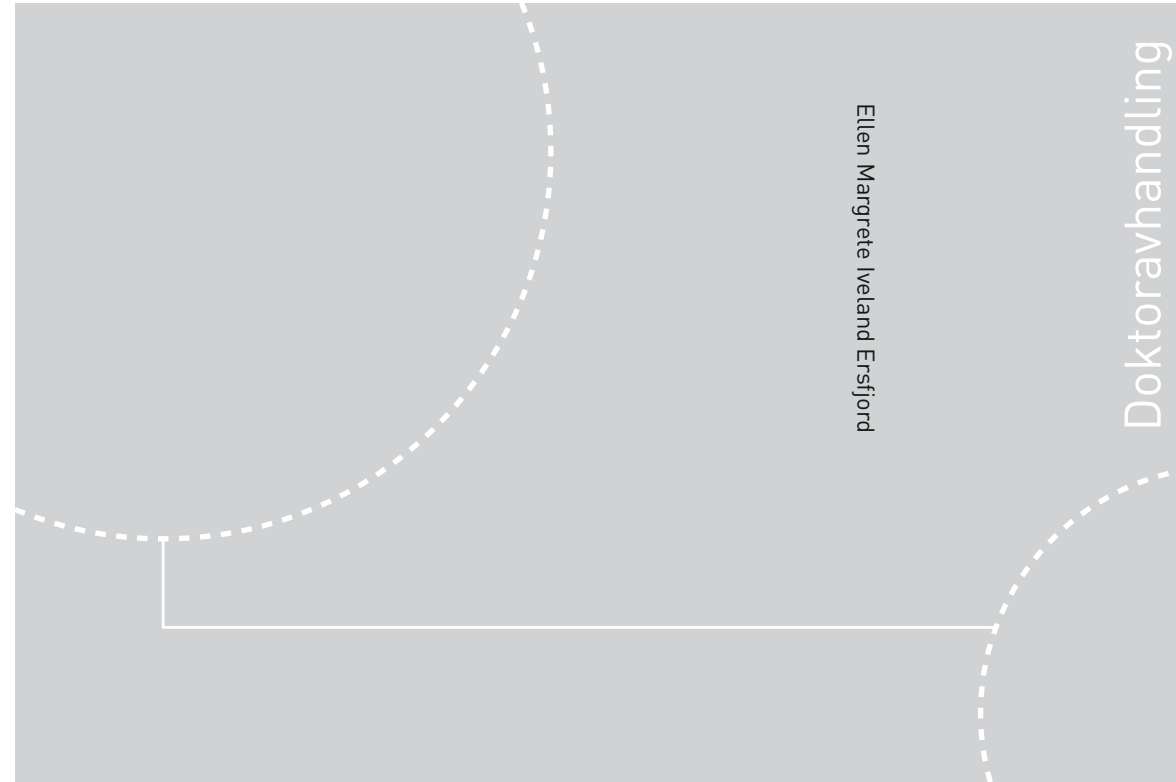


Doktoravhandling ved NTNU, 2018:282

Ellen Margrete Iveland Ersfjord

Fra «å være feit» til «å lide av fedme»: en etnografisk studie av barn i langvarig rehabilitering av fedme



ISBN 978-82-326-3354-8 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-3355-5 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Avhandling for graden
philosophiae doctor
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring

Doktoravhandling ved NTNU, 2018:282

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

 NTNU

Ellen Margrete Iveland Ersfjord

Fra «å være feit» til «å lide av fedme»: en etnografisk studie av barn i langvarig rehabilitering av fedme

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, oktober 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring

© Ellen Margrete Iveland Ersfjord

ISBN 978-82-326-3354-8 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-3355-5 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlinger ved NTNU, 2018:282

Trykket av NTNU Grafisk senter

Forord

Arbeidet med denne avhandlingen har vært en verdifull læringserfaring, og jeg har hatt svært stor glede av å arbeide med den. Mitt engasjement for temaet har bare vokst gjennom prosessen.

Denne avhandlingen hadde aldri sett sitt lys uten lederne av den randomiserte studien jeg gjorde feltarbeid i, og heller ikke uten mine informanter, som var rehabiliteringsteam, barn diagnostisert med fedme og deres søsken og foreldre. Jeg ønsker å takke dere alle! Særlig ønsker jeg å dedikere denne avhandlingen til barna som deltok i den randomiserte studien som denne avhandlingen bygger på.

Ellers ønsker jeg å takke mine veiledere, Vebjørn Tingstad og Tord Larsen, som har gitt meg verdifulle innspill og feedback i prosessen. Jeg vil også takke Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap for fakultetsstipend og Institutt for pedagogikk og livslang læring for slutføringsstipend. Det er også andre som fortjener en stor takk, og da særlig mine gode venner Tanja Plasil, Petter Almklov og Cornelius Heyse. Tanja: Jeg kjenner ingen som gir så innsiktsfulle tilbakemeldinger som deg! Petter: Du er alltid en fantastisk samtalepartner som gir meg mange gode innspill og nye ideer! Det samme gjelder for Cornelius, som i tillegg lånte meg hytta si slik at jeg kunne skrive i ro og fred. Jeg føler meg privilegert som har som gode venner! Mine kolleger på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon har også bidratt svært mye i prosessen med ferdigstilling av denne avhandlingen. Det er jeg utrolig takknemlig for, og ønsker særlig å takke Bård Kulseng for generell inspirasjon og for å ha vært så fleksibel. Det har bidratt mye til at denne avhandlingen ble ferdigstilt. Ero Karlsen har også bidratt mye og vært en støtte i prosessen, og det samme har min familie, som alltid har hatt troen på arbeidet mitt. Jeg hadde ikke klart det uten dere! Ellers har jeg mange andre venner som burde vært nevnt som nødvendigvis ikke har gitt meg tilbakemelding på faglige ting, men som har gjort hverdagen enklere og morsommere. Dere vet selv hvem dere er –ingen nevnt, ingen glemt!

Sammenheng

Denne avhandlingen er et bidrag til kritisk refleksjon over hvordan barn med fedme blir forstått og behandlet innen pediatrik fedmehabilitering. Min studie befinner seg innenfor rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen. Deltagende observasjon ble brukt som metode for datainnsamling. I denne avhandlingen, som består av et bokkapittel og to artikler, har jeg undersøkt konstruksjoner av barn og barndom innen pediatrien som barnemedisinsk vitenskap og hvordan dette har påvirket innholdet i rehabiliteringstilbudet. Jeg har også undersøkt hvordan barn med fedme ble påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringstilbudet gjennom å analysere endringer i barnas språk om mat og fysisk aktivitet og om kroppen og lidelsen deres.

Biopedagogikk handler om hvordan den såkalte fedmeepidemien har skapt pedagogiske praksiser eller «instruksjoner» om hvordan folk skal «leve sunt». Disse fungerer som normaliserende og regulerende, og plasserer individer under konstant overvåkning og skaper økt selv-monitorering.

Innen pediatrik fedmehabilitering er det i dag mest vanlig å bruke såkalte familiebaserte tilnærminger, hvor målet er å påvirke barns vektrelaterte atferd gjennom *foreldrene*. Dette var tilnærmingen til barna og deres familier også på rehabiliteringssentrene hvor jeg gjorde hovedfeltarbeid. Selv om det var foreldrene som stort sett fikk undervisning i kosthold og fysisk aktivitet, viser min forskning at barna likevel plukket opp og tok til seg rehabiliteringsteamenes biopedagogiske budskaper om mat, fysisk aktivitet og årsaker til utvikling av fedme. De fleste barna ble også sterke agenter i familiens livsstilsendingsprosess. Forskere innen rammeverket til biopedagogikk hevder at formuleringen av biopedagogiske budskaper og instruksjoner til barn kan føre til økt, og farlig, selv-monitorering ved at de kan utvikle spiseforstyrrelser eller et «hemmet» forhold til kropp og fysisk aktivitet. Selv om barna med fedme utviklet nettopp slik økt selv-monitorering, hevder jeg at biopedagogikken også fungerte som en *ressurs* ved å gi dem en følelse av kontroll og mestring av lidelsen deres. Det ga dem også et endret syn på kroppen deres, slik at forståelsen «jeg er feit» ble byttet ut med «jeg lider av fedme». I denne avhandlingen fortolker jeg dette til å handle om en prosess av medikalisering hvor barna tok til seg den biomedisinske forståelsen av sin lidelse.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag.....	ii
DEL 1	1
Kapittel 1: Introduksjon.....	1
1.1 Fremstilling av empiriske data: Etske betraktninger og vurderinger.....	4
1.2 Om barnefedme.....	4
1.3 Behandlingstilbud	6
1.4 Om den randomiserte studien.....	6
1.4.1 Resultater fra den randomiserte studien.....	9
1.5 Forskningsspørsmål.....	9
1.6 Avhandlingens bokkapittel og artikler	10
1.6.1 Sammenhengen mellom bokkapittelet og de to artiklene	12
1.7 Mål med avhandlingen	14
1.8 Avhandlingens oppbygning.....	15
Kapittel 2: Teoretiske perspektiver.....	17
2.1 Den sosiale barne- og barndomsforskningen	17
2.2 Den sosiale barne- og barndomsforskningen og rammeverket til biopedagogikk	21
2.3 Fokuset på barnas språk: inspirasjon fra diskursanalyse	24
2.4 Forskning på overvekt og fedme innen den sosiale barne- og barndomsforskningen.....	26
Kapittel 3: Forskningsdesign og metode: metodologiske refleksjoner	29
3.1 Om utvalget	29
3.1.1 Om familiene og barna.....	29
3.2 Etikk	30
3.3 Samtykke	30
3.4 Forskningsdesign og metode	32
3.4.1 Om metoden deltagende observasjon og den sosiale barne- og barndomssosiologien og vitenskapsteoretisk diskusjon.....	32
3.4.2 Metodisk tilnærming til felten	41
3.4.2.2 Posisjoner under hoveddatainnsamlingsperioden	55
3.5 Om å gjøre feltarbeid i egen kultur	66
3.6 Tematisk koding og analyse	68
3.6.1 Analyse artikkel 2	70
3.6.2 Analyse artikkel 3	71
KAPITTEL 4: Empiriske funn.....	73
4.1 Tre empiriske eksempler fra felten	73
4.2 Hvordan ble barna påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen?	77
4.2.1 Fra ”å være feit” til ”å lide av fedme”	77
KAPITTEL 5: Oppsummering, konklusjoner og forslag til videre forskning...101	
5.1 Er det farlig å kommunisere biopedagogiske budskaper til barn med fedme?	103
5.2 Videre forskning.....	105
Vedlegg.....	117
Vedlegg 1: Tilråding Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS	117

Vedlegg 2: Tiltråding Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK nord	119
Vedlegg 3: Informasjonsskriv 1	121
Vedlegg 4: Informasjonsskriv 2	123
DEL 2 Avhandlingens artikler.....	125
Artikkel 1: Ersfjord E (2012) <i>Pediatriens konstruksjoner av barn og barndom. I: Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling.</i> Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 177-193.	
Artikkel 2: Ersfjord E (2017) <i>Look mommy, I'm eating the plate model!" Biopedagogies and coping with obesity through objectification. <i>Sociology of health and illness</i> 40(5), s. 693-806.</i>	
Artikkel 3: <i>Taking children's humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight. <i>Childhood</i> 25(2), s. 189-202</i>	

DEL 1

Kapittel 1: Introduksjon

Denne avhandlingen er et kritisk bidrag til hvordan barn med fedme påvirkes av langvarig fedmebehandling, og også til hvordan barn og barndom blir forstått innen vestlig biomedisin. I min forskning har jeg undersøkt hvordan barn med fedme opplevde fedmerehabilitering i en randomisert medisinsk studie i regi av det norske helsevesenet som varte over en periode på to år. Hovedfeltarbeidet ble gjennomført på to ulike rehabiliteringssentre i Norge, og deltagende observasjon ble brukt som metode for datainnsamling. Jeg har også gjort en litteraturstudie av den historiske fremveksten av pediatri som barnemedisinsk vitenskap for å undersøke hvorfor barn behandles som egen gruppe atskilt fra voksne innenfor vestlig biomedisin, og også hvordan pediatrien har skapt forestillingen om barns «normale» vekst og utvikling. Disse forestillingene, som blant annet har materialisert seg gjennom standardiserte skjemaer for standardmål for barns vekst og utvikling, påvirker direkte diagnostiseringen av barn som «overvektige» eller at de «lider av fedme».

Mitt doktorgradsprosjekt var uavhengig av den medisinske randomiserte studien og finansiert av Norsk senter for barneforskning som fakultetsstipend under det som tidligere het Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Jeg har også mottatt et slutføringsstipend for ferdigstilling av avhandlingen fra Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU, som Norsk senter for barneforskning per dags dato er organisert under.

Min forskning er lokalisert innenfor den sosiale barne- og barndomsforskningen, som forstår barndom som sosiale konstruksjoner og barn som sosiale agenter med muligheten til å påvirke sitt liv (James et al. 2009).

Mine analyser i denne avhandlingen viser som sagt at pediatrien som spesialitet har vokst frem og atskilt barn fra voksne innen medisinsk behandling. Dette er et resultat av medisinske fremskritt så vel som historiske, politiske og sosiale prosesser, som til sammen har vært med å utskille barn som egen kategori (fra voksne) innen vestlig biomedisin (Ersfjord 2012). Innen pediatrien forstås barn i lys av deres naturlige vekst og utvikling og i høy grad som «human becomings» (Armstrong 1983, Turmel 2008) – som avhengige, sårbare og passive subjekter med behov for omsorg og beskyttelse fra voksne før de selv når voksenalder (Christensen

2004). Denne innsikten har jeg brukt som bakteppe for å analysere hvordan barn og deres familier mottar pediatrik fedmebehandling og –rehabilitering. I dag er gullstandarden både nasjonalt og internasjonalt å bruke såkalte «familiebaserte tilnærminger», hvor målet er å påvirke barns vektrelaterte atferd gjennom *foreldrene* (Skelton et al. 2012). Det ligger altså et innbakt syn i pediatrik fedmebehandling at foreldrene, og ikke barna selv, har hovedansvaret for barnets helse og livsstilsendring. Det vil si at det ikke er barna diagnostisert med fedme, men deres foreldre, som anses som livsstilsendningsagenter i familien. Dette var også tilnærmingen til barna og deres familie i den medisinske randomiserte studien jeg gjorde observasjoner i. Selv om det var foreldrene som stort sett fikk undervisning i kosthold og fysisk aktivitet, viser min forskning at barna likevel plukket opp og tok til seg rehabiliteringsteamenes budskap om mat, fysisk aktivitet og årsaker til utvikling av fedme, og begynte å bruke dette aktivt for å mestre sin lidelse. De fleste barna ble også sterke agenter i familiens livsstilsendningsprosess, selv om dette ikke var rehabiliteringsteamets mål. Barnas agens har jeg forsøkt å gripe gjennom å analysere endringer i barnas språk om mat og fysisk aktivitet og om kroppen og lidelsen deres. Inspirert av diskursanalyse¹ fortolker jeg barnas språklige endringer som tegn på hvordan de skapte nye (og felles) forståelser for sin lidelse og utviklet verktøy de kunne bruke for å mestre denne. Dette analyserer jeg ved å bruke rammeverket til biopedagogikk. Biopedagogikk er et kritisk sosiologisk rammeverk som tar utgangspunkt i hvordan den såkalte fedmeepidemien har skapt pedagogiske praksiser eller «instruksjoner» med mål om å gi befolkningen økt kunnskap om fedmerelatert helserisiko (Wright 2009). Disse praksisene og instruksjonene fungerer som normaliserende og regulerende og plasserer individer under konstant overvåkning, og instruerer individer i hvordan de skal «leve sunt» (Wright 2009). Forskere innen det biopedagogiske rammeverket forsøker å forstå hvordan slike budskaper og instruksjoner blir rekontekstualisert innenfor ulike kulturelle og sosiale felt, og hvordan de påvirker forestillinger om kropp og hvordan man skal leve sitt liv (Wright 2009).

Innen den biopedagogiske litteraturen er formuleringen av biopedagogiske budskaper til barn antatt å føre til økt, og farlig, selv-monitorering fordi man tror det kan føre til spiseforstyrrelser eller skape et «hemmet» forhold til kropp og fysisk aktivitet (Wright 2009, Alexander et al. 2015, Powell og Fitzpatrick 2015). Selv om

¹ I min avhandling forstår jeg diskurser som rammeverk av mening produsert i språk. Disse anser jeg å operere uavhengig av barnas intensjoner og i stedet som ideer som forenes og både reflekterer og konstruerer deres sosiale

barna med fedme som deltok i den langvarige rehabiliteringen, utviklet nettopp slik økt selv-monitorering, hevder jeg i denne avhandlingen at biopedagogikk ikke kan forstås som ensidig negativt, men at det også kan fungere som en *ressurs* for barn med fedme fordi det gir dem en følelse av kontroll og mestring av lidelsen deres. Min forskning viser at det ga dem både konkrete mestringsverktøy og et endret syn på kroppen, hvor forståelsen «jeg er feit» ble byttet ut med «jeg lider av fedme». Jeg fortolker dette til å handle om en prosess av medikalisering² hvor barna tok til seg den biomedisinske forståelsen av fedme som medisinsk diagnose. Jeg undersøker denne samme transformasjonen ved å se på en spesifikk type samhandling og kommunikasjon blant barna: deres humor. Ved hjelp av sosiologisk og antropologisk teori om fenomenet humor og humorens funksjon har jeg analysert barnas spøkkultur³. I barnas humor fant jeg en tydelig overgang fra bruken av «fat jokes» i starten av rehabiliteringen til det som kan omtales som «biopedagogisk humor», ved at barna gradvis inkluderte flere og flere manipuleringer med diskurser, konsepter og instruksjoner hentet fra rehabiliteringsteamenes biopedagogiske innhold i rehabiliteringen. Min analyse av barnas spøkkultur underbygger altså funnene av hvordan barna var involvert i en prosess av medikalisering av sin tilstand, samt hvordan de i økende grad utviklet selv-monitorering når det gjaldt matinntak og fysisk aktivitet.

I dette kapittelet vil jeg presentere litt bakgrunnsinformasjon om barnefedme, hvilke behandlingstilbud som finnes i Norge, og den randomiserte studien jeg gjennomførte min forskning i tilknytning til. Deretter vil jeg presentere avhandlingens forskningsspørsmål og så kort avhandlingens artikler og bokkapittel, og redegjøre for sammenhengen mellom disse. Til slutt beskriver jeg målene med denne avhandlingen og avhandlingens oppbygning. Først vil jeg påpeke imidlertid noen etiske utfordringer som har påvirket hvordan jeg har kunnet presentere det empiriske materialet fra feltarbeidet i denne sammenfatningsartikkelen og i avhandlingen som sådan.

² Medikalisering skjer når «et problem forstås med medisinske begreper, vanligvis som en sykdom eller forstyrrelse, eller at man bruker medisinske intervensjoner for å behandle det» (Frich og Fugelli 2006:45). Fedme har gått igjennom en prosess av medikalisering ved at kroppsfett kan bli forstått i medisinske termer og gjennom et dedikert «medisinsk blikk», hvor man har utviklet diagnostiske verktøy og behandling for lidelsen (Paradis 2016).

³ «Spøkkultur» kan defineres som «a set of humorous references that are known to the members of the group to which members can refer and that serve as the basis for further interaction» (Fine og de Soucey 2005).

1.1 Fremstilling av empiriske data: Etske betraktninger og vurderinger

Det har i dette prosjektet vært utfordrende å jobbe med det empiriske materialet fra feltarbeid på en måte som sikrer deltakernes anonymitet. Siden disse barna og familiene deltar i langvarig rehabilitering og bor sammen over lengre tid, kjenner de hverandre svært godt. For ikke å bryte Helsepersonellovens sentrale bestemmer om taushetsplikt, presenteres de empiriske data i denne avhandlingen hovedsakelig som gruppedata. For å skjule barnas og familiens identitet har jeg gjort om på familiens sammensetning, og jeg har blandet og omskrevet hendelser og steder. I denne avhandlingen presenterer jeg ofte ikke barnas riktige alder, kjønn eller vekt, eller andre gjenkjennbare trekk ved familiene, fordi dette er identifiserbare data for deltakerne som var på samme gruppeopphold. Noen av de empiriske casene som presenteres i denne avhandlingen, avviker derfor noe fra de faktiske hendelsene, men går ikke på tvers av historienes hovedtrekk eller essens. Teammedlemmers, foreldres, søskens og barnas kjønn og alder er også tidvis endret i tekstene (både i denne sammenfatningsartikkelen og i avhandlingens artikler), og alle personnavn er anonymiserte.

Personalet som jobbet i de randomiserte studiene, har også vært mine informanter. Disse har ulike fagbakgrunner, som lege, helsesøster, sykepleier, psykolog, idrettspedagog, aktivtør, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og barnevernspedagog. Disse er også anonymisert i avhandlingen så langt det lar seg gjøre og der hvor jeg har ansett det nødvendig.

1.2 Om barnefedme

Overvekt og fedme har de siste tiårene blitt et hett tema i Norge innenfor både helsepolitikk, media og akademisk litteratur (Tingstad 2009). Dette har sammenheng med hvordan den økende forekomsten av overvekt og fedme i verdens befolkning har fått økt oppmerksomhet internasjonalt de siste tiårene. Verdens helseorganisasjon definerer fedme som en av de mest alvorlige folkehelseutfordringene i det 21. århundret (WHO 2016). Ifølge medisinske «global burden of disease»-studier har forekomsten av fedme blant barn og unge nærmest fordoblet seg siden 1980 (Ng et al. 2014). Det snakkes derfor om en global fedmeepidemi (Tingstad 2009).

Innen biomedisin defineres overvekt og fedme ut fra en persons kroppsmasseindeks (KMI). Verdens helseorganisasjon (WHO) har satt grenseverdier for hva som anses som normal og unormal KMI for voksne (Folkehelseinstituttet 2014). Dette regnes ut ved å dividere vekt med kvadrat av høyden på et individ

(Ibid.). *Normalvekt* for voksne anses å være KMI mellom 18,5 og 24,9 (ibid.). Ved *overvekt* har man KMI mellom 25,0 og 29,9, og ved *fedme* har man KMI fra 30,0 og oppover (ibid.). Barn har imidlertid både redusert skjelett- og muskelmasse før de når puberteten, og man finner i tillegg ulikheter mellom jenter og gutter, siden jenter ofte er tidligere utviklet (Helsedirektoratet 2010). Derfor passer ikke WHO's KMI-tabell for barn og unge, og det er utviklet kjønns- og aldersjusterte grenser for måling av overvekt og fedme, som også omtales som «Coles index» eller iso-KMI (Folkehelseinstituttet 2014). På bakgrunn av dette defineres én av tre elleveåringer i Europa som at de har overvekt eller fedme (WHO 2017).

Barnevekststudien, som er en landsdekkende undersøkelse som følger utviklingen av overvekt og fedme hos tredjeklassinger i Norge, har vist at 16,7 % jenter og 13,3 % gutter har overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet 2017a). 2,3 % gutter og 3 % jenter har fedme (ibid.). Norske studier viser også en stor utvikling i forekomsten av fedme hos voksne. Andelen med overvekt og fedme har helt klart økt mellom 1985 og 2008, ifølge helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (Folkehelseinstituttet 2017b). HUNT viser at under 5 % av den voksne befolkningen hadde fedme i 1985, men i 2008 fant man rundt 20 % forekomst av fedme hos voksne (Folkehelseinstituttet 2017b). I dag har cirka en av fire middelaldrende menn og en av fem kvinner fedme (Folkehelseinstituttet 2018). Man kan derfor anta at mange barn som vokser opp i Norge i dag, vil utvikle fedme som voksne. Forskning viser også at mange barn med fedme drar med seg fedmen inn i voksenlivet (Bray et al. 2010).

Fedme anses å kunne gi helsemessige konsekvenser. Medisinsk forskning viser at overvekt og fedme øker risikoen for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kreft i voksen alder (Folkehelseinstituttet 2017a). I tillegg finnes det utstrakte negative forestillinger om mennesker med fedme (Malterud og Ulriksen 2010). De anses for eksempel å ha dårlig helse, som late og grådige og at de har manglende selvkontroll (Kirk og Tinning 1994). Når det gjelder barn med fedme, vet man fra forskning at de oftere blir utsatt for mobbing og stigmatisering enn barn med normal vekt, og at de ofte sliter med negativ selvfølelse og negativt kroppsbilde (Folkehelseinstituttet 2008). En studie fra USA har vist at barn med fedme hadde samme helserelaterte livskvalitet som barn som var diagnostisert med kreft, og som ble behandlet med cellegift (Schwimmer et al. 2003). En annen studie har vist at barn med fedme anses som svært uattraktive lekekamerater (Latner og Stunkard 2003). «Å

ha fedme» eller «å være feit» innebærer altså mye mer enn å bare ha for mye kroppsfett.

1.3 Behandlingstilbud

Behandling av barnefedme i regi av den norske helsetjenesten har ikke pågått lenge, så det kan anses som en relativt ny livsstilssykdom. Det var først for rundt tretti år siden at barnefedme ble ansett som en medisinsk tilstand innen vestlig biomedisin (Moffat 2010). I Norge fikk alle helseregioner i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om å etablere regionale behandlingstilbud til pasienter med helseproblemer som følge av overvekt og fedme først i 2005. Det ble først utviklet tilbud i spesialisthelsetjenesten til voksne, deretter til barn. I 2008 begynte man å ta imot barn på fedmepoliklinikken på for eksempel St. Olavs hospital i Midt-Norge. Samtidig som man utviklet helsetilbud i regi av spesialisthelsetjenesten i Norge, begynte man å utvikle tilbud til barn med overvekt og fedme i kommunehelsetjenesten (Ersfjord 2016). Barn utredes, behandles og følges her opp av helsesøster eller fastlege, eller deltar i behandlingsopplegg i regi av lokale frisklivssentraler.

Innen pediatrik fedmebehandling i Norge brukes som regel familiebaserte tilnærminger. Som nevnt anses denne tilnærmingen som gullstandarden for behandling, også internasjonalt, og den legger vekt på å styrke foreldrene som autoritetsfigurer og rollemodeller for sine barn (Skelton et al. 2012). Ved å bruke foreldreinvolvering forsøker man å altså påvirke barnas vektrelaterte atferd indirekte gjennom foreldrene (ibid.). I behandlingen bruker man ulike pedagogiske tilnærminger og teknikker for å motivere til livsstilsendringer og øke kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet.

1.4 Om den randomiserte studien

Den medisinske randomiserte studien jeg utførte min etnografiske studie i, var et forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid mellom to helseregioner i Norge. Målet med den randomiserte studien var å prøve å finne ut hvilken type behandling som hadde best effekt for barn med fedme (kortvarig versus langvarig intervensjon). Prosjektet inkluderte familier der ett eller flere barn og minst én av foreldrene hadde fedme. Inkluderingskriterier var at barna skulle være mellom 7 og 12 år, ha en iso-KMI på mer enn 30, og minst én forelder (såkalt «indeksperson») skulle ha kroppsmasseindeks (KMI) høyere enn 30.

Ekskluderingskriterier for å delta i den randomiserte studien beskrives i prosjektbeskrivelsen som bakenforliggende sykdommer, syndromrelatert fedme, manglende kommunal forpliktelse eller manglende evne til å delta i en behandlingsgruppe, at barnet allerede fikk pågående oppfølging eller behandling av fedme fra spesialisthelsetjenesten, eller at foreldrene startet eller deltok i parallelle behandlingsopplegg mot fedme i regi av spesialisthelsetjenesten i løpet av prosjektperioden.

I den randomiserte studien ble alle deltagerfamiliene inndelt i to grupper gjennom loddtrekning. Felles for begge gruppene var at de fikk oppfølging av helsetjenesten i to år, men ellers fulgte de ulike opplegg.

Den randomiserte studien hadde mål om å teste følgende hypoteser (sitater fra prosjektbeskrivelse):

«Nullhypotese (H0): Det er like stor effekt av familieleir og to års oppfølging som et samarbeid mellom kommunalt tjenestetilbud og private rehabiliteringssentre og spesialisthelsetjenesten (gruppe A), som av kickoff-samling med to års oppfølging i samarbeid mellom kommunalt tjenestetilbud og spesialisthelsetjenesten (gruppe B).»

«Alternativhypotese (HA): Det er større effekt av familieleir og to års oppfølging som et samarbeid mellom kommunalt tjenestetilbud, private rehabiliteringssenter og spesialisthelsetjenesten (gruppe A), enn av kickoff-samling med to års oppfølging i samarbeid mellom kommunalt tjenestetilbud og spesialisthelsetjenesten (gruppe B).»

Kort sagt kan man si at man gjennom prosjektet forsøkte å finne ut om det vil gi ulike behandlingsresultater å delta på et intensivt, langvarig opplegg versus et mer lavintensivt, kortvarig opplegg. I gruppe A – det høyintensive opplegget, deltok familier på sommerleir og påfølgende helgesamlinger på rehabiliteringssenter. Jeg fulgte bare familier som deltok i gruppe A. Familiene i gruppe B deltok på en mindre intervensjon i regi av en fedmepoliklinikk ved et norsk universitetssykehus. Jeg gjorde ikke forskning tilknyttet den randomiserte arm gruppe B.

Før inkludering ble både barnet og forelderen (indekspersonen) utredet av spesialisthelsetjenesten. Det såkalte primære effektmålet i studien var å kartlegge endringer i kroppsmasseindeks. Sekundære effektmål var målinger av livskvalitet, fysisk form og endringer i biokjemiske parametere.

Rehabiliteringsopplegget varte i to år og startet med en to uker lang sommerleir og deretter fire helgesamlinger på rehabiliteringsklinikken, første gang

etter tre måneder, og så hver sjettede måned. Målet var å dyktiggjøre foreldrene «som gode rollemodeller for sine barn» (sitat fra prosjektbeskrivelsen). Intervensjonen hadde mål om å endre foreldrenes levevaner slik at «hele familien ville adoptere en fornuftig livsstil» (sitat fra prosjektbeskrivelsen). Intervensjonen i prosjektet var altså i hovedsak rettet mot *foreldrene* og ikke mot barna diagnostisert med fedme. Familiene fikk også tilbud om månedlige støtte- og motivasjonssamtaler i hjemkommunen hos en kommunekoordinator, som ofte hadde bakgrunn som helsesøster eller fysioterapeut. Kommunekoordinatorene var opprettet for å sikre at familiene skulle klare å etterleve de endringene de bestemte seg for å sette i verk under rehabiliteringsoppholdene. Det ble også gjennomført en såkalt motivasjons- og måledag som foregikk på et sykehus i familiens helseregion ved måned 0, 12 og 24 i prosjektets fase. Kommunekoordinatoren, som skulle gjennomføre motivasjons- og støttesamtaler i familiens hjemkommune, fikk også tilbud om å delta én dag med familiene på motivasjons- og måledag. Det ble også gjennomført en koordinatorsamling seks og atten måneder etter motivasjons- og måledagen. Dette var et kurs for koordinatorene som også ble satt i gang for nettverksbygging.

Forskningsprotokollen beskriver også de ulike metodene som ble brukt for å arbeide med livsstilsendring for familiene: 1) gruppebasert veiledning av foreldre med elementer fra dynamisk gruppeterapi, 2) endringsfokuset rådgivning, som er beskrevet som en samtalemetode for å motivere til og bistå i atferdsendring, og 3) metoden «Parent Management Training – Oregon», som beskrives som en metode som tar utgangspunkt i skadelige og fastlåste samspillmønstre i familier og forsøker å erstatte dem med samspillmønstre som gir bedre samarbeid og positiv utvikling⁴.

Barnas rolle i intervensjonen i Family blir i forskningsprotokollen (s. 10) beskrevet slik:

Barnet skal ikke føle seg stigmatisert, men gjennom lek og aktivitetsbasert kostholdsopplæring tilegne seg kunnskap som gjør det mulig å ta smarte valg, bli oppmerksom på egen sult- og metthetsregulering og kroppslige fornemmelser knyttet til dette, utforske egne tanker og følelser knyttet til mat og matens funksjon, kropp, aktivitet og helse. I tillegg er det en målsetning at barnet skal få positive erfaringer med fysisk aktivitet, prøve ut ulike former for fysisk aktivitet og utforske og bli trygg på kroppslige reaksjoner knyttet til fysisk aktivitet (eks. puls, «vondter», svette etc).

⁴ PMTO som behandlingsmetode ble utviklet av Gerald Patterson og kolleger ved Oregon Social Learning Centre i USA og er inspirert av anvendt læringspsykologi i 1960-årene fra fagområder som klinisk psykologi, personlighetspsykologi og utviklingspsykologi. Noen viktige inspirasjonskilder var Bandura og Walters sosiale læringsteori og Millard og Dollards tradisjonelle forsterkningsteori (Solholm et al. 2005).

Kort oppsummert var det *foreldrene* som stort sett fikk undervisning i kosthold og fysisk aktivitet. Det var også foreldrene, og ikke barna, som mottok endringsfokusert rådgivning og deltok i gruppebasert veiledning organisert av rehabiliteringsteam. Barna deltok i arrangerte aktiviteter i regi av rehabiliteringsteamet, som oftest involverte ulike former for fysisk aktivitet.

1.4.1 Resultater fra den randomiserte studien

Det ble publisert resultater fra den medisinske randomiserte studien i 2016. Totalt nitti barn deltok i studien (Benestad et al. 2016). Studien viste at barna som deltok i den langvarige toårige intervensjonen hadde en noe lavere økning i BMI enn barna som deltok i den kortvarige livsstilsintervensjonen (Benestad et al. 2016). Foreldrene som deltok i den toårige intervensjonen hadde et større vekttap enn foreldrene i den kortvarige intervensjonen (Benestad et al. 2016). Studien beskriver likevel effekten av den langvarige intervensjonen hva gjelder faktisk vekttap for barn og foreldre som ”for liten” til å kunne anbefale innføringen av langvarige intervensjoner som et faktisk helsetilbud for barn med fedme og deres familier (Benestad et al. 2016). Ellers viste studien at barna i den langvarige intervensjonen hadde mindre endringer i kardiometabolske risikofaktorer sammenliknet med barna i den kortvarige livsstilsintervensjonen (Benestad et al. 2016). Livskvalitetsstudien som ble gjort i forbindelse med den randomiserte studien er ennå ikke publisert.

1.5 Forsknings spørsmål

Utgangspunktet for mitt prosjekt var å få innsikt i hvordan barn diagnostisert med fedme ble påvirket av langvarig fedmerehabilitering i regi av det norske helsevesenet. Jeg ønsket også å undersøke hvordan barn og barndom ble forstått innenfor pediatrien som barnemedisinsk vitenskap, for å prøve å forstå hvordan dette kunne påvirke innholdet i rehabiliteringstilbudet. Avhandlingens overordnede forskningsspørsmål ble utformet gjennom refleksjon rundt og analyse av det empiriske materialet samt arbeidet med artiklene og bokkapittelet til avhandlingen, og er som følger: *Hvordan ble barna diagnostisert med fedme påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen?*

Jeg har skrevet et kapittel i en antologi og to tidsskriftsartikler som alle er relevante for det overordnede forskningsspørsmålet på ulike måter. I artiklene stiller jeg disse forskningsspørsmålene:

Bokkapittel 1: Sett i et historisk lys, hvilke sosiale konstruksjoner av barn og barndom kan identifiseres i pediatrien som barnemedisinsk vitenskap, og hvordan har disse påvirket pediatriens tilnærming til barn og forståelse av barns helse?

Artikkel 2: How did the children's interpretations of new knowledge about diet, physical activity, and obesity change the children's perception of their bodies and the way they coped?

Artikkel 3: Is the humor used by the children influenced by their social context, and if so, in what way, and what did their humor signify?

De tre forskningsspørsmålene er alle viktige for å belyse hvordan barna ble påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen. Nedenfor kommer en kort presentasjon av bokkapittelet og de to artiklene og deres bidrag til å svare på avhandlingens overordnede forskningsspørsmål, før jeg greier ut om mål for avhandlingen og presenterer avhandlingens oppbygning.

1.6 Avhandlingens bokkapittel og artikler

Bokkapittel 1:

Pediatri: konstruksjoner av barn og barndom i vestlig biomedisin

Publisert i: Tjora, A (red.) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2012

I denne artikkelen undersøker jeg konstruksjoner av barn og barndom i vestlig biomedisin ved bruk av sosialkonstruktivistiske perspektiver og rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen. Jeg henviser til ulik litteratur om den historiske fremveksten av pediatri som barnemedisinsk vitenskap og søker å forklare hvorfor barnet innen vestlig biomedisin behandles om egen gruppe (atskilt fra voksne). I artikkelen setter jeg søkelys på hvordan pediatrik behandling av barn ikke bare handler om behandling av barns faktiske sykdommer, men også om overvåking av deres «normale» vekst og utvikling. Dette må ses i lys av medisinske fremskritt innen barnemedisin så vel som andre sosiale, historiske og politiske prosesser.

Artikkel 2:

”Look mommy, I’m eating the plate model!” Biopedagogies and coping with obesity through objectification

Publisert i: *Sociology of health and illness*, Vol 40, Issue 5, s. 793-806

I denne artikkelen bruker jeg rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen og biopedagogikk for å undersøke hvordan barna med fedme er involvert i en prosess av medikalisering av sin fedme. Ved å analysere endringer i barnas språk og handlinger fortolker jeg hvordan de endrer sin oppfatning fra å «være feit» til å «lide av fedme». Endringene skyldes en omfavnelse av biopedagogikken som er involvert i fedmehabiliteringen, og som skaper rammene for forståelsen av diagnosen fedme og hvilke verktøy de kan bruke for å meste sin lidelse. I artikkelen argumenterer jeg for at barnas selv-monitorering ikke kan forstås som ensidig negativt eller «farlig», slik det er beskrevet innen det biopedagogiske rammeverket, men at biopedagogikk også kan fungere som en ressurs ved å gi barn med fedme økt kontroll og mestring av sin lidelse.

Artikkel 3:

Taking children’s humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight

Publisert i: *Childhood*, Vol 25, Issue 2, s. 189-202

I denne artikkelen bruker jeg også rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen og biopedagogikk for å undersøke humoren til barna med fedme under rehabiliteringsopphold. Gjennom å bruke sosialantropologisk og sosiologisk teori om humor og humorens funksjon identifiserte jeg tre spøktemaer som gikk igjen i deres spøkkultur: den feite kroppen, mat og fysisk aktivitet. Jeg fant en overgang fra bruken av «fat jokes» til humor som inkluderte elementer fra biopedagogiske instruksjoner og budskaper om mat og fysisk aktivitet som rehabiliteringsteamene forsøkte å formidle. Endringen i spøktema settes i sammenheng med hvordan barna tok til seg det biopedagogiske innholdet og begynte å selvmonitorere seg selv når det gjaldt matinntak og fysisk aktivitet. Jeg fortolker det også i lys av hvordan barna var involvert i en prosess av medikalisering av sin fedme. I tillegg bidrar artikkelen med kunnskap om hvordan barns humor påvirkes av den sosiale konteksten de befinner seg i – et lite utforsket område innenfor sosiologisk humorteori så vel som innen den sosiale barne- og barndomsforskningen.

1.6.1 Sammenhengen mellom bokkapittelet og de to artiklene

Hvordan rehabiliteringsteamene tilnærmet seg barna og deres familier, var tydelig påvirket av pediatrien som barnemedisinsk vitenskap og dens forestillinger om barn og barndom, som utskiller barn som en egen gruppe (fra voksne). I bokkapittelet tar jeg for meg historiske, sosiale og politiske årsaker samt noen viktige fremskritt innenfor barnemedisin som alle har vært med å påvirke forestillinger om barn og barndom innen pediatrien. Selv om det finnes diverse beskrivelser av ulike barnesykdommer helt siden moderne medisin oppsto (cirka 400 f. Kr), ble ikke pediatri en spesialitet før mot slutten av 1800-tallet. Urbanisering av byene under den industrielle revolusjon ga høy barnedødelighet. Dette anses som en av hovedårsakene til økt vektlegging av barns helse og fremveksten av pediatri som spesialitet. Det ble på denne tiden satt i gang organiserte tiltak for folkeopplysning om usunne boforhold og sanitærforhold. Etter hvert fikk man også fremvekst av organisert fødselshjelp og fødselsomsorg. Tidlig på 1900-tallet vokste det også frem en kopling mellom medisinsk overvåking av barn og skolens helsetjeneste, hvor medisinsk inspeksjon av barn ble vanlig. Etter andre verdenskrig ble det vanlig med store befolkningsundersøkelser av barns helse. Dette ga et skifte innen pediatrien fra å plassere sykdom i det individuelle barnet til i stedet å overvåke barns helse ved hjelp av statistiske data og utstrakt bruk av vekst- og utviklingskurver. Pediatrien oppstod som selvstendig gren samtidig som det foregikk en stor institusjonalisering av barn i Vesten. Eksempler på dette er obligatorisk skolegang, demografiske endringer i befolkningen, nye sosiale reformer, kontroll over barndommens «rom» (hjemmet og byen), utvikling av profesjoner som jobber spesifikt med barn, og fremveksten av ideologien om familien som viktigste påvirkning på barns utvikling. Pediatriens bruk av standarder for måling av barns vekst og utvikling ble på denne tiden koplet mot utviklingen av sosiale og politiske samfunnsreformer og har slik vært med på å avgrense barn som en sosial kategori. Et innbakt syn i pediatrien er også forestillingen om at barn senere skal tre inn i de voksnes samfunn, og at det er voksne, og ikke barn selv, som har ansvar for barns helse og velvære.

I min forskning fant jeg at pediatriens forestillinger om barn og barndom var tydelig innbakt i rehabiliteringsopplegget i den observerte medisinske randomiserte studien. For det første ble barna diagnostisert med fedme gjennom bruk av pediatriens

standardiserte målinger for barns vekst og utvikling⁵. For det andre så var det som nevnt *foreldrene*, og ikke barna selv, som ble ansett som mål for rehabiliteringen. Barna ble forstått, eller i hvert fall «handlet på» (i tråd med prosjektbeskrivelsen), som passive, sårbare og avhengige subjekter med behov for beskyttelse og omsorg fra andre voksne (Christensen 2004) – som «human becomings» (Armstrong 1983). Dette synet på barn var synlig i den randomiserte studiens prosjektbeskrivelse, hvor det for eksempel sto at:

«Sommerleiren skal være en introduksjon til en prosess som fortsetter i hjemkommunen, der de voksne dyktiggjøres til å fungere som gode rollemodeller for sine barn.»

Det sto videre at:

«Gjennom endring av foreldrenes levevaner, er det trolig at hele familien vil adoptere en fornuftig livsstil. Målgruppen for leiren er derfor primært foreldrene, men det er hensiktsmessig at også barnet deltar.»
(sitat fra prosjektbeskrivelsen, min utheving)

Dette resulterte som sagt i at det var foreldrene som fikk relevant gruppebasert undervisning av eller oppfølging fra teamet, mens barna stort sett deltok på fysiske aktiviteter arrangert av rehabiliteringsteam. Jeg observerte imidlertid at barna på tross av dette snappet opp de biopedagogiske budskapene som var involvert i rehabiliteringen og begynte å bruke disse aktivt for å mestre sin lidelse. I tråd med den sosiale barne- og barndomsforskningens vektlegging av barns opplevelser og verdener, valgte jeg i artikkel 2 og 3 å se nærmere på hvordan barna med fedme ble påvirket av det biopedagogiske innholdet som var involvert i rehabiliteringen. Begge artiklene konkluderer med at barna var involvert i en prosess med medikalisering av sin tilstand, og at de bedrev økende grad av selv-monitorering når det gjaldt matinntak og fysisk aktivitet. I artikkel 2 undersøker jeg dette ved å analysere endringer i barnas språk og handlinger. Analysene viser at barna i økende grad tok i bruk det biopedagogiske språket og instruksjoner som ble fremsatt av rehabiliteringsteam, for mestring av sin lidelse. I artikkel 3 undersøker jeg dette ved å se på endringer i spøktemaer innenfor barnas spøkkultur. Analysen viser at barna gradvis begynner å bruke humor som involverer ulike humoristiske manipuleringer med det biopedagogiske budskapet om mat og fysisk aktivitet som blir formidlet av rehabiliteringsteamet.

⁵ Som nevnt beregnes overvekt og fedme blant barn ved bruken av «iso-KMI».

1.7 Mål med avhandlingen

Et overordnet mål med denne avhandlingen er å gi innsikt i hvordan fedmehabilitering kan oppleves av barn diagnostisert med fedme og påvirke deres oppfatninger av egen kropp og mestring av deres egen lidelse. Jeg ønsker å sette søkelys på og øke bevisstheten rundt hvordan forestillinger om barn, barndom og familie som blir tatt for gitt, spiller inn i rehabilitering av barnefedme. Særlig håper jeg å sette et kritisk søkelys på dagens manglende praksis innen fedmebehandling med å involvere barna selv i deres egen livsstilsendring. Mine analyser viser at denne praksisen har opphav i forestillinger om foreldreansvar (at foreldrene har ansvar for sitt barns helse) og et underliggende syn på barn som «human becomings». Forskning har imidlertid vist at barn med fedme har en svært dårlig livskvalitet, blant annet fordi fedme er forbundet med høy grad av stigma (Schwimmer et al. 2003). Dette kan være årsaken til at barna tar til seg de biopedagogiske budskapene og instruksjonene og begynner å bruke slike aktivt for mestring. Livskvalitetsstudier av barn i pediatrik fedmebehandling underbygger dette ved at forskning har vist at barn med fedme får *bedre* selvtillit, blir *mindre* deprimerte og får en *positiv* endring i spiseatferd når de mottar behandling for lidelsen (Rimke et al. 2011). Å formidle biopedagogiske budskap og instruksjoner til barn med fedme kan derfor ha flere positive konsekvenser, noe min forskning også tyder på. Jeg håper derfor at min forskning kan bidra med metodeutvikling innen familiebaserte tilnærminger som brukes i dagens barnefedmebehandling, ved å i større grad innlemme barna selv i behandlingen.

Jeg håper også at min avhandling kan komme politikere og andre relevante beslutningstagere som jobber innen tematikken overvekt, fedme og folkehelse, til gode ved å sette søkelys på hvordan barn kan medvirke til egen helse. Det legges mer vekt på barns medvirkning og barns rettigheter i det norske helsevesenet og innen politikken, men det er lite konsensus om *hvordan* man skal tilrettelegge for barns medvirkning. Selv om min avhandling ikke bidrar med direkte kunnskap om hvordan man tilrettelegger for barns medvirkning, gir den et innblikk i hvordan barn kan medvirke til egen helse.

Fedme anses som en av de største globale utfordringene for folkehelsen, og vi vet fra medisinsk forskning at svært høy kroppsvekt, som barna i denne studien har, kan skape alvorlige følgesykdommer senere i livet (Reilly og Kelly 2011). For å unngå at individer i befolkningen utvikler så alvorlig fedme, må vi kanskje alle, uavhengig av alder, lære mer om hvordan vi kan navigere i den moderne verden, med

en ny «økologi» som består av mer kaloritet mat og mindre fysisk aktivitet enn for bare noen tiår siden. Min avhandling kan i så måte bidra med kunnskap om hvordan barn tar til seg biopedagogiske budskaper i biopedagogiske sammenhenger.

1.8 Avhandlingens oppbygning

Denne avhandlingen består av to deler. **Del 1** består av fem kapitler, hvor kapittel 2, 3, 4 og 5 inneholder:

Kapittel 2: Dette kapitlet er et teorikapittel hvor presenterer tidligere forskning innenfor rammeverket til biopedagogikk. Deretter presenterer jeg hvordan jeg har forbundet mine to akademiske hovedtilnærminger i denne avhandlingen; den sosiale barne- og barndomsforskningen og biopedagogikk. Jeg beskriver også hvordan jeg i denne avhandlingen i et metaperspektiv kan sies å ha vært inspirert av diskursanalyse.

Kapittel 3: Dette kapitlet er et metodekapittel hvor jeg presenterer mine metodiske valg, metodologiske refleksjoner, etiske vurderinger og hvordan jeg analyserte mine empiriske data. Det presenteres også en del viktig empiri for å synliggjøre hvordan jeg gjennomførte min forskning og kom frem til de forskningsresultatene som presenteres i denne avhandlingen.

Kapittel 4: I dette kapitlet gir jeg en oversikt over de viktigste empiriske funn som er behandlet i denne avhandlingen. Jeg presenterer også en del empiriske eksempler som ikke er brukt i avhandlingens artikler.

Kapittel 5: I dette kapitlet presenteres en oppsummering av studien, konklusjoner og forslag til videre forskning.

Del 2 presenterer artiklene i deres helhet.

Kapittel 2: Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet skal jeg forklare og utdype den teoretiske plattformen for min avhandling. Det teoretiske perspektivet i denne avhandlingen er forankret i den sosiale barne- og barndomsforskningen, som er det teoretiske perspektivet jeg bruker i denne avhandlingen. Jeg vil beskrive noen hovedtrekk innenfor denne tilnærmingen og forklare hvordan jeg har posisjonert meg innenfor dette rammeverket. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg har kombinert den sosiale barne- og barndomsforskningen med det kritiske sosiologiske rammeverket biopedagogikk, som er det andre store teoretiske rammeverket jeg bruker i denne avhandlingen. Jeg beskriver jeg også hvordan jeg har vært inspirert av diskursanalyse. Avslutningsvis skriver jeg litt om forskning som er gjort på tematikken barnefedme, og da særlig innen rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen.

2.1 Den sosiale barne- og barndomsforskningen

Den sosiale barne- og barndomssosiologien fikk fotfeste i deler av den nordeuropeiske barndomsforskningen i 1980–1990-årene og kom som en reaksjon på utviklingspsykologiens og andre samfunnsvitenskapelige tilnærminger til barn som la vekt på systematiske studier av barns utvikling og sosialiseringprosesser (Nilsen 2003, Prout og James 1997). På denne tiden, så vel som i dag, var forestillingen om barns naturlige og universelle utvikling sterk – ikke bare innenfor akademisk forskning, men også blant folk generelt (Jenks 1992). Særlig hadde Jean Piagets teori om barns kognitive utvikling påvirket denne forestillingen (ibid.). Han forsøkte å identifisere endringer i hvordan barn tenker i ulike utviklingsstadier, og hans teori er en klassisk illustrasjon av en vitenskapelig tilnærming til barndom, hvor eksperimenter ble gjennomført for å teste hypoteser med det mål om å avdekke «fakta» om barn (Montgomery 2003).

Talcott Parsons sosialiseringsteori er en annen teori om barn som har hatt stor påvirkning på forestillingen om barns sosialisering. I denne teorien forstås barn som at de passivt internaliserer samfunnets sentrale verdier og regler gjennom sosialisering (Jenks 1992, Johansen 2009). Det ligger en forestilling innbakt i sosialiseringsteorien om at barn må ledes og formes gjennom sentrale institusjoner i samfunnet for å bli velfungerende medlemmer av samfunnet som voksne (Jenks 1992, Johansen 2009, Turmel 2008). I likhet med utviklingspsykologien deler sosialiseringsteorien et fremtidsorientert syn på barn (Jenks 1992, Johansen 2009, Mayall 1998), ved at begge

teoriene innehar en iboende forestilling om voksne som modne, kompetente og rasjonelle, mens barn blir forstått som uferdige og ukomplette (Mayall 1998, Tisdall og Punch 2012, Turmel 2008).

Som en reaksjon mot «naturaliseringen» av barn introduserte den sosiale barne- og barndomsforskningen et sosialkonstruktivistisk rammeverk for å forstå barn og barndom (James og Prout 1990, Montgomery 2003, Prout og James 1997). Den sosiale barne- og barndomsforskningen er en tilnærming hvor man forstår ulike forestillinger om barn og barndom som produkter av ulike verdenssyn (Montgomery 2003). I stedet for å prøve å etablere «objektive» fakta om barn er målet heller å beskrive hvordan barn og barndom forstås (krysskulturelt) gjennom å analysere barn og barndom som sosiale konstruksjoner (Brady et al. 2015, Montgomery 2003).

Prout og James (1997) har identifisert essensielle hovedtrekk ved den sosiale barne- og barndomsforskningen. For det første forstås barn og barndom som sagt i lys av hvordan de er sosiale konstruksjoner. Et annet kjennetegn er hvordan barns sosiale relasjoner og kulturer anses som verdifulle å studere i og for seg selv. For det tredje forstås barn som aktive i konstruksjonen av sitt sosiale liv, livet til dem rundt og samfunnet de lever i. Dette impliserer at man ikke skal forstå barn bare som passive subjekter av sosiale strukturer og prosesser som omgir dem. Prout og James argumenterer også for å bruke etnografiske metoder for å studere barndom, en tilnærming de hevder gir barn en mer direkte stemme og deltagelse i produksjonen av sosiologiske data enn det som er mulig gjennom eksperimenter og statistiske undersøkelser. I tillegg er retningen tverrfaglig og drar på fag som antropologi, sosiologi, historie, geografi, psykologi, historie, juss og andre områder (James et al. 1998, Jenks 1992, Qvortrup 1994).

Innenfor den sosiale barne- og barndomsforskningen har Alanen (2001) identifisert tre ulike retninger: 1) (de)konstruksjonistisk barne-/barndomsforskning (eng.: *deconstructive sociology of childhood*), 2) aktørorientert barneforskning (eng.: *sociologies of children*) og 3) strukturorientert barndomsforskning (eng.: *structural sociology of childhood*). **(De)konstruksjonistisk barne-/barndomsforskning** ser forestillinger om barnet, barn og barndom som diskursive formasjoner hvor bilder, «kunnskap» og ideer om barn overføres fra generasjon til generasjon i et samfunn. Forskere innen denne tilnærmingen prøver er å dekonstruere slike formasjoner. **Aktørorientert barneforskning** handler om å studere barn «in their own right», og setter slik barn i sentrum for analysen. Ved hjelp av etnografiske metoder tar man

utgangspunkt i levende barn og hvordan de handler og deltar i sine sosiale verdener som grunnlag for analyse. **Strukturorientert barndomsforskning** er i hovedsak makroanalyser av barn og barndom, og man forstår barndom som en permanent kategori/form i alle samfunn (ibid.). Medlemmer kan skiftes ut, og forståelsen av barn og barndom kan påvirkes av politiske, sosiale, økonomiske og kulturelle omstendigheter, men kategorien «barndom» vil fortsette å eksistere (Johansen 2009, Qvortrup 2002).

Som vi ser i avsnittet ovenfor, kan man ifølge Alanen (2001) bruke ulike tilnærminger for å studere barn og barndom innen den sosiale barne- og barndomsforskningen. Dette har jeg også gjort min avhandling. I mitt bokkapittel bruker jeg en strukturorientert tilnærming ved å se barndom som en permanent kategori i samfunnet og en dekonstruktivistisk analyse ved å analysere den historiske fremveksten av forestillinger om barn og barndom innen pediatrien. Artikkel 2 og 3 befinner seg mer innenfor tradisjonen til aktørientert barneforskning ved i hovedsak presenterer barns verdener og syn. Samtidig er analysene i artikkel 2 og 3 ikke bare et resultat av empiri innsamlet fra barnas verden isolert, men jeg har også brukt innsikter oppnådd gjennom observert samhandling mellom voksne og barn. Disse innsiktene oppnådde jeg gjennom å metodisk å posisjonere meg med både barn, foreldre og team. I tillegg hadde jeg med meg kunnskap inn i felten om hvordan barn og barndom forstås innen pediatrien, fordi artikkel 1 ble skrevet før hovedfeltarbeidet. I et *metaperspektiv* kan man derfor si at jeg i min forskning har vært influert av det som innen den sosiale barne- og barndomsforskningen omtales som et **generasjonsperspektiv** (Brady et al. 2015). Innen tematikken barns helse og velvære⁶ beskrives generasjonsperspektivet innen den sosiale barne- og barndomsforskningen som hvordan man som forsker forsøker å gripe hvordan barn som sosial gruppe blir plassert og forstått innenfor samfunnsstrukturen og innenfor intergenerasjonelle relasjoner. I tillegg innebærer det å se barn som sosiale agenter som tar del i å konstruere sine verdener⁷ (Brady et al. 2015).

Ved å bruke et generasjonsperspektiv for å studere barns helse og velvære, innebærer det ifølge Brady et al. (2015) å se barn som **en sosial (minoritets)gruppe**. Dette drar oppmerksomheten mot hvordan barn blir plassert og oppfattet innenfor et

⁶ Jeg har oversatt Bradys et al. (2015) bruk av begrepet «wellbeing» til «velvære». En alternativ oversettelse kan være «velferd».

⁷ Innen samfunnsvitenskapen beskrives dette ofte som analyser på struktur- og aktørnivå.

samfunns strukturer. Barn som sosial gruppe forstås da i relasjon til andre sosiale grupper – altså i relasjon til andre barn, foreldre og det voksne samfunnet for øvrig. Dette innebærer også at man tar høyde for maktrelasjonene mellom voksne og barn. For det andre vil det innebære **å forstå barn som sosiale agenter og medvirkende i sine sosiale verdener**. Innenfor generasjonsperspektivet forstås barns medvirkning som et komplekst og flerdimensjonalt konsept, nettopp fordi man tar høyde for intergenerasjonelle relasjoner mellom voksne og barn og de videre sosioøkonomiske forholdene som kan påvirke barns helse og velvære. Makt og deltagelse forstås som noe situert og foranderlig, og forskere er opptatt av å gripe hvordan barns medvirkning blir oppfattet, tilrettelagt for og begrenset i ulike sammenhenger. For det tredje innebærer et generasjonsperspektiv på barns helse og velvære ifølge Brady et al. (2015) **å se barn som «beings»**⁸ (ibid.), altså som en sosial aktør som aktivt konstruerer «barndom» (Uprichard 2008), og ikke som «human becomings», som i stedet innebærer å forstå barn i lys av deres «naturlige» utvikling, hvor tilegnelsen av sosiale og kognitive ferdigheter markerer utviklingen mot «rasjonell» voksendom (Prout og James 1997). Å se barn som beings innebærer altså å ikke forstå barn som «homogene» (i lys av barns vekst og utvikling) eller som «dekontekstualiserte» (som løsrevet fra samfunnet eller sosiale kontekster de befinner seg innenfor) (Brady et al. 2015).

Ifølge Brady et al. (2015) er det viktig å favne tre analysenivå dersom man bruker generasjonsperspektivet i studier av barns helse og velvære innen den sosiale barne- og barndomsforskningen. Man bør: 1) situere barn innenfor helsepolitikk, 2) studere faktiske praksiser som omhandler barns helse og velvære (helsepolitikk «in action») ved å ta utgangspunkt i interaksjoner mellom foreldre, barn og profesjonelle og 3) forsøke å gripe hvordan barn er helseaktører, med spesifikk oppmerksomhet på barns levde erfaringer. Dette er også en tilnærming jeg har hatt i min forskning. For det første har jeg analysert den historiske fremveksten av pediatriens forståelse av barn og barndom. Dette brukte jeg som bakgrunnskunnskap for å forstå hvordan pediatriens forestillinger om barn og barndom var innbakt i rehabiliteringsopplegget⁹. Innen pediatrien ligger det innbakt en forestilling om barn som «human becomings»

⁸ Innen den sosiale barne- og barndomsforskningen har det også blitt argumentert for at alle mennesker er «becomings», se for eksempel Lee (2001).

⁹ Jeg satt meg også inn i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, før jeg dro på feltarbeid. Også her beskrives familiens involvering viktig i utredning, diagnostikk og behandling, og at endring i levevaner må omfatte hele familien. *Foreldrene* anses som de viktigste støttestillere og rollemodeller for barna (Helsedirektoratet 2010).

som baserer seg på forestillingen om barns «naturlige» utvikling. Barn er derfor utskilt som egen gruppe (fra voksne) innen biomedisin, og pediatri som spesialitet utøver makt over barnet gjennom faktiske institusjoner, kunnskapsfundament og tilhørende diskurser (Armstrong 1983, Ersfjord 2012, Turmel 2008). Under feltarbeidet ble dette synlig gjennom hvordan foreldrene, og ikke barna, var beskrevet som mål for intervensjonen i prosjektbeskrivelsen. Dette viser til en underliggende forståelse av voksne som ansvarlige for barnas helse, mens barna ble forstått mer som sårbare, avhengige og passive subjekter med behov for beskyttelse og omsorg fra voksne (Christensen 2004, Ersfjord 2017). Barna kan derfor forstås som en minoritetsgruppe ved at de var marginaliserte i relasjon til voksne (Qvortrup 2002). For det andre brukte jeg generasjonsperspektivet i min metodiske tilnærming i felten, hvor jeg under ulike feltarbeid og til ulike tider posisjonerte meg med både barn, foreldre og helsearbeidere for å få et så holistisk bilde som mulig av spillerommet til alle aktørene som var involvert. For det tredje la jeg i tråd med den sosiale barne- og barndomsforskningen stor vekt på barna som helseaktører ved at jeg samlet inn store mengder data som baserte seg på barnas synspunkter og opplevelser. Jeg forsto barna som sosiale agenter og som medvirkende i egen helse og velvære innenfor de maktstrukturene som eksisterte – som både la både begrensninger og muligheter for barnas medvirkning i egen livsstilsendingsprosess.

Ved å bruke rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen har min forskning bidratt til ny innsikt om barns helseatferd innenfor en biopedagogisk setting. I det videre skal jeg gi innsikt i hvordan jeg kombinerte den sosiale barne- og barndomsforskningen med det biopedagogiske rammeverket, da dette er de hovedteoretiske rammeverkene jeg bruker i tilknytning til artiklene og bokkapittelet i denne avhandlingen.

2.2 Den sosiale barne- og barndomsforskningen og rammeverket til biopedagogikk

Biopedagogikk er et kritisk rammeverk som bygger på Foucaults konsept om biomakt (eng: *biopower*) (Wright 2009). Termen biopedagogikk bringer sammen ideen om *biomakt* og *pedagogikk* for å forstå kroppen som et politisk rom (ibid.). Begrepet biopedagogikk brukes for å beskrive de normaliserende og regulerende praksiser som har oppstått på grunn av forestillingen om en global «fedmeepidemi» (ibid.). Innen rammeverket blir biopedagogikk forstått å plassere individer under konstant overvåkning og at det presser folk til å monitorere seg selv, ofte gjennom å øke sin

kunnskap om fedmerelaterte risikoer og gjennom å instruere seg selv i å spise sunt og være i fysisk aktivitet (ibid.). En konsekvens av biopedagogikk er at individer blir presentert for et vidt antall måter å forstå seg selv på, og også hvordan man skal handle for å endre egne og andres omgivelser (ibid.). Slik sett handler biopedagogikk om å lære å bli sunne (og gode) borgere (Harwood 2009).

Når det gjelder Foucaults begrep *biomakt*, kan dette defineres som «...the governance and regulation of individuals and populations through practices associated with the body» (Wright 2009: 1). Foucault sier at biomakt handler om hvordan kroppen påvirkes av institusjonelle og diskursive krefter (ibid.). Han ser kroppen som et fokus for diskursivt press og som «...the site on which discourses are enacted and where they are contested» (Mills 2003: 81). Foucault er gjennom biomaktbegrepet opptatt av å beskrive interaksjonen mellom maktstrukturer og individet, men uten å hevde at noen av dem er den primære i relasjonen (Mills 2003). Heller enn å se individer som stabile entiteter, så analyserer han de diskursive prosessene hvorigjennom kropper blir konstituerte (ibid.). Kroppen ses derfor som en historisk og kulturell spesifikk entitet, og blir sett, behandlet og erfart avhengig av den sosiale konteksten og den historiske epoken den befinner seg innenfor (ibid.). Foucault ser derfor kropper som foranderlige fordi de alltid vil bli erfart og mediert gjennom sosiale konstruksjoner av kroppen (ibid.).

Foucaults begrep om biomakt må forstås i sammenheng med hvordan kroppen har blitt regulert av autoriteter fra 1800-tallet og fremover (Mills 2003). Populasjoner har blitt observert, undersøkt og målt, og slik har kunnskap om populasjonen blitt akkumulert (ibid.). Eksempler på dette er overvåking av populasjonsvekst og kartlegging av befolkningens helse (ibid.). Foucault mener at forskning og politikk på denne måten har sammensmeltet ved at forskeres funn blir brukt politisk for å forbedre velferden til befolkningen (ibid.). Når det gjelder tematikken barnefedme, kan dette eksemplifiseres gjennom hvordan storskalaundersøkelser av barns høyde og vekt kan føre til folkehelseintervensjoner i regi av staten for å hindre økt vektutvikling i befolkningen. I foucaultiansk forstand kan slike intervensjoner forstås som disiplinerte regimer som kontrollerer befolkningen (Mills 2003).

Begrepet *pedagogikk* innen det biopedagogiske rammeverket har opphav i begrepet «kroppspedagogikk» (Wright 2009). Kroppspedagogikk blir definert som «any conscious activity taken by people, organisations or the state that are designed to enhance individuals' understandings of their own and others' corporeality» (Evans et

al. 2008: 17). Wright (2009) sier at biopedagogikk går utover begrepet kroppspedagogikk ved å hente inn Foucaults begrep om *biopower*, fordi biopedagogikk forstås som de disiplinære og regulative strategiene som muliggjør «the governing of bodies in the name of health and life» (Wright 2009: 2). Det er kombinasjonen av de to begrepene biomakt og kroppspedagogikk som til sammen skaper rammeverket for analysen av biopedagogiske praksiser (Wright 2009): På grunn av fedmeepidemien så produseres «sannheter» som skaper biopedagogiske praksiser (ibid.), eller det som også kan omtales som «en pedagogikk av bios» (Harwood 2009). Det er disse som kan identifiseres analytisk ved å bruke det biopedagogiske rammeverket (Wright 2009).

Rammeverket til biopedagogikk handler ikke om hvordan fedmeepidemien kan forstås som en sosial konstruksjon, selv om dette anses som et viktig sosiologisk bidrag (Wright 2009). I stedet er forskere innen rammeverket opptatt av hvordan *diskurser* assosiert med fedmeepidemien skaper overvåkning av folks kropper og sosiale meninger for hvordan individer skal forstå seg selv og andre (ibid.). Man søker å forstå hvordan «sannheter» knyttet til fedmeepidemien blir rekontekstualiserte innen ulike sosiale og kulturelle felt og påvirker forestillinger om folks kropper og hvordan man skal leve sine liv. Kroppen forstås slik som mer enn biologisk – den forstås som et sted hvor sosiale meninger blir innskrevet (ibid.).

Wright (2009) sier at man ikke kan forutse hvordan biopedagogiske praksiser og instruksjoner vil påvirke folk til å «jobbe» med seg selv, fordi dette vil være påvirket av for eksempel individers personlige erfaringer eller andre sosiale forestillinger som kan påvirke individers forestillinger om fedme og helse. Samtidig ligger det en innbakt forestilling i rammeverket om at kommunikasjonen av biopedagogiske instruksjoner og budskaper til barn vil skape «usunne strategier» for selv-monitorering av vekt og fysisk aktivitet:

«The effectiveness of the discourse is its capacity to engage the emotions of shame, guilt and fear, not only amongst those who are already defines as 'abject' or 'not normal' but for all in the fear that they might become so» (ibid.: 13).

For eksempel er det antatt at det kan føre til endringer i barns forståelse av lek fordi de kan utvikle et «hemmet» forhold til fysisk aktivitet, sine kropper og seg selv (se for eksempel Alexander et al. 2015, Powell og Fitzpatrick 2015), at barn kan utvikle en ubegrunnet frykt for andre familiemedlemmers helse eller ta for mye «ansvar» for familiens matinntak og fysiske aktivitet (se Burrows 2017) eller at de

utvikler spiseforstyrrelser (se LaMarre et al. 2017). Gjennom å bruke rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen og biopedagogikk utfordrer jeg i denne avhandlingen forestillingen om de beskrevne «farene» ved å kommunisere biopedagogiske instruksjoner og budskaper til barn. Inspirert av diskursanalyse og gjennom bruk av humor- og entifiseringsteori i artikkel 2 og 3, viser jeg hvordan barna var involvert i en prosess av medikalisering av sin tilstand og økende selvmonitorering, som syntes å gi barna mestringsstrategier og -verktøy. Dette var innsikt jeg oppnådde gjennom å analysere endringer i barnas språk. I det videre presenterer jeg hvordan jeg i disse analysene var inspirert av diskursanalyse.

2.3 Fokuset på barnas språk: inspirasjon fra diskursanalyse

I denne avhandlingens artikkel 2 og 3 analyserer jeg som sagt hvordan barna ble påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen ved å analysere endringer i barnas *språk*. Selv om jeg har brukt rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen, biopedagogiske perspektiver og entifiserings- og humorteori i mine analyser, så kan man i et metaperspektiv også si at jeg har vært inspirert av diskursanalyse. For eksempel har jeg forstått endringene i barnas språk (eller «diskurser») som ideer som representerer barnas «lived experiences of the world and the meanings they attach to those experiences from their own perspectives» (Alldred & Burman 2005: 175). Jeg har forstått barnas diskurser som «frameworks of meaning produced in language» (Alldred og Burman 2005: 178).

Det finnes et vidt spekter av definisjoner av begrepet diskurs innen academia (Mills 1997), og det kan også informere analyser av empirisk materiale på ulike måter (Alldred og Burman 2005). Innen samfunnsvitenskapelige tilnærminger brukes diskursanalyse oftest i forbindelse med transkribert intervjumateriale, men det kan også brukes for analyser av alle typer skriftlige tekster – også redegjørelser utledet av forskerens egne beskrivelser av kulturell praksis (ibid.). Innen den sosiale barne- og barndomsforskningen knyttes diskursanalyse til etnografiske metoder for å studere barn og barndom (Alldred 1998). Målet med å bruke diskursanalyse er da å gi barn en stemme ved å se dem som mer delaktige i produksjonen av sosiologisk kunnskap (ibid.). Årsaken er at etnografiske metoder plasserer subjektene egne perspektiver som sentrale i forskningstilnærmingen (ibid.). Dette bidrar til å forstå barn som aktive subjekter fordi man gjennom diskursanalyse anerkjenner at barn (og mennesker generelt) har distinkte perspektiver om verden (ibid.).

Selv om det finnes mange definisjoner av diskurs (Mills 1997), har jeg i min forskning vært inspirert av Foucaults utlegninger om diskurs og biomakt¹⁰. I Foucault-inspirerte diskursanalyser er det tradisjon for å kartlegge hvordan diskurser relaterer seg til institusjoner, makt og ideologi (Parker 1992). Ifølge Foucault opererer makt gjennom språk (Alldred og Burman 2005). Forskere kan derfor undersøke måter for hvordan diskursive praksiser «arbeider» på folk ideologisk sett (ibid.). Analyser av diskurser kan for eksempel gi oss innsikt i hvilke maktrelasjoner som er strukturert i og reproducerer spesielle diskursive praksiser (ibid.). Når det gjelder å forske på barn som helseaktører, kan man for eksempel gjennom diskursanalyse fortolke hvordan noen subjektposisjoner har mer makt enn andre (ibid.). Dette kan kartlegges gjennom å se på menneskers (barn og voksne) sosiale og institusjonelle posisjonering, og hvor alder og generasjonshierarki kan anses som viktige begrensende dimensjoner (ibid.). På denne måten kan vi utforme analyser som forbinder mikronivå (lokale meningsstrukturer) til makronivå (de bredere sosiale forhold og meninger) (ibid.). I min forskning vil dette for eksempel være kartleggingen av endringer i barnas språk og hvordan dette var påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen (mikronivå), og hvordan diskurser om barn og barndom innen pediatrien som barnemedisinsk vitenskap (makronivå) påvirket utformingen av rehabiliteringstilbudet.

Det bør nevnes at Foucault ikke har presentert en klar definisjon av begrepet diskurs. Han sier at han behandler diskurs «...sometimes as the general domain of all statements, sometimes as an individualized group of statements, and sometimes as a regulated practice that accounts for a number of statements» (Foucault 1972: 80). Med «the general domain of all statements» mener han ytringer eller tekst som har mening som regnes som en diskurs dersom de har effekt i den virkelige verden (Mills 1997). Dette er en bred definisjon av diskurs som Foucault brukte i sine tidligere arbeider når han diskuterte konseptet på teoretisk nivå (ibid.). Med «an individualized group of statements» snakket Foucault om de spesielle strukturene man finner innenfor en diskurs, altså grupper av ytringer som syntes å være regulert på en eller annen måte og ha en «sammenheng» og «kraft» til felles (ibid.). Eksempler på dette kan være feministiske diskurser, imperialistiske diskurser (ibid.) – eller som i mitt

¹⁰ Dette har også sammenheng med mine tre analysenivå som jeg bruker i min avhandling og som tidligere er beskrevet i dette kapittelet: 1) å situere barn innenfor helsepolitikk, 2) å studere faktiske praksiser som omhandler barnas helse og velvære gjennom å ta utgangspunkt i foreldrenes, barnas og de profesjonelles interaksjoner, og 3) å forsøke å forstå hvordan barn er helseaktører gjennom å legge vekt på barnas levde erfaringer (Brady et al. 2015).

tilfelle: biopedagogiske diskurser eller identifiserbare spøktema. Når Foucault snakker om diskurs som «a regulated practice that which accounts for a number of statements», så handler dette mer om reglene og strukturene som styrer spesielle ytringer eller tekster (Mills 1997). Man er da mindre interessert i de faktiske ytringene som presenteres, men er opptatt av den regelstyrte naturen til diskurs (ibid.)

Ifølge Mills (1997) er en av de mest produktive måtene å tenke om diskurs på som «practices that systematically form the objects of which they speak» (Foucault 1972: 49). Dette innebærer å se diskurs som en ytring, et konsept eller en effekt heller enn noe som eksisterer «i og for seg selv», og som skal analyseres i isolasjon. Mills (1997) sier at man kan oppdage en diskursiv struktur gjennom hvordan ideer, meninger, konsepter, tankemåter og atferd blir systematisert og formet innenfor en spesiell kontekst. Dette har jeg gjort i både artikkel 2 og artikkel 3, hvor jeg bruker det biopedagogiske rammeverket, entifiseringsteori (artikkel 2) og humorteori (artikkel 3). Alle disse teoriene er opptatt av «språk» i sine tilnærminger. Foucault forstår makt som noe som sprer seg gjennom sosiale relasjoner og produserer mulige former for atferd så vel som å begrense atferd (ibid.). Dette er en produktiv modell av makt hvor makt anses å produsere former for subjektivitet og atferd (ibid.) I et barndomsforskningsperspektiv kan man si at en slik forståelse av diskurs både muliggjør å se barn som sosiale agenter samtidig som man kan lokalisere dem innenfor intergenerasjonelle relasjoner og som en minoritetskategori (i relasjon til voksne) i samfunnet. Slik har jeg også analysert mitt empiriske materiale i denne avhandlingen.

2.4 Forskning på overvekt og fedme innen den sosiale barne- og barndomsforskningen

Innen sosiologien har man mange ulike inngangsporter til tematikken fedme. Eksempler på dette er forskning i forhold til fedme og mat, kroppen og selvet (e.g. Lupton 1996), fedme og sosioøkonomisk status (e.g. Fu og George 2015) eller kjønn og utdanning (e.g. Crosnoe 2007), stigmatisering av personer med fedme (e.g. Lupton 2018) og hvordan fedme fremstilles i media (e.g. Karin og Ulijaszek 2014). Hva gjelder den sosiale barne- og barndomsforskningen, så finnes det en del forskning i forhold til barn og matkonsum (e.g. James et al. 2009, Carrigan 2006, Buckingham 2011, Albon 2015): Det finnes forskning som har undersøkt mat i et generasjonsperspektiv (e.g. James et al 2009), samt mat som et verktøy for å uttrykke identitet (e.g. Valentine 1999) eller som en måte å utøve motstand på (e.g. Grieshaber

1997). Ellers finnes en del studier av barns matpraksiser hvor makt og kontroll har vært undersøkelsesfokus. Disse studiene har som regel blitt utført på institusjoner slik som barnehager (e.g. Alcock 2007), skoler (e.g. Gustafsson 2002, Pike 2008) eller barnehjem (e.g. McIntosh et al. 2009). En finner også forskning på fedme i forhold til media som «risikofaktor» for utvikling av fedme (e.g. Kline 2005), hvordan barn fungerer som agenter for familien hva gjelder matinntak og fysisk aktivitet (e.g. Gadhoke et al. 2015), og undersøkelser av barns perspektiver om mat og fysisk aktivitet (Staab et al. 2016). Det har også vært studier av barns forståelser for kroppsform, selvet og «normalitet» (e.g. Martin 2015). Selv om denne listen ikke er uttømmende, så befinner forskningen seg innenfor tradisjonen til den sosiale barne- og barndomsforskningens ved å forstå barndom som sosiale konstruksjoner og barn som sosiale agenter med muligheten til å påvirke sitt liv (James et al. 2009).

Innenfor den sosiale barne- og barndomsforskningen er det ikke tidligere gjennomført studier av barn som mottar pediatrik fedmebehandling hvor det er brukt deltagende observasjon for innsamling av data og hvor hovedfokus har vært på å undersøke barnas helseatferd og hvordan de påvirkes av behandlingen. Det er imidlertid gjennomført en norsk kvalitativ studie av barn med fedme som deltar i pediatrik fedmebehandling (Wathne 2014), og som har fokusert på barnas perspektiver av å leve med en stor kropp. Her ble deltagende observasjon delvis brukt, men da utenfor helsesettingen. Studien var imidlertid ikke fundert i rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen. Generelt er det mangel på kvalitative studier av barn under 12 år som deltar i livsstilsprogrammer og som tar høyde for barnas perspektiver (Schalkwijk et al. 2015). I en stor systematisk review av kvalitative studier gjort innenfor tematikken barn og unge med fedme, så etterlyses det nettopp flere kvalitative studier for å få øke kunnskapen om barn med fedmes opplevelser (Lachal et al. 2013). I følge Schalkwijk et al. 2015, så finnes det det noen studier som har undersøkt ungdommers barrierer for å oppnå atferdsendring og delta i livsstilsprogrammer (Alm et al. 2008, Smith et al. 2014, Brennan et al. 2012, Lachal et al. 2013), samt studier av foreldrenes synspunkter om dette (e.g. Sonnevile et al. 2009, Cason-Wilkerson 2015). Disse studiene har imidlertid ikke undersøkt foreldrenes eller barnas forventninger til deltagelse i livsstilsprogram (Schalkwijk et al. 2015), og heller ikke hvordan barna ble påvirket av deltagelse.

En ting man vet fra kvalitativ forskning på barn med fedme som tar høyde for barns perspektiver, er at slike barn er klar over at de har store kropper (e.g. Wills et al.

2006). En studie av ungdom har også vist at de tar i bruk diskurser om fedme som eksisterer i samfunnet¹¹ (e.g. Gonçalves et al 2012). Gonçalves et al (2012) fant at ungdom brukte terminologi som «metabolisme», «karbohydrater», «kalorier» og «BMI» når de snakket om overvekt, fedme og fett. Slike termer ble tidligere brukt av helsepersonell, men brukes i dag i media og andre kommunikasjonskanaler, noe ungdommene hadde plukket opp og begynte å bruke i sitt vokabular (Gonçalves et al. 2012). Det skal sies at ungdom som regel har et mer avansert språk enn yngre barn, som er fokus i min studie. Likevel så viser min forskning at også yngre barn (fra 6-12 år) kan ta til seg biopedagogiske diskurser om mat, fysisk aktivitet og tilstanden fedme. Forskningen min viser også at de begynner å bruke sin nye kunnskap om mat, fysisk aktivitet og tilstanden fedme aktivt for å mestre sin tilstand. Denne transformasjonen som barna går igjennom blir nærmere beskrevet i kapittel 4. Før dette beskriver jeg min forskningsdesign og metoder brukt for innsamling og analyse av empiriske data.

¹¹ Jeg har ikke funnet en tilsvarende studie på barn.

Kapittel 3: Forskningsdesign og metode: metodologiske refleksjoner

I dette kapittelet gjør jeg rede for mine metodologiske refleksjoner, metodiske valg og hvordan jeg analyserte mine data. Jeg gjør også rede for mine etiske vurderinger. I tillegg presenterer jeg her en del empirisk materiale. Målet er å synliggjøre hvordan jeg gjennomførte forskningen og kom frem til de forskningsresultatene som presenteres i denne avhandlingen.

3.1 Om utvalget

I hovedstudien observerte jeg til sammen 32 familier og to ulike rehabiliteringsteam. Av disse fulgte jeg 8 barn med deres familier over en periode på nesten to år. Jeg gjennomførte også forstudier i to ulike behandlings/- og rehabiliteringsopplegg for å designe min metodiske tilnærming. Her deltok totalt 26 barn med fedme og deres familier. Utvalget av barn og familier var både i forstudien og hovedstudien foretatt av ansvarligshavende for de respektive randomiserte studiene jeg gjennomførte min forskning i. Den randomiserte studien er detaljert beskrevet i kapittel 1, side 7-10.

3.1.1 Om familiene og barna

Familiene som deltok i den randomiserte studien kom fra flere samfunnslag. Noen foreldre hadde kun grunnskole og videregående, mens andre hadde utdanning fra høyskole- og universitetet. Flere av foreldrene hadde søkt etter hjelp i lang tid, men ikke klart å finne et godt tilbud i regi av helsetjenesten før de kom over den randomiserte studien. Studien hadde de fått kjennskap til gjennom media eller via fastlege eller helsesøster. De fleste foreldrene som deltok var gifte eller samboere, men det var også noen skilte par. Av sistnevnte så var enten én forelder eller begge til stede under alle oppholdene. De fleste familiene hadde mer enn ett barn. Den vanligste familiesammensetningen var to foreldre og to barn, men det fantes noen få familier med tre barn. De fleste familiene var av etnisk norsk opprinnelse, men det deltok også noen få familier som var andre - eller tredjegerasjons innvandrere. Det var nærmest ingen familier som deltok hvor alle i familien slet med høy vekt. Oftest var det én av foreldrene som hadde utviklet fedme¹², og ett av barna. Som regel hadde barna med fedme ett eller flere søsken som var normalvektige, og disse var også til stede på alle oppholdene. Siden den randomiserte studien var et samarbeid mellom helse Sør-Øst og helse Midt-Norge, dro familiene til det rehabiliteringssenteret som befant seg i sin helseregion.

¹² Et inkluderingskriterium for å delta i studien var at minst én av foreldrene skulle ha fedme.

Det var en jevn fordeling kjønnsmessig blant barna med fedme som deltok i rehabiliteringen. Aldersmessig befant de seg mellom 6 og 12 år. Mange barn, men ikke alle, slet sosialt på skolen, og flere hadde ingen eller få venner. Både på grunn av foreldrenes og barnas beretninger og samtaler med meg og hverandre, fikk jeg innsikt i hvordan noen barn isolerte seg sosialt sett både på skolen og hjemme, og at flere ikke deltok i noen organiserte fritidsaktiviteter. De aller fleste hadde et anstrengt forhold til fysisk aktivitet, også fysisk aktivitet i regi av skolen. Dette gjaldt særlig gymtimene, hvor de ikke klarte å "henge med". Flere ble også utsatt for ustrakt mobbing på grunn av sin høye vekt, og denne mobbingen kunne være både fysisk og psykisk, og den kunne være av alvorlig art. Det var imidlertid noen få barn som kan beskrives som såkalt "velfungerende", i den forstand at de ikke slet med sosiale relasjoner hjemme og at de klarte å delta i lek og fysiske aktiviteter i dagliglivet på tilnærmet lik linje med andre normalvektige barn. Felles for disse var at de syntes å ha bedre kroppskontroll og takle fysisk aktivitet bedre, til tross for sine store kropper. Det var også noen få barn som virket å være det som kan omtales som "spiseforstyrret". Det som kjennetegnet disse var at de var ekstremt opptatt av mat. De kunne gjemme mat eller godteri fra foreldrene på rommet sitt, og de "tenkte på mat hele tiden" i følge foreldrene. Et eksempel på et slikt barn var da vi var på sommerleir og skulle kjøre til en seter i buss, hvorpå vi kjørte forbi noen kuer på et jorde. Barnet som satt ved siden av meg utbrøt da: "Mmmmm, nam! Melk!"

3.2 Etikk

Etiske betraktninger om anonymisering av deltakernes anonymitet er presentert i kapittel 1, side 4-5.

3.3 Samtykke

Helseforskning i Norge krever et rigid forskningsdesign, mye på grunn av Norges strenge personvernlovgivning. Dette gjelder blant annet for innhenting av samtykke fra barn om deltagelse i forskning. Innen norsk helsefaglig forskning er det en generell norm at barn og ungdom under 18 år skal anses som sårbare for innhenting av informert samtykke¹³.

¹³ I lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV 2008-06-20 nr. 44) heter det at myndige personer har rett til å samtykke i medisinsk og helsefaglig forskning. Mindreårige etter fylte 16 år har også rett til samtykke med mindre forskningen innebærer legemsingrep eller legemiddelutprøving.

Prosjektet mitt er meldt, evaluert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg 1, side 118). Før prosjektstart søkte jeg også tilråding fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk (se vedlegg 2, side 120). Prosjektet ble vurdert som ikke meldepliktig fordi det ikke ble ansett å komme inn under regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

I samråd med prosjektleder for den randomiserte studien utformet jeg informasjons- og samtykkeskjema om mitt forskningsprosjekt til foreldrene (se vedlegg 3, side 122 og vedlegg 4, side 124). Jeg tok høyde for at det kunne bli aktuelt å innhente helseopplysninger som kunne knyttes til enkeltpersoner, og innsamlet samtykke fra foreldrene i de tilfellene jeg tenkte dette kunne bli aktuelt på et senere tidspunkt. Alle mine feltnotater er anonymisert i etterkant av feltarbeid. Kun kjønn, alder og familiesammensetning er nedtegnet. I samråd med teamansvarlige og prosjektansvarlige sørget jeg for at både voksne og barn var informert om studien, og at de når som helst kunne trekke seg fra deltagelse. Jeg oppfordret også alle, og spesielt barna, til å spørre meg om ytterligere informasjon om prosjektet eller andre ting de måtte lure på om min tilstedeværelse, og jeg forsøkte å presentere prosjektet mitt på en barnevennlig og informativ måte. Jeg prøvde også å minne barna på at jeg var forsker i ulike stadier av datainnsamlingsperioden.

Som nevnt er det i henhold til norsk helsefaglig lovgivning vanlig å hente inn skriftlig samtykke fra *foreldre* for helsefaglig forskning, men ikke fra barn. Balen et al. (2006) og Coyne et al. (2009) har pekt på dilemmaer rundt innhenting av samtykke i helseforskningsprosjekter hvor barn er involvert. Å ikke se barn som samtykkekompetente står i kontrast til den økende trenden innen den sosiale barne- og barndomsforskningen, som vektlegger nettopp viktigheten av innhenting av barns samtykke fordi man ser barn som aktive agenter og i stand til å gjøre opp sin egen mening om deltagelse i forskning (Balen et al. 2006). At det ikke er vanlig å hente inn samtykke fra barn som deltar i helseforskningsprosjekter, kan handle om hvordan barn forstås i slike sammenhenger – som avhengige av sine foreldre og med behov for beskyttelse, at de ses som «human becomings» (ibid.). I mitt prosjekt har jeg vært nødt til å forholde meg til norsk lov, men forsøkt å gi barna medvirkning i samtykke ved å selv gi muntlig informasjon om prosjektet i plenum, oppfordre foreldrene til å lese informasjonsskrivet sammen med sine barn og understreke muntlig til barna at de når som helst kunne stille meg spørsmål og si nei til deltagelse.

Alle personsensitive data (underskrevne samtykkeskjema) har vært lagret forsvarlig og innelåst på universitetet.

3.4 Forskningsdesign og metode

Mitt prosjekt var uavhengig av den medisinske randomiserte studien. Dette ga noen begrensninger i valg av metoder for innsamling av empiriske data. Metoder som ofte benyttes i den sosiale barne- og barndomsforskningen, og som involverer barn selv i forskningen, ble ikke brukt (Moss et al. 2005). Med dette mener jeg metoder hvor forskeren legger til rette for at barn tar fotografier, lager kart, fremfører rollespill, tegner, lager diagrammer, skriver dagbøker eller liknende, men en påfølgende diskusjon som har mål om å skape refleksjon og innsikt i ett eller flere tema (Clark 2005). Slike metoder ble vanskelige å bruke fordi prosjektlederen for den randomiserte studien mente metodene potensielt kunne oppleves av barna som intervensjonsmetoder for livsstilsendring og dermed påvirke resultatene i den randomiserte studien. I tillegg ble metodene ansett for å gå på tvers av forskningsprotokollens beskrivelse av hvordan man skulle, eller ikke skulle, involvere barna i livsstilsendingsprosessen. I dialog med prosjektlederen for studien endte jeg derfor opp med i hovedsak å bruke den etnografiske metoden deltagende observasjon. Som vi skal se, benyttet jeg meg av ulike teknikker innenfor denne etnografiske metoden for å entre barnas, foreldrenes og teamenes verdener. Jeg forsøkte som nevnt i denne avhandlingens teorikapittel å oppnå bred forståelse gjennom å *posisjonere* meg ulikt i ulike stadier og situasjoner i løpet av feltarbeidet, ikke bare med barna, men også med foreldrene og rehabiliteringsteam. Hvordan jeg gikk frem metodisk for å gjøre nettopp dette og hvilke innsikter dette skapte, blir beskrevet i løpet av dette kapittelet. Først vil jeg gi en teoretisk innføring i metoden etnografisk deltagende observasjon i tilknytning til rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen siden dette er metoden jeg brukte for innsamling av empiriske data. Dette knyttes så til en vitenskapsteoretisk diskusjon. Deretter beskriver jeg forstudiene jeg gjorde og hvordan det påvirket utviklingen av min metodiske design, for så å greie ut om min metodiske tilnærming under hovedfeltarbeidet.

3.4.1 Om metoden deltagende observasjon og den sosiale barne- og barndomssosiologien og vitenskapsteoretisk diskusjon

Innen den sosiale barne- og barndomsforskningen er det vanlig å bruke etnografiske metoder for å studere barn og barndom (Prout og James 1997). Etnografisk forskning

blir ofte assosiert med den sosialantropologiske metoden deltagende observasjon (Alvesson og Sköldberg 2000) og er en metode som brukes i studier av småskala-samfunn eller relativt små grupper av mennesker hvor man søker å forstå hvordan aktørene ser sin verden og organiserer sitt dagligliv (Helman 2007). Man tar ofte direkte del i aktørenes handlinger (Mandell 1991). Målet er å oppdage, så langt det lar seg gjøre, aktørenes perspektiv og få forståelse for hvordan deres verdener ser ut og forstås (Helman 2007). Både lengre og kortere perioder med dypdykk i lokalsamfunn (såkalt feltarbeid) kan betegnes som etnografiske studier (Alvesson og Sköldberg 2000, Helman 2007).

Det mest sentrale målet med etnografisk metode er å oppnå et innsideperspektiv (Corsaro og Molinari 2008), og man bruker ofte en rekke ulike kvalitative forskningsteknikker fra enkel observasjon til full deltagelse i aktørenes hverdagsliv, og fra ustrukturerte intervjuer til uformelle samtaler med informanter (James 2001). Etnografi representerer dermed ikke en klar og koherent metodologi, men det er en generell forskningsorientering som kan ta ulike former (Alvesson og Sköldberg 2000). Studier av konseptuelle fenomener som ideer, tankemåter, symboler, atferdsmessige mønstre og (delt) mening vektlegges (ibid.).

Barndomsforskeren Allison James (2001) definerer etnografi som forskeres fortolkende handlinger av empiriske tykke beskrivelser. Hun bygger slik på antropologen Clifford Geertz' definisjon av etnografi. Slike beskrivelser utvikles langsomt ved at man dykker ned i livene til de man forsøker å forstå, over en lang tidsperiode, og ved at man deltar i vidt ulike sosiale kontekster. James sier at bruk av etnografisk metode innenfor den sosiale barne- og barndomsforskningen «[...] expressly facilitates the desire to engage with children's own views and enables their views and ideas to be rendered accessible to adults as well as to other children» (ibid.: 247). Her knytter hun forskningsmetodikken til barns rettigheter, siden hun vektlegger forskerens ansvar for at barns stemmer skal tilgjengeliggjøres for andre – altså at barns stemmer skal «høres». Lytteperspektivet står her sentralt. I stedet for å se barn som forskningsobjekter, påpeker hun tradisjonen med å forske *med* heller enn *på* barn. Hun sier at barn bør studeres «in their own right», og man skal anerkjenne at barn er kompetente fortolkere av deres sosiale verden. Fokus er ofte på utforskning av barns dagligliv og at man forsøker å forstå hva «kategorien barn» inneholder, ved å søke forståelse for barns handlemuligheter i relasjon til deres oppvekstbetingelser og

mellommenneskelige relasjoner (Gulløv 2003). Langvarige feltarbeid anses som en god strategi for å oppnå slik innsikt (ibid.).

I etnografisk forskning med barn hvor man bruker deltagende observasjon, forsøker man altså å representere barns verden ved å ta del i nær sosial interaksjon med informantene over lengre tid. Når man bruker deltagende observasjon lar man ofte barns deltagelse oppstå naturlig ut fra det. Her setter i prinsippet ikke forskeren rammer for hvordan barn skal delta. For eksempel bruker barndomsforskeren William Corsaro (2003, 2006) det han kaller for en «reaktiv strategi» for å få tilgang til felten i forskning med barn, som vil si at han gjør seg tilgjengelig på steder som vanligvis er definert for barn (for eksempel lekeplassen i skolegården). Her venter han på at barn skal reagere på ham i stedet for selv å ta initiativ til kontakt. Målet er å bli akseptert som en «atypisk voksen» av barna, altså som en spesiell venn som ikke forteller barn hva de skal gjøre, eller som forsøker å kontrollere deres atferd. Et kjennetegn ved metoden er altså at man legger til side en voksens autoritet. Dette sier Corsaro er utypisk voksen atferd fordi voksne som regel er mer aktive i deres relasjon med barn ved å stille spørsmål, gi råd eller hjelpe til med å løse disputer mellom barn. Som vi skal se er dette en teknikk jeg også var inspirert av under feltarbeidet i min tilnærming til barna.

I den sosiale barne- og barndomsforskningen har Nancy Mandell (1991) beskrevet flere typer *rollekonfigurasjoner* tilknyttet metoden deltagende observasjon som man kan innta i forskning med barn, og som hun påstår har sammenheng med forskerens epistemologiske forståelse av barn. Hvis forskere ser barns og voksnes verden som så ulike sosialt, intellektuelt og kulturelt sett at de bare kan innta en rolle som *avsondret observatør*, mener hun det ligger et «voksen-etnosentrisk» syn bak valg av rolle fordi barn konseptualiseres som sosialt inkompetente, intellektuelt umodne og kulturelt uvitende. Barns og voksnes verden blir her forstått som så annerledes at voksne bare kan forske på barn på en objektiv måte. Hun hevder at dette er rollekonfigurasjoner man finner innenfor mer deterministiske studier av barn, og da spesielt innenfor psykologi. Jeg er uenig i Mandells påstand fordi jeg mener man absolutt kan observere barn som avsondret observatør uten å se barn som sosialt inkompetente hvis man har legger vekt på barns perspektiver. Spesielt er dette mulig dersom man kombinerer rollen med andre mer deltagende rollekonfigurasjoner. På generelt grunnlag vil jeg påstå at det i visse kontekster vil være mer naturlig for en forsker å innta en rolle som avsondret observatør heller enn å være deltagende. Det

essensielle er i stedet hvordan en forsker *posisjonerer sin oppmerksomhet* under datainnsamlingen – på barns perspektiver, på å oppdage de bakenforliggende kulturelle meningsbærende forestillingene som er i sving, og hvordan disse påvirker kontekst, handling og forståelse(r) av barn og barndom. Selv inntok jeg rollen som observatør i de sammenhengene og situasjonene jeg syntes det var naturlig i løpet av feltarbeidet – for eksempel i gruppekonsultasjoner, familiesamtaler eller i undervisningssituasjoner, og fikk store mengder viktig empirisk materiale på denne måten.

En annen rollekonfigurasjon Mandell (1991) sier man kan innta, er *den semideltagende rollen*. Denne sier hun legger vekt på likhetene, og ikke ulikhetene, mellom voksne og barn. Det betyr at man for eksempel kan ta på seg rollen som en voksendevenn, som er den mest vanlige, men også rollen som veileder, leder eller observatør nevnes. Mandell sier at det bak en slik rollekonfigurasjon ligger et syn om at voksne ikke kan bevege seg ubemerket i barns samfunn. Målet er å minimere ulikhetene mellom voksne og barn. Selv brukte jeg en rollekonfigurasjon hvor jeg forsøkte å legge fra meg voksen autoritet, men jeg oppførte meg aldri som veileder, leder eller voksendevenn mens jeg posisjonerte meg med barna. Årsaken er at en slik rolleutøvelse lå for nær rehabiliteringsteamets egne pedagogiske rollekonfigurasjoner. Imidlertid brukte jeg i utstrakt grad en rollekonfigurasjon som Mandell (1991) beskriver som «*the least adult role*» – en metode for å få tilgang til barns sosiale liv gjennom å delta i deres hverdagslige aktiviteter ved å opptre som «minst mulig voksen». Hun omtaler en slik rollekonfigurasjon som *involvert deltagende observatør*. Mandell mener at forskere som inntar denne rollekonfigurasjonen, vil hevde at alle aspekter ved det å være voksen, bortsett fra fysisk ulikhet, kan settes til side, og at man slik kan entre barns verden som et fullt ut aktivt deltagende medlem. Hun sier at det ligger en iboende antagelse i denne rollekonfigurasjonen om at ulikhetene mellom voksne og barn er mer ideologiske enn faktiske. Forskere vil også her forsøke å underordne seg autoriteten til andre voksne omsorgspersoner (Mandell 1991).

Det er hevdet at rollekonfigurasjonen *the least adult* kan virke utjevne, men ikke oppløsende, for maktrelasjonen som eksisterer mellom voksne og barn (Warming 2005). Rollekonfigurasjonen impliserer heller at det er rom for forhandling om ens voksenrolle (Warming 2005, Mandell 1991). Mandell (1991) mener for eksempel at metoden kan føre til at barn etter hvert blir vant til å se deg som en ikke-autoritativ deltager. Interaksjonsformen anses som mest hensiktsmessig å bruke ved

mer langvarige feltarbeid, fordi det kan ta tid for barn å bli vant til en annerledes måte å omgås en voksen på (Fine & Sandstrom 1988). *The least adult role* er fundert i etikken om å lytte til barn, og da både hva barn sier verbalt, og hva de uttrykker gjennom kroppsspråk (Warming 2005). Forestillingen er at rollekonfigurasjonen kan lære en om barns kulturer på en annen måte og gjøre forskere i stand til å stille bedre spørsmål så vel som fortolke hva barn sier og gjør¹⁴ (Warming 2005).

Den sosiale barne- og barndomsforskningen har tradisjon for å avsondre barn fra voksne i forskning, og dette har opphav i fagets egenart og historie (Gallacher og Gallacher 2008). Fagretningen oppstod som en reaksjon på forskning som så barndom som underordnet «voksedom» (ibid.), og forsøkte å adressere synet på barn som utviklingsmessige og biologiske «becomings» ved i stedet å se dem som «beings» – som kompetente sosiale aktører som fortolker og skaper sine livsverdener (Mannion 2007). Dette har gitt et analytisk rammeverk for deltagelsesforskning innen den sosiale barne- og barndomsforskningen, hvor barn ofte har blitt marginalisert eller ekskludert fra voksne og voksnes strukturer (ibid.). Innen den sosiale barne- og barndomsforskningen omtales dette ofte som «the tribal child»-tilnærmingen (Punch 2003). Et typisk kjennetegn er at forskere konsentrerer seg om barns kulturer og relasjoner innenfor barnesentrerte kontekster (som for eksempel en lekeplass) (Punch 2003). Barns verdener anses også som annerledes enn voksnes, og forskere er opptatt av å avdekke ritualer og regler som eksisterer i barnas kulturelle verdener (ibid.)

Fra et *vitenskapsteoretisk* ståsted kan den metodiske tilnærmingen innen den sosiale barne- og barndomsforskningen knyttes til standpunktepistemologi, som defineres som «...the argument that some social positions can produce a more adequate form of knowledge than others» (Benton og Craib 2011, s. 237). I likhet med standpunktepistemologien er grunnpilaren i den sosiale barne- og barndomsforskningen at det er barn selv som har best kunnskap om det å være barn, og at vi forskere kan bruke ulike barnevennlige forskningsmetoder for å få tilgang til barns perspektiver (Wells 2009).

Standpunktmetodologi har opphav i marxistisk tenkning og oppsto i 1970- og 80-årene som en feministisk kritisk teori om relasjoner mellom produksjonen av kunnskap og makt (Harding 2004). Harding beskriver at standpunktteorien ikke bare skulle være en forklaringsteori, men også en foreskrivende metode eller metodologi

¹⁴ Andre sosiale barne- og barndomsforskere vil hevde at en semideltagende rolle også er fundert i etikken om å lytte til barn, for eksempel Christensen (2004).

for å veilede videre feministisk forskning. Hun sier den ble utviklet for å gi større makt til undertrykte grupper, skape bevisstgjøring rundt ulikhet og urettferdighet og slik skape rom og mulighet for opposisjon for marginaliserte grupper. Standpunktteorien ble også presentert som en filosofi innen både natur- og samfunnsvitenskapene, som en politisk strategi, epistemologi og metodologi. Harding påpeker at dette er områder som vanligvis holder atskilt fra hverandre i forskning.

Den sosiale barne- og barndomsforskningen innehar grunnleggende trekk fra standpunktteori og -metode (Alanen 2001, Mayall 2002). Tradisjonen med «å lytte til barn» er innskrevet i en rettighetsdiskurs som konstruerer barn som kompetente sosiale aktører med rett til å bli lyttet til, og barn skal kunne ytre sine meninger i ting som påvirker deres liv (Kjørholt et al. 2005). Denne forestillingen/etikken er også bestemmende for hvordan barnet posisjoneres og forstås innen faget. Barndomsforskeren Allison James (2007: 262) sier at:

[...] parallelling the intellectual history of feminism and women's studies, childhood research must now begin to engage more directly with the core issues of social theory to unleash the political and intellectual promise of positioning children as social actors».

Med andre ord mener James (2007) at barneforskere ikke bare skal posisjonere barn som sosiale aktører av intellektuelle årsaker, men også av politiske. Linken mellom barneforskning og politikk er her tydelig uttalt. Ifølge James (ibid.) bør barneforskere ha mål om å snakke «på vegne av barn» for å bedre barns posisjon i samfunnet. Dette samme argumentet finner vi i standpunktteorien, som tar utgangspunkt i forestillingen om at noen typer politikk (som for eksempel kvinnesak) vil guide og stimulere til kunnskapsvekst (Harding 2004).

Å se barn som kompetente «kommunikatorer» i den sosiale barne- og barndomsforskningen krever at forskere selv må jobbe med hvordan man tilnærmer seg barn (Clark 2005). Favoriserte barnevennlige metoder og rollekonfigurasjoner som brukes innen retningen er som sagt grunnlagt i etikken om å lytte til barn. Samtidig hevdes det at forskningen kan/skal ha politiske implikasjoner (James 2007). Slik sett kan den sosiale barne- og barndomsforskningen ses som et ideologisk, normativt prosjekt med mål om å redusere urettferdighet og bedre barns stilling(er) i samfunnet. Forskere innen den sosiale barne- og barndomsforskningen bør derfor være spesielt refleksive for om vi klarer å lytte til «hele» barnet, særlig fordi man innen faget kan ha tendens til å avsondre barn fra voksnes verden og bruke

voksendesignede metoder for å sikre barns medvirkning i forskning. Er det i stedet slik at vi risikerer å konstruere og presentere barn og barns perspektiver stykkevis og delt? Hvis man ser på de regjerende methodediskusjonene i faget, synes de å være mer opptatt av *ulikheten i status* mellom voksne og barn, og hvordan dette potensielt kan påvirke forskningen (Kjørholt et al. 2005). Det anses altså som viktig å vurdere *maktforholdet* mellom forsker og den som blir forsket på (Woodhead og Faulkner 2000, Moss et al. 2005). Dette er selvsagt viktig å reflektere over, men mange forskere innen den sosiale barne- og barndomsforskningen synes å være ukritiske til hvordan barn er deltagende i forskningsprosessen (Gallacher og Gallagher 2008). Barns deltagelse ses i stedet som frigjørende og demokratisk på grunn av en innbakt forestilling i faget om at deltagelse handler om å respektere barn «in their own right» (ibid.). Denne forestillingen hevder Gallacher og Gallagher (ibid.) skaper noen metodologiske problemer: For det første er det en iboende antagelse om at det er barn selv som er eksperter på sine liv. Premisset er at identitet (som barn) produserer en form for kunnskap, slik at barn derfor er bedre plassert til å forstå barndom enn voksne. Dette er et typisk standpunkt epistemologisk argument. For det andre kan det hevdes at det er *voksne* som bemyndiggjør barn ved å bruke voksendesignede metoder for barns deltagelse i forskning. Metodene og forskningen bør også ses som nær forbundet med voksnes forestillinger om barn, slik som at vi ønsker å «forbedre» barna – prøve å regulere deres atferd og på denne måten produsere ideelle innbyggere for fremtiden. Hvis dette er tilfellet, så er å oppfordre barn til å delta i forskning for å skape kunnskap om seg selv også å oppfordre dem til å ta del i prosessen som brukes for å regulere dem. Da vil man også risikere å forstå barn som «adults-in-the-making» (ibid.).

Moss et al. (2005) peker på noe av det samme som Gallacher og Gallagher (2008) når de sier at en risiko ved å lytte er at lytting i seg selv kan bli et middel for støtte heller enn å bryte ned eller klare å motstå makt. Å lytte kan for eksempel bli brukt som en politisk taktikk eller for å skjule faktiske maktrelasjoner. Det kan også brukes som et verktøy for å styre oppmerksomheten bort fra noe og lede oppmerksomheten mot noe annet. Spørsmålet er da hvordan grensene er satt opp for hvor man lytter innenfor, og hva som ikke blir snakket om eller ikke lyttet til. De peker også på hvordan å lytte kan brukes som et middel for å beskytte barnet effektivt og slik bringe barnet inn under et enda mer konstant «voksent blikk» ved at man skjuler seg bak en barnesentrert maske og forfekte barns rettigheter.

Kjørholt et al. (2005) peker på vektleggingen av barn som «human beings» som eksisterer i den sosiale barne- og barndomsforskningen, og hvordan denne konstruksjonen impliserer at man metodisk skal se barn som kompetente sosiale aktører på lik linje med voksne. I den andre enden finner man synet på barn som «human becomings», der man peker på hvordan barn blir forstått i lys av at de er ukomplette, sårbare, avhengige og har omsorgsbehov. Forfatterne mener at det finnes et alternativt syn til denne dikotome konstruksjonen, altså å se barn som enten autonome og kompetente eller som sårbare og avhengige – nemlig at menneskelig verdi kan ha røtter i nettopp omsorg, gjensidig avhengighet og felles behov. Man trenger ikke plassere barn i slike dikotome subjektkonstruksjoner som beskrevet ovenfor – det er ikke nødvendig å se barn som enten avhengige eller uavhengige, umodne/modne, sårbare/kompetente eller ulike/like voksne. Hvis man bryter med slike dikotomiske forestillinger, vil det å lytte til barn mer handle om å bevege seg mellom barns posisjoner som både avhengige og uavhengige. Da vil man fokusere mer på barns interaksjon og inkludere et fokus på barns «unspoken words». (ibid.)

Kjørholt et al. (2005) mener at barns behov for emosjonell støtte og omsorgsfulle relasjoner ikke lar seg så lett uttrykke innenfor rettighetsbaserte tilnærminger, fordi disse risikerer å skape overforenklede ideer og tvetydige syn om hva det er å lytte til barn: Kompetanse kan bli konseptualisert som statiske, iboende karakteristikk. Slik lytting kan sies å gjøre barn om til et spesifikt subjekt som befinner seg innenfor liberalistiske og neoliberalistiske forestillinger, altså forestillinger om det autonome, kalkulerende individet som har selvrealisering som høyeste verdi, og at det er individets rettigheter, autonomi og selvrealisering som blir vektlagt (Moss et al. 2005).

Den danske barndomsforskeren Pia Christensen (2004) foreslår at man innen den sosiale barne- og barndomsforskningen i stedet kan forstå barn som «fellow human beings», og at man, i prinsippet, ikke trenger å behandle barn som annerledes enn voksne. Det innebærer at man ikke trenger å bruke spesielle forskningsmetoder for å forske med barn bare fordi de er barn, men i stedet bruke etnografiske metoder for å entre det hun omtaler som «barns kommunikasjonskulturer». I stedet for å se makt som iboende i folk og sosiale posisjoner, mener Christensen at vi heller skal undersøke hvordan makt er innebygd i de *sosiale representasjonene* av «voksne» og «barn». Hun ser i stedet feltarbeid som en praktisk engasjering i lokalsamfunns kulturelle kommunikasjonspraksiser, hvor man kan studere barns bruk av språk,

observere deres konseptuelle meninger og handlinger og sette sammen et bilde av sosial interaksjon og forbindelser mellom folk.

Christensens (2004) vektlegging av studier av sosiale representasjoner utfordrer det tradisjonelle analytiske rammeverket for deltagelsesforskning innen den sosiale barne- og barndomsforskningen, hvor barn kan bli ekskludert eller marginalisert fra voksnes strukturer (Mannion 2007). Det har innen faget blitt satt spørsmålsteget ved om fagretningen trenger et nytt rammeverk som inkluderer *både* barn- og voksenrelasjoner (ibid.). Ved bruk av deltagende observasjon kan forsker(e) da undersøke opplevelser og handlinger ut fra hvordan de utfolder seg over tid, heller enn å legge vekt på retrospektive redegjørelser av hva som har skjedd (slik man gjør i intervjuer) (Lange og Mierendorff 2009). Ved å se *kontekst* som essensielt i produksjonen av barndom og voksendom kan vi i stedet ta i bruk våre relasjonelle og spatiale¹⁵ briller – vi går da relasjonelt og spatialet til verks for å undersøke barns liv, og barns liv er gjensidig avhengige av voksne (Mannion 2007). Ved å bringe voksne tilbake i analysen av den sosiale barne- og barndomsforskningen vil man innlemme *relasjonelle dimensjoner* og søke å forstå hvordan voksne og barn utøver sine *intergenerasjonelle identiteter* (Wyness 2012). Barnet ses da altså ikke som et autonomt og frakoplet subjekt, men som del av et nettverk av relasjoner som involverer både voksne og barn (Alanen 2001, Wyness 2012). Det å legge vekt på det relasjonelle vil også avhjelpe den fortolkningsmessige tendensen til å representere barn i dikotome konstruksjoner, altså enten se barn som kompetente og autonome eller som sårbare og avhengige, slik det er beskrevet av Kjørholt et al. (2005). I stedet kan vi innlemme fortolkninger av hvordan barn (og mennesker generelt) lever sine liv i gjensidig avhengighet (ibid.).

Selv om jeg ikke bruker intergenerasjonell analyse som hovedanalyse i noen av mine artikler i denne avhandlingen, har jeg tatt høyde for det metodisk sett ved å posisjonere meg både med barn, foreldre og helsepersonellet som jobbet i teamene. Hvordan jeg utformet denne metodiske designet og gjennomførte feltarbeidet, blir beskrevet nedenfor.

¹⁵ Ved å gå «spatialt» til verks mener Mannion (2007) at vi må samle inn empiriske data også om det fysiske rommet man befinner seg innenfor, altså hvordan de romlige dimensjonene kan påvirke praksiser og barn–voksenrelasjoner.

3.4.2 Metodisk tilnærming til felten

Før oppstart av feltarbeid hadde jeg ikke klart å identifisere noen kvalitative studier hvor metoden deltagende observasjon hadde blitt brukt som hovedmetode for innsamling av empiriske data i pediatriske fedmebehandlingslokasjoner innenfor rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen. Derfor valgte jeg å gjennomføre forstudier med barn og familier som deltok i barnefedmebehandling og -rehabilitering for å utvikle min metodiske tilnærming. I tillegg følte jeg at jeg hadde ganske lite innsikt i hvordan fenomener kunne være kjedet sammen i såkalte meningsbærende enheter i felten (Hilden og Middelthon 2002, Gulløv 2003), og hadde derfor en ganske åpen inngang til felten. Et overordnet mål var å få innsikt i barn med fedmes perspektiver og opplevelser av fedmerehabilitering i regi av det norske helsevesenet. Jeg var også initialt opptatt av hvordan barnefedme, barn og barndom ble forstått innenfor de ulike rehabiliteringssettingene, og hvordan dette påvirket innholdet i rehabiliteringen. Bortsett fra dette ønsket jeg å være åpen for å oppdage og teoretisere over de forholdene og fenomenene som viste seg. Min feltmetodikk og mine forskningsspørsmål ble derfor utviklet i samspill med opplevelsene i felten. Siden det allerede før forstudiene var bestemt at jeg i hovedsak skulle bruke metoden deltagende observasjon for datainnsamling, ønsket jeg som sagt å utforske denne tilnærmingen på en måte som ga meg mest mulig innsikt i barnas opplevelser og erfaringer og viktige meningsbærende konstruksjoner som eksisterte i de ulike feltlokasjonene. Jeg fant under forstudiene raskt ut at jeg kom til kort hvis jeg kun var sammen med og var opptatt av barna. Årsaken var at jeg forsto at jeg ikke hadde nok innsikt i bakenforliggende årsaker og meningssystemer for hvorfor voksne handlet som de gjorde. Derfor endte jeg som sagt opp med å bruke en observasjonsteknikk hvor jeg intensjonelt posisjonerte meg ulikt på ulike tidspunkter med både barn, foreldre og rehabiliteringsteam.

Jeg ble inspirert til å bruke ulike former for posisjoneringer på bakgrunn av ulike sosialantropologisk og barnesosiologisk metodelitteratur. Antropologer har tradisjon for å bruke deltagende observasjon i studier av småskalafunn eller relativt små grupper for å forstå deres verdenssyn og hvordan de organiserer sine dagligliv. I slike studier er det overordnede målet å få innsikt i aktørenes perspektiver så langt det lar seg gjøre (Helman 2007). Dette var også mitt mål. Jeg ble også inspirert av Alanens (2001) generasjonsanalyse, en tilnærming innen den sosiale barne- og barndomsforskningen som oppsto i 1980-årene. Å se barndom som et

relasjonelt fenomen sier Alanen impliserer intergenerasjonalitet. Med det mener hun at barn konstitueres primært (men ikke eksklusivt) som barn innenfor intergenerasjonelle relasjoner, altså som en generell kategori av «beings» som er internt forbundet til andre eksisterende generasjonskategorier, og da spesielt voksne. Alanen ser «generasjon» som et sosialt konstruert system av relasjoner mellom sosiale posisjoner hvor barn og voksne innehar spesifikke sosiale posisjoner som er definert i relasjon til hverandre, og at dette igjen konstituerer spesifikke sosiale (i denne sammenhengen generasjonsmessige) strukturer. Begrepet generasjon analyseres altså i lys av hvordan både barn og voksne «utøver» generasjon, og deres handlinger må ses som kausalt og internt forbundet, selv om de ikke nødvendigvis er symmetriske: En posisjon (for eksempel en foreldreposisjon) kan ikke eksistere uten den andre (barnets posisjon). Denne analysen tar høyde for barns (og voksnes) medvirkning, og Alanen mener dette kan studeres som en praksis eller som et sett av praksiser hvor generasjonskategoriene «barn» og «voksen» blir produsert.

Når det gjelder mine valg med ulike posisjoneringer under ulike feltarbeid, var jeg blant annet inspirert av antropologen Gerald Berreman (2012), som snakker om hvordan metoden deltagende observasjon alltid vil involvere inntrykkskontroll, og at forskere i møte med sine informanter kan være med på å påvirke rollen eller rollene man blir tilskrevet. Innen den sosiale barne- og barnesosiologien har det blitt beskrevet hvordan det er mulig å innta *ulike roller* under feltarbeid avhengig av kontekst (Gulløv 2003). «Posisjonering» henspiller også på den hermeneutiske tilnærmingen etnografer bruker til felten og hvordan man forstår og analyserer menneskelige handlinger på grunnlag av *posisjonert fortolkning* – altså at både forskerens bakenforliggende teoretiske perspektiv, generelle prioriteter og personlige erfaringer vil påvirke hvilken type empiri vi fokuserer på og skrive ned når vi er på feltarbeid¹⁶ (Ibid.). Jeg inntok ulike roller og posisjonerte meg med både barn, foreldre og rehabiliteringsteam på ulike feltarbeid. I tråd med den sosiale barne- og barndomsforskningen hadde jeg hovedfokus på hvordan barn og barndom ble forstått innenfor den sosiale konteksten de befant seg i. Jeg brukte også mer tid på å posisjonere meg med barn enn med voksne for å prøve å få innsikt i barnas perspektiver og verdener under feltarbeid.

¹⁶ Dette betyr ikke at vi som forskere innen vår tradisjon driver med rene spekulasjoner, for våre nedtegnelser står i referanse til de forholdene vi faktisk undersøker (Gulløv 2003).

3.4.2.1 Forstudienes rolle i utviklingen av metodisk tilnærming

Som sagt utviklet jeg min metodiske tilnærming på grunnlag av erfaringer i felten og inspirasjon fra metodelitteraturen som er nevnt. Forstudiene jeg foretok i 2009 og 2010, hadde en viktig rolle for utformingen av min forskningsdesign. I oktober/november 2009 deltok jeg på to langhelgsamlinger på et av rehabiliteringssentrene tilknyttet den randomiserte studien. Her gjorde jeg observasjoner av to forskjellige puljer med familier som allerede var godt i gang med sin toårige rehabiliteringsperiode. I tillegg gjorde jeg observasjoner av familier som deltok på et tre dagers opphold for familier som var med i en annen randomisert studie i regi av et sykehus i Nord-Norge. Nedenfor beskriver jeg de metodiske erfaringene jeg gjorde i forprosjektene og hvordan disse påvirket utviklingen av forskningsdesignet.

Det første stedet der jeg gjorde forstudier, var på et rehabiliteringssenter i Midt-Norge. Jeg hadde da bestemt meg for å bruke en metodisk tilnærming til felten med *passiv deltagende observasjon*, som vil si å bruke en rollekonfigurasjon som tilskuer (Spradley 1980). Årsaken til valg av denne rollekonfigurasjon var at jeg følte at jeg trengte mer innsikt i tematikken, hvilke metoder teamene brukte i rehabiliteringen, og hvordan rehabiliteringsteam, foreldre og barn forholdt seg til hverandre. Hva var for eksempel greit å snakke om, og hva var ikke? Hvilke ord brukte man når man snakket med barn om deres overvekt og fedme? Forskning har vist at barn med fedme er mye mer utsatt for stigma og mobbing enn barn som har normal kroppsvekt, og at de ofte strever med negativt kropps- og selvbilde (Folkehelseinstituttet 2008). Jeg følte derfor at jeg hadde stort ansvar for å gjøre grundige etiske vurderinger i valg av metodisk tilnærming før hovedfeltarbeidet, og at disse skulle være fundert i faktisk kunnskap og innsikt i felten.

Under den første forstudien på rehabiliteringssenteret forsøkte jeg i starten å gjøre meg så «usynlig» som mulig ved å prøve å innta en relativt passiv observerende rolle under de fysiske aktivitetene som ble organisert av teamet, og også under konsultasjoner (foreldre-, familie og gruppekonsultasjoner for voksne) og under måltider i kantina. Tanken var at jeg på denne måten ville få innsikt i aktivitetene og hvordan team, foreldre og barn forholdt seg til hverandre, slik at jeg kunne lage en strategi for hvordan jeg kunne være mer deltagende på sikt. Dette lot seg imidlertid ikke helt gjennomføre i praksis, fordi mange deltagere, både barn og voksne, tok kontakt med meg fordi de var nysgjerrige på min tilstedeværelse, selv om de hadde

fått utdelt informasjonsskriv om mitt forskningsprosjekt i forkant. Dette skjedde særlig under uteaktiviteter og ved måltidsspising. Under foreldre-, familie- og gruppekonsultasjoner var det mer naturlig å drive passiv observasjon. Jeg satt da stille i et hjørne av konsultasjonsrommet og skrev notater mens teamet og deltagerne pratet sammen. Deltagerne satt da oftest med ryggen til meg, slik at vi ikke hadde særlig blikk-kontakt.

På både første og andre opphold på rehabiliteringssenteret endte jeg derfor opp med å bruke det antropologen James P. Spradley (1980) kaller en *moderat* deltagende rolle. Dette er en teknikk som ofte brukes i etnografisk forskning når man forsøker å befinne seg både på «innsiden» og «utsiden» av sitt felt, altså at man bytter mellom å være deltagende og drive observasjon, og at man involverer seg eller deltar i moderat grad med sine informanter (ibid.). Selv om jeg tidvis var deltagende, forsøkte jeg altså å være moderat deltagende ved for eksempel å la samtalepartnere styre tema for samtale. Jeg forsøkte også å signalisere at jeg var åpen for å snakke med alle, og at jeg var genuint interessert i dem, men uten å ta initiativ til samtaler selv. Jeg håpet på denne måten å oppnå tillit hos deltagerne.

Etnografisk deltagende observasjon under feltarbeid kan deles inn i nettopp *ulike grader av involvering*, både når det gjelder deltagelse med andre mennesker og aktiviteter som man observerer. Spradley (1980) foreslår fem typer deltagelse som han rangerer på denne måten:

Grad av involvering	Form for deltagelse
Høy	Komplett
	Aktiv
	Moderat
Lav	Passiv
	Ikke-deltagelse

Modell 1: Spradley (1980: 58)

Spradleys (1980) tabell illustrerer varierte former for deltagelse fra den laveste; *ikke-deltagende*, hvor man overhodet ikke involverer seg med folkene eller aktivitetene man studerer, til passiv, moderat, aktiv og til slutt komplett deltagelse. *Passiv deltagelse* foregår når etnografer er til stede der hendelser skjer, men ikke interagerer med folk eller deltar i særlig grad. Da bruker man som nevnt ofte rollen

som tilskuer. *Moderat deltagelse* er, som beskrevet ovenfor, når man veksler mellom deltagelse og observasjon, og benytter moderat grad av involvering. Når man er *aktiv deltagende*, forsøker man å gjøre det samme som ens informanter. Man er da akseptert inn i kulturen man studerer, og forsøker fullt ut å lære eksisterende kulturelle regler for atferd. *Komplett deltagelse* anses som det høyeste nivået for deltagelse og vil skje når etnografer studerer en situasjon hvor de allerede er eller har vært vanlige deltagere. Dette kan være en uønsket deltagelsesform fordi det anses som vanskelig for etnografer å gripe de tause kulturelle reglene som utspiller seg. En vanlig forestilling blant etnografer er at jo mindre kjent man er med den sosiale situasjonen, jo mer vil man som regel «se» av de kulturelle reglene som utspiller seg. (ibid.).

På rehabiliteringssenteret under forstudien brukte jeg ikke bare metoden moderat deltagelse overfor familiene, men også overfor rehabiliteringsteamet. Jeg var imidlertid noe mer aktiv ved å stille teamet konkrete spørsmål på deres arbeidsrom. Teamet besto av en psykolog, en helsesøster, en fysioterapeut og to helse- og treningsterapeuter. Arbeidsrommet var tydelig teamets «backstage», altså et sted hvor de både kunne ha formelle og uformelle samtaler utenfor deltagerens høre- og synsvidde. Det var et åpent kontorfellesskap med fire bord satt mot hverandre i midten av rommet i tillegg til noen arbeidsstasjoner langs veggene. Her kunne jeg åpent stille dem spørsmål om metodene de brukte i rehabiliteringen, og få essensiell bakgrunnsinformasjon om familiene og barna som var mål for intervensjonen. På kontoret vekslet rehabiliteringsteamet stadig mellom uformelle og jobbrelaterte samtaler. De skrev journalnotater og fordelte arbeidsoppgaver her (for eksempel hvem som skulle ha familiesamtaler eller foreldresamtaler, og hvem som hadde ansvar for hvilke uteaktiviteter), og hadde uformelle og formelle diskusjoner om de ulike deltagerne, deltagerfamiliene eller vanskelige situasjoner som hadde oppstått i løpet av dagen. Arbeidsrommet var også en tydelig avgrenset «backstage» ved at de hadde en interaksjonsform preget av intern humor og deling av personlige betraktninger som ikke var jobbrelatert.

Når det gjaldt nedskrivning av empiriske data, tok jeg feltnotater med penn og papir eller på PC samtidig som jeg observerte i de settingene det føltes naturlig. Spesielt var dette hensiktsmessig under gruppesamtalene for voksne, familiesamtaler, foreldresamtaler og ved undervisning av familiene, hvor jeg inntok rollen som observatør. Jeg tok også åpenlyst notater foran teamarbeiderne på deres arbeidsrom

under formelle møter, noe de syntes å bli ganske fort vant til. Under fysiske aktiviteter for familiene (arrangert av teamet) eller andre sosiale sammenkomster hvor jeg var mer deltagende, hadde jeg alltid en lapp og penn i veska eller sekken og skrev ned viktige stikkord når jeg hadde anledning. Jeg gikk ofte ut av syne for deltagerne, for eksempel på et nærliggende toalett, for å skrive ned stikkord. Notatene renskrev jeg alltid samme kveld, og jeg skrev alltid ned så mye data som mulig, også ting som jeg anså som uviktig, i tilfelle det kunne få relevans på et senere tidspunkt. Dette fungerte såpass bra at jeg valgte å jobbe med nedskrivning av empiriske data på samme måte under alle mine feltarbeidsopphold. Jeg foretok ingen formelle intervjuer av barn, foreldre eller teamarbeidere og brukte ikke lyd- eller videoopptak. Årsaken til dette er som nevnt begrensninger i valg av metoder for innsamling av empiriske data som var avklart i samråd med prosjektlederne for rehabiliteringsstudiene før oppstart av forstudier og feltarbeid.

Før jeg dro på rehabiliteringssenteret, hadde jeg også tenkt nøye igjennom hvilken type klær jeg skulle ha på meg. Jeg har tidligere erfart hvor viktig klær kan være for tilgang til sosiale grupper og settinger under feltarbeid. Da jeg tok hovedfag i sosialantropologi, gjorde jeg feltarbeid i et akuttmottak på et norsk sykehus. Her ble jeg først utdelt legeklær. Dette gjorde at kleskoden min skilte seg fra sykepleiernes, og jeg slet derfor med å få tilgang til sykepleiernes pauserom, selv om det var de som egentlig jobbet i akuttmottaket. Legene hørte til ulike avdelinger på sykehuset og ble kun tilkalt ved behov. I likhet med legene hadde jeg også fått utdelt en calling, og jeg ble plassert på et kontor i etasjen ovenfor akuttmottaket. Først da jeg ble invitert «inn» av en veldig erfaren sykepleier, tok av meg legefrakken, slik at jeg hadde tilnærmet sykepleieuniform og oppholdt meg så mye jeg kunne på sykepleiernes pauserom (såfremt jeg ikke observerte pasientkonsultasjoner), fikk jeg tilgang til deres «verden». Dette innebattet at jeg kunne observere både sykepleiernes samhandling «backstage» på deres pauserom så vel som «frontstage» med pasienter og annet helsepersonell ute i avdelingen. Jeg erfarte altså i akuttmottaket at klær kan fungere som klassifisering av identitet og gruppetilhørighet.

Den norske antropologen Fredrik Barth (1994) sier at etniske grupper organiserer seg ut fra hvordan man tilskriver, eller blir tilskrevet, ulike former for stereotypier, som blant annet kan bunne i hvilken type klær man har på seg. Stereotypier handler om å klassifisere identitet ut fra ens opphav eller bakgrunn, og er trekk som aktørene anser som betydningsfulle. Barth sier at slike stereotypier er

viktige for å opprettholde grensene mellom etniske grupper, selv om man kan finne flyt av personer mellom grupper (for eksempel ved ekteskapsinngåelse). Stereotypier er det Barth kaller åpne signaler eller tegn, altså trekk man ser etter eller bruker for å vise sin identitet. Dette kan være klesdrakter, boform eller livsstil. Det kan også være en gruppes grunnleggende verdiorienteringer, altså felles verdistandarder for å vurdere egen og andres atferd. Disse felles standardene sier Barth vil legge begrensninger for samhandling med mennesker som tilhører andre etniske grupperinger.

Selv om familiene og rehabiliteringsteamet selvsagt ikke kan ses som etniske grupper, ble de tilskrevet tilhørighet til sin gruppe (deltagere versus rehabiliteringsteam) blant annet gjennom klær. Jeg forsøkte derfor i forstudiene å distansere meg klesmessig fra rehabiliteringsteamet og i stedet signalisere tilhørighet med familiene. Teammedlemmene hadde ofte på seg treningsklær og -sko av kjente og dyre klesmerker. De kunne også ha på seg klær med logo fra rehabiliteringssenteret. Slik sett var rehabiliteringsteamet lett å kjenne igjen for deltagerne. Foreldrene gikk stort sett i vanlige klær med for eksempel dongeribukse, genser og hverdagssko. Det var få som hadde eller gikk med dyre treningsklær. Jeg valgte i likhet med foreldrene å stort sett å gå i hverdagsklær, og hvis jeg var opptatt av å posisjonere meg med og få tilgang til foreldrene, kunne jeg til og med «overdrive» mine klesvalg til å gå tur i skogen med skinnsko med halvhøye hæler og en dameveske på venstre skulder heller enn ryggsekk. Hvis det var spesielle aktiviteter som krevde treningsklær, brukte jeg gamle, slitte og billige treningsklær. Denne taktikken virket å fungere bra, og jeg ble ikke definert som en av teammedlemmene i noen av forstudiene eller senere under hovedfeltarbeidet, bortsett fra da jeg sommeren 2011 jobbet som en av teamet under en sommerleir. Jeg gjorde da mitt ytterste for å følge og imitere teamets kleskoder og atferd, og jeg gikk med dyrt treningstøy og dyre sko av god kvalitet.

Under forstudiene på rehabiliteringssenteret bodde jeg ikke sammen med familiene, men på selve rehabiliteringssenteret sammen med andre voksne pasienter som var på rehabiliteringsopphold for ulike sykdommer og lidelser som hjerte- og lungesykdommer, kreft eller sykkelig overvekt. Dette var et bevisst valg fordi jeg ønsket å reflektere over hvordan jeg skulle forholde meg mer deltagende til familiene og barna på senere feltsteder. Familiene bodde på fasiliteter som lå en liten halvtimes gange unna rehabiliteringssenteret. Her bodde to og to familier sammen i leiligheter

hvor de hadde egne soverom, men delte kjøkken. De fleste måltidene ble likevel spist i kantina på rehabiliteringssenteret under langhelgoppholdene. Jeg spiste de fleste måltidene mine sammen med familiene. Rehabiliteringssenteret hadde en kantine som besto av to rom. Den største delen av kantina var for pasientene. Her var noe som liknet et par koldtbord plassert, altså noen avlange bord i forskjellig lengde med forskjellige typer mat og matretter, antagelig for å redusere kø fordi folk kunne stå på begge sider av bordene og forsyne seg. Langs veggen var det ulike drikkestasjoner med juice, kaffe, melk og andre drikkevarer, og også en dessertstasjon. Den andre delen av kantina, som var mye mindre, ble av de ansatte kalt for «glassburet», antagelig fordi de fleste veggene var av glass. Det var her de ansatte vanligvis spiste, og de kunne samtidig ha innsyn til hovedkantina. Jeg valgte å spise de fleste måltidene sammen med familiene, og ikke med teamet, fordi jeg under denne forstudien var mest opptatt av å undersøke hvordan jeg burde gå frem for best å få tilgang til og drive deltagende observasjon med familiene som deltok i rehabiliteringen.

Mange etnografer velger å starte med en passiv deltagende rolle med lav grad av deltagelse når de starter sine feltarbeid, for så å bli mer aktive etter hvert (Spradley 1980). Dette var også min taktikk. Å være moderat deltagende under forstudiene på rehabiliteringssenteret hjalp meg til å utvikle metodisk design for hovedfeltarbeidet. Erfaringer fra forstudiene viste meg for eksempel at jeg burde legge vekt på barn og voksnes interaksjoner, og ikke bare fokusere på barna under datainnsamlingen. Ved gjennomlesning og refleksjon over de empiriske dataene fra foreldrenes gruppebaserte veiledning så jeg for eksempel et tydelig mønster i foreldrenes historier om hvordan barna tok en mye mer aktiv rolle i familiens livsstilsendingsprosess enn jeg på forhånd hadde antatt. Foreldrenes gruppesamtaler ga meg altså essensiell bakgrunnsinformasjon for å forstå hendelser som oppsto under rehabiliteringsoppholdene. For eksempel forsto jeg hvorfor barna prøvde å irettesette sine foreldre og forsøkte å sette grenser og følge regler for familiens matinntak mens de var på rehabiliteringssentrene. Foreldrenes gjenfortellinger og historier var også viktig informasjon for å forsøke å gripe hvordan barna ble påvirket av å delta i langvarig rehabilitering. De ga meg også innsikt i kulturelle forestillinger om familie, mat, overvekt og fedme. Refleksjon over empirien fra forstudiene var også årsaken til at jeg bestemte meg for å fortsette med observasjon av gruppesamtaler for foreldre, individuelle samtaler med foreldre og team, og familiesamtaler med team hvor også

barna var til stede. Disse samtalene ga meg i tillegg innsikt i metodene rehabiliteringsteamene brukte for rehabilitering.

Ved å posisjonere meg ulikt på ulike feltsteder håpet jeg å designe en metode som *til sammen* ville gi et så helhetlig bilde som mulig. Av og til kunne jeg også veksle noe mellom ulike rollekonfigurasjoner på én feltlokasjon, selv om jeg hadde hovedvekt på én bestemt form for posisjonering på de ulike stedene. Jeg presenterer senere en oversikt over de ulike hovedposisjoneringene jeg benyttet på ulike feltarbeid. Først vil jeg presentere hvordan jeg prøvde ut en mer aktivt deltagende observasjonsmetode under forstudiene jeg gjorde på sykehuset i Nord-Norge. Her testet jeg også ut rollekonfigurasjonen «the least adult» (minst mulig voksen) for innsamling av data.

3.4.2.1.1 Fra en passiv til mer aktiv deltagelse og rollekonfigurasjon

På grunn av erfaringene fra forstudiene på rehabiliteringssenteret følte jeg meg tryggere på hvordan jeg skulle oppføre meg og gå frem i felten da jeg ankom sykehuset i Nord-Norge. Jeg hadde fått ganske god innsikt i hvordan det tverrfaglige rehabiliteringsteamet på rehabiliteringssenteret nærmet seg og forholdt seg til familiene og barna – hvilke ord de brukte i relasjon til fedme og overvekt, metoder for rehabilitering og hvordan de organiserte aktivitetene og måltidene for barna og familiene. Jeg følte meg også ganske sikker på at min tilstedeværelse og bruk av metoden deltagende observasjon i felten ikke påvirket familiene på negativt vis. Erfaringene fra forstudiene på rehabiliteringssenteret tilsa at jeg burde fortsette å oppføre meg tilbakeholdent, men åpent med familiene, at jeg burde etterstrebe deres kleskoder, og at jeg kunne bruke samme metoder for nedskrivning av empiriske data. I tillegg til dette ønsket jeg nå å prøve ut en mer *aktiv* form for deltagende observasjon, som vil si å forsøke å gjøre det samme som mine informanter (Spradley 1980). Jeg hadde også planlagt å prøve ut den barnevennlige rollekonfigurasjonen «the least adult» (minst mulig voksen) med barna for å undersøke hvilken type empiriske data dette kunne gi meg tilgang til.

Før jeg dro til sykehuset, hadde jeg lest en del metodelitteratur fra den sosiale barne- og barndomsforskningen, deriblant Nancy Mandells bok «Studying the Social Worlds of Children» (1991), hvor hun blant annet beskriver rollekonfigurasjonen «the least adult role». Jeg hadde derfor på forhånd bestemt meg for å ikke sette rammer for barnas samhandling med hverandre og heller ikke være den som satte i gang

aktiviteter, men prøve å «henge med» på aktivitetene barna deltok i og initierte. I tillegg ønsket jeg å forsøke å nærme meg barnas atferdsmønster og kroppsuttrykk så langt det lot seg gjøre, men på en måte som føltes naturlig for meg. Dette er et velkjent grep innen fenomenologisk metode som sosialantropologer ofte bruker i felten (Lidén 2000). Jeg håpet det ville gi meg innsikt i barnas kroppslige og følelsesmessige erfaringer og søke meningsaspekter som kunne ligge i deres ikke-artikulerte erfaringer (altså barnas såkalte inkorporerte, kroppsliggjorte kunnskap) (Warming 2011, Lidén 2000). Jeg hadde også bestemt meg for å prøve å forholde meg til barna som om de var mine «likemenn», ta dem på alvor og forsøke å legge fra meg mine antagelser om hvordan det er å være et barn. Inspirert av sosiologen Anne Solberg forsøkte jeg å sette mine forestillinger om alder til side og i stedet undersøke situasjoner og kontekster med barn hvor barnas alder og status fikk betydning (Solberg 1996).

Jeg forsøkte altså å være mer aktivt deltagende med familiene og barna under denne forstudien. Derfor valgte jeg å bo sammen med familiene på hotellet hvor de var innkvartert. Dette var et hotell som lå et par kilometer fra sykehuset. Å bo sammen med familiene viste seg å være fordelaktig fordi jeg kunne omgås både voksne og barn som deltok i denne randomiserte studien på en mer naturlig måte, utenfor rehabiliteringssettingen. Vi spiste flere måltider sammen og oppholdt oss på hotellets fellesarealer, slik at jeg ble en mer naturlig sosial deltager i gruppen.

Mitt første møte med familiene som deltok i denne studien, var ved informasjons- og velkomstmøtet på sykehuset. Her fikk familiene informasjon om min tilstedeværelse og generell praktisk informasjon om aktiviteter som skulle foregå under oppholdet (blodprøvetagning, fysiske tester og litt informasjon om programmet for oppholdet). Den første egentlige muligheten jeg fikk til å være aktivt deltagende med barna og deres pårørende, var da vi skulle spise kveldsmat etter å ha blitt innkvartert på hotellet. Dette var første gang jeg opplevde måltidsspising hvor barn som sliter med fedme, spiste uten oppsyn av noe rehabiliteringsteam. Jeg hadde i kantina på rehabiliteringssenteret under de innledende forstudiene observert at barna spiste veldig store porsjoner, men jeg var ikke helt forberedt på det som nå møtte meg. En av foreldrene, som selv er slank, sier til meg da vi kommer inn døren til hotellrestauranten: «Herregud, tenk å sende den gjengen inn her!» Jeg ser at det bugner av mat – også mat som vanligvis blir forstått som usunn, som for eksempel Nugatti og vaffelrøre. Det er et stort koldtbord og også en dessertkrok med mulighet

for vaffelsteking. Barn og voksne setter seg stort sett på forskjellige bord, og jeg ser at ungene raskt stimler rundt vaffeljernet og at vaffelstekingene «tar helt av». Av og til skuler ungene bort på sine foreldre for å se om de følger med når de tar seg mat eller vafler, men siden foreldrene stort sett har nok med å bli kjent med hverandre, ser jeg ingen ta initiativ til å sette grenser for noen av barnas matinntak. Barna fyller derfor opp tallerkenene sine med det de måtte ha lyst på, og med mye mer mat enn det jeg hadde klart å spise opp. Jeg overhører flere av barna snakke lavt til hverandre og si ting som: «Mora di sitter rett der altså», «men hun ser ikke noe» og liknende. Vaffelrøra går fort tom, så personalet på hotellet lager ny, og vaffelspisingen bare fortsetter. Jeg ser til og med en gutt spise vaffel med masse rekesalat på, og når moren ser dette, blåser hun det bort med en kommentar om at «han kan spise hva som helst bare det er mat». En annen forelder sier at «dette er sikkert bare vaffelfest nummer én», og impliserer at det nok kommer flere, hvorpå flere av foreldrene ler. Litt uti måltidet hører jeg en av ungene si: «Det er urettferdig at vi bare får spise i én time!». En annen sier: «Mmmmm. Nam! Gratis mat!»

Siden jeg har en del erfaring med metoden deltagende observasjon fra tidligere, og i tillegg ønsket å prøve ut rollekonfigurasjonen *the least adult*, burde jeg strengt tatt ha deltatt i denne «vaffelfesten». Jeg må innrømme at jeg rett og slett ble litt sjokkert og handlingslammet. I tillegg har jo jeg mine egne matvaner, og hadde derfor, uten å tenke meg om, forsynt meg med to grove skiver med brød og pålegg og ett glass juice, og var i grunnen mett. Jeg forsøkte senere på kvelden da jeg var alene på hotellrommet å gå i meg selv og tenke over hvorfor jeg ble så sjokkert, og bestemte meg for å forsøke å legge fra meg disse følelsene, som jeg visste hadde opphav i mine egne moralske forestillinger om mat, (barne)fedme og foreldreansvar. Ut fra hva jeg hadde lest om rollekonfigurasjonen *the least adult*, visste jeg også at kroppslige erfaringer som var oppnådd gjennom å bruke denne rollekonfigurasjonen, kunne ha åpnet opp for tilgang til barnas perspektiver og erfaringer, inklusive erfaringer som ikke kan verbaliseres (Warming 2011, Lidén 2000). Warming (2011) sier at den kritiske makten i sosiologisk analyse ligger i nettopp dens makt til å dekonstruere det som først kan fremstå som tilsynelatende meningsløs atferd, og at en deltagende rollekonfigurasjon kan gi gode kroppslige forankrede gjengivelser av barns opplevelser. Hun sier også at analyser av posisjonerte erfaringer kan være et godt verktøy for refleksjon over i hvilken grad, og på hvilke måter, forskerens opplevelser skiller seg fra eller er konsistente med barns perspektiver i liknende situasjoner. Hvis

jeg selv hadde deltatt i barnas spiseatferd denne kvelden, kunne jeg altså potensielt ha nådd en kroppslig erfaring nær barnas egen erfaring, som kunne gitt meg viktig innsikt. Hva om for eksempel vaffelfesten var viktig for utviklingen av barnas sosiale relasjoner så tidlig i forløpet av rehabiliteringen, altså at de knyttet vennskapsbånd? Kunne vaffelfesten også ha symbolisert en sosial enighet om deres «felles anliggende» og årsaken til at de var sammen på rehabilitering, nemlig deres fedmeproblem? Dette er spørsmål jeg ikke vil få besvart i ettertid.

På grunnlag av erfaringer fra «vaffelfesten» bestemte jeg meg for å prøve ut rollekonfigurasjonen *the least adult* der det føltes naturlig resten av oppholdet. Den første muligheten jeg fikk, som er et illustrerende eksempel for hvordan jeg utøvte rollen, oppsto allerede tidlig dagen etter, da vi skulle gå på rebusløp på fjellet. Målet for turen var en nærliggende fjelltopp ved sykehuset. Det var tidlig i april måned, minus to grader og det lå ennå snø på bakken. Været var fint, det var sol og vårlig i lufta. Vi hadde vi fått beskjed om å kle oss i turtøy. Siden det var ganske kaldt ute, måtte vi kle oss med overtrekksbukse og -jakke og votter, og flere hadde ullundertøy eller andre varme klær under. Siden jeg kledte meg på samme vis, følte jeg meg klesmessig lik barna – og også som tilnærmet lik et barn, pakket inn i altfor mye klær som hemmet mine naturlige bevegelser i noen grad. Jeg driver ikke særlig med utendørs vintersport, og det var veldig lenge siden jeg hadde hatt slike vinterklær på meg, og jeg følte at klærne hjalp meg i utøvelsen av rollen som *the least adult*.

Jeg forsøkte under fjellturen å posisjonere meg med barna. Det vil si at jeg kroppslig sett med overlegg gikk bort til barna da vi sto utenfor hotellet og ventet på rehabiliteringsteamet, og ikke med foreldrene, som sto i en egen gruppe. Flere av barna var opptatt av at jeg skulle være med på turen. Vi småpratet om forskjellige ting, og jeg lot barna styre samtaletema. En gutt lærte meg å «high-five» fordi han mente at jeg måtte kunne det «om jeg skulle være en av dem» (sitat). Han viste meg at det var to ulike typer av «high five». Den ene handlet om å bare klappe hendene mot hverandre, og den andre versjonen var å gi hverandre et skikkelig «håndtrykk». Vi repeterte begge noen ganger til jeg kunne det ordentlig. Jeg så ingen av de andre voksne lære å «high five».

Når vi startet turen, ble gruppa etter hvert delt opp i tre, ikke av teamet virket det som, men gruppene syntes å oppstå av seg selv. Årsaken var at noen av barna gikk forholdsvis raskt. Disse barna havnet i en første gruppe, og så formet deg seg en gruppe med barn som var «middels raske» og som gikk i midten. Til sist formet det

seg en gruppe med barn som gikk ganske sakte. Denne siste gruppa besto av flere av de vektmessig største barna som deltok i studien. Jeg havnet i denne gruppa, mest fordi gutten som lærte meg å «high five», gikk i denne gruppa, og vi hadde i starten av turen en lang samtale blant annet om fly og dataspill.

Hvis jeg hadde gått fjellturen alene, ville jeg kanskje brukt litt i overkant av en halv time. Vi brukte imidlertid to timer på turen, og bortsett fra én jente begynte alle barna i gruppen tidlig å klage på at det var tungt å gå. En klaget også over en vond skulder, en annen sa at hun ikke likte å bli svett. Det var også ganske dyp snø, og flere av barna gikk ofte igjennom snøen på grunn av sin høye vekt og ble da stående med snø helt til knehøyde. Flere av barna hadde også ganske dårlige sko og klær, slik at de ble fuktige på føttene og buksebeina og begynte å fryse. Selv gikk jeg sjeldnere gjennom snøen, og turen var derfor mye tyngre for de fleste barna enn den var for meg. Den ene jenta som ikke klaget over «kroppsvondter», virket å være i ganske god fysisk form tross sin tunge vekt og forsøkte å oppmuntre flere av de andre barna til å gå videre. Hun kunne ta andre i hånden eller legge armen om skulderen på flere, og si ting som «dette klarer du fint», «kom, vi går sammen», «det er ikke så langt igjen» og liknende. Rebusløpet var ikke spesielt vanskelig, og en av ungene bemerket utenfor teamarbeiderens hørevidde at vi flere steder kunne se hvor aktivtøren, som hadde lagt ut postene tidligere på dagen, hadde gått. Det ble en del fnising av dette. Jeg fniste også, både fordi det var morsomt og fordi jeg ønsket å signalisere gruppetilhørighet med dem. Ved et par seanser, utenfor teamarbeidernes synsvidde, «jukset» vi også ved å bruke en av barnas mobiltelefon som hadde zoom på kameraet, slik at vi kunne finne den raskeste veien å gå til neste post. Jeg var i disse tilfellene, og under turen for øvrig, veldig oppmerksom på å ikke innta en voksen rollekonfigurasjon, styre eller sette premisser for samtaleemnene, men heller delta i barnas samtaler på en naturlig måte og på deres premisser. Jeg var opptatt av å forsøke å se situasjonen fra barnas perspektiv. For eksempel følte jeg at barna med «juksingen» prøvde å tilføre noe positivt i en situasjon hvor de følte seg tvunget til deltagelse i en aktivitet som de ikke likte eller hadde lyst til å utføre. Juksingen kunne også ses som et tegn på dannelsen av et meningsfellesskap mellom barna, som jeg gjennom min deltagelse også fikk ta del i.

Mot slutten av turen, da vi var på vei nedover fjellskråningen, valgte en svært overvektig jente å rulle ned langs fjellsiden og skli på rumpa der det var brattest for å komme seg raskest mulig ned, og kanskje også for å spare litt energi. Jeg skled

sammen med henne. Da vi kom til bunnen av bakken, var de andre i gruppa et stykke unna, og det var så dyp snø at jenta slet skikkelig med å ta de andre igjen. Stadig gikk hun igjennom snøen, og jeg kunne se at hun ble mer og mer fortvilt. Selv hadde jeg ikke dette problemet, og spurte henne om det gikk bra. Hun responderte med at jeg bare måtte gå i forveien. Hun virket litt flau, men mest lei seg. Jeg fikk følelsen av at hun ville at jeg skulle vente på henne, og jeg sa at jeg selvfølgelig ikke gikk fra henne. Dette førte til at hun ofte omtalte meg som bestevenninnen sin under resten av oppholdet, og vi fikk god kontakt og hang ganske ofte sammen (men ikke alltid) når vi deltok på arrangerte fysiske aktiviteter innendørs eller utendørs i regi av rehabiliteringsteamet.

De erfaringene og deltagende observasjonsdataene jeg fikk ved å posisjonere meg som *the least adult* under fjellturen, antar jeg er ganske ulik fra erfaringene jeg ville ha oppnådd ved bruk av en voksen rollekonfigurasjon. For eksempel ville jeg antagelig ha irettesatt barna og bedt dem om å ikke «jukse» ved å bruke en stereotyp voksen autoritær oppførsel for å styre barnas atferd. Barndomsforskeren William Corsaro (1997) utviklet sin reaktive forskningsstrategi under feltarbeid basert på nettopp sine observasjoner om at voksne ofte startet samtaler uten å forvente å bli engasjert i noe videre interaksjon med barna – voksne initierer primært kontakt med barn ved å være *aktive* heller enn *reaktive*. Corsaros strategi ble derfor å ikke prøve å ha et barns atferd, men heller ikke å ha atferden til en voksen. Derfor kunne han for eksempel bli forstått som en «atypisk voksen» under feltarbeid (Corsaro 2006). Cocks (2008) hevder at Corsaro i sin reaktive forskningsstrategi ikke engasjerer seg aktivt i barns aktiviteter, slik man gjør i større grad ved utøvelsen av rollen som *the least adult*, fordi han i stedet lar seg «guide» av barna. Jeg er imidlertid usikker på om man kan sette et klart skille mellom disse to rollekonfigurasjonene. Selv lot jeg ofte barna guide min atferd, samtidig som jeg befant meg i rollen som *the least adult*. Man kan i hvert fall si at utøvelsen av *the least adult* gir et godt utgangspunkt for å reflektere over hva det vil så å være et barn, selv om man som forsker ikke kan hevde at ens opplevelser er identiske med barns (mange) opplevelser (Warming 2011).

Sosialantropologen Gerald D. Berreman (2012) påpeker i denne sammenhengen at bruken av deltagende observasjon som metode innen etnografisk

forskning *alltid* vil involvere ulike former for inntrykkskontroll¹⁷. En etnograf vil presentere seg selv på spesielle måter overfor sine informanter og forsøke å skjule visse aspekter ved seg selv, og informantene vil gjøre det samme (ibid.). Berreman sier at inntrykkskontroll rett og slett er iboende i all sosial interaksjon. I tillegg vil informanter alltid forsøke å identifisere en forsker på en måte som er kjent for dem, altså forsøke å identifisere forskeren som en utøver av en bestemt type velkjent rolle. Måten forskeren *løser* dette på vil påvirke hvordan forskeren blir identifisert. Dette poenget kan være med på å underbygge hvorfor utøvelsen av *the least adult* gir en annen type tilgang til barns perspektiver enn hvis man utøver en voksen rollekonfigurasjon: Hvis man som forsker utøver stereotyp voksen atferd, vil man normalt defineres som voksen. Dersom man i stedet oppfører seg responsivt, interaktivt og fullt ut deltagende i barnas verden (Cocks 2008) i utøvelsen av rollen som *the least adult*, er det mulig at barn vil definere deg mer som en «likemann» i den sosiale situasjonen de befinner seg i, særlig hvis man utøver denne rollekonfigurasjon over tid.

3.4.2.2 Posisjoneringer under hoveddatainnsamlingsperioden

Forstudiene ga meg god nok innsikt til å utvikle en metodisk tilnærming for datainnsamlingen for de ulike feltstedene under hoveddatainnsamlingsperioden 2010–2011. De hadde vist meg at ulike posisjoneringer ga meg ulike innsikter og erfaringer, og at dette var viktig for å forstå barnas verdener og hvordan barn ble forstått og behandlet av voksne. Jeg forsøkte derfor å utvikle et metodisk design for hovedfeltarbeidsperioden som ville gi meg en så holistisk tilnærming og forståelse som mulig.

Tabellen under gir en oversikt over valg av hovedform for posisjonering og form for deltagelse på de ulike stedene under hovedfeltarbeidsperioden¹⁸:

¹⁷ Berreman (2012) bruker Erving Goffmans begrep *inntrykkskontroll* fra hans kjente bok *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959), hvor Goffman analyserer sosial interaksjon i lys av en dramaturgisk tilnærming og legger vekt på hvordan folk prøver å presentere og kontrollere inntrykkene andre får av dem.

¹⁸ Tabellen inkluderer ikke oversikt over valg av posisjonering i forstudiene.

Tidsperiode:	Tidsperiode:	Posisjonering:	Form for deltagelse:
Sommerleir rehabiliteringssenter 1, 2010-kull	04.07.10–16.07.10	Foreldre	Moderat
Sommerleir, rehabiliteringssenter 2, 2010-kull	25.07.10–06.08.10	Barn	Aktiv
Langhelgopphold rehabiliteringssenter 2, 2010-kull	08.10.10–11.10.10	Barn	Aktiv
Langhelgopphold rehabiliteringssenter 2, 2010-kull	28.04.11–01.05.11	Barn	Aktiv
Langhelgopphold, rehabiliteringssenter 2, 2010-kull	07.10.11–09.10.11	Barn	Aktiv
Sommerleir, rehabiliteringssenter 2, 2011-kull	26.06.11–08.07.11	Team	Aktiv

Her følger en ytterligere forklaring av tabellen og hvilke aktiviteter de ulike posisjoneringene innebar:

På sommerleiren, rehabiliteringssenter 1, 2010-kullet, valgte jeg å ha hovedvekt på å posisjonere meg med foreldrene. Det vil si at jeg deltok i alle aktivitetene foreldrene deltok i. Den første dagen av oppholdet tok jeg del i introduksjonsopplegget arrangert av teamet. Dette var et introduksjonsmøte med informasjon om rehabiliteringsopplegget fra teamet. Her deltok både foreldre og barn. Familiene fikk også en omvisning på rehabiliteringssenteret og på gården hvor familiene bodde. Det ble i tillegg gjennomført en bli-kjent-lek, slik at alle skulle lære hverandres navn og bli bedre kjent.

Jeg deltok også på alle gruppesamtaler for foreldre organisert av rehabiliteringsteam, som av teamet internt ble omtalt som «refleksjon PMTO»¹⁹. Her kunne foreldrene dele felles utfordringer og erfaringer og få tips og råd fra teamet om hvordan de kunne endre familiens livsstil. Metodene som ble brukt av teamet under gruppesamtalene, var endringsfokuset rådgivning²⁰ og generelle PMTO-teknikker.

¹⁹ PMTO, som står for «Parent Management Treatment model – Oregon», er tidligere beskrevet på side 9.

²⁰ Metoden «endringsfokuset rådgivning» er tidligere beskrevet på side 9.

Jeg observerte også alle inkomstsamtalene som foregikk i starten av den første uka av rehabiliteringsoppholdet. I første delen av samtalen deltok også barnet, før barnet ble sendt ut av rommet for å delta på annen fysisk aktivitet arrangert av teamet som pågikk samtidig med inkomstsamtalene. I kartleggingssamtalen ble familiens og barnets utfordringer kartlagt, som barnets trivsel på skole, sosiale relasjoner (venner, mobbing), barnets og familiens fysiske aktivitetsnivå og kosthold, eventuelle oppfølgingskontakter i hjemkommunen (helsesøster, fastlege), familiens sammensetning, familiens og barnets generelle helse, foreldrenes jobbsituasjon og foreldrenes forventninger til oppholdet.

Når det gjaldt måltider, så spiste jeg alle fellesmåltider med familiene i kantina på rehabiliteringssenteret. I tillegg var jeg på besøk på gården hvor familiene bodde og laget og spiste middag og kveldsmat sammen med noen av familiene ved et par anledninger. Jeg observerte også undervisning i ernæring som ble gitt til foreldrene av teamet og senterets ernæringsfysiolog, og også en matlagingsseksjon hvor både foreldre og barn deltok. Ellers deltok jeg i alle organiserte fysiske aktiviteter hvor både foreldre og barn deltok (såfremt jeg ikke observerte individuelle familiesamtaler eller utskrivingsamtaler). Dette var generelle uteaktiviteter (turer og leker), aktiviteter i gymsal og bading i basseng. Jeg observerte også alle utskrivingsamtalene organisert av team, hvor kun foreldrene deltok. Her kartla man foreldrenes tanker om utbytte av rehabiliteringsoppholdet og hvilke mål for kosthold og fysisk aktivitet familiene skulle jobbe med hjemme frem til neste langhelgopphold ved senteret. Teamet brukte endringsfokuseret rådgivning og PMTO-teknikker overfor foreldrene også i utskrivingsamtalene.

Jeg var ofte til stede også på fagteamets vurdering etter endt arbeidsdag. Dette var for å få ytterligere innsikt i hvordan rehabiliteringsteamene vurderte og diskuterte de ulike familiene og deres utfordringer, og hvilke tiltak (ofte basert på PMTO) de tenkte å sette inn for de ulike familiene.

Når det gjelder former for deltagelse, brukte jeg under dette oppholdet moderat deltagende observasjon og var opptatt av å få innsikt i foreldrenes synspunkter. Jeg vekslet mellom å observere i situasjoner det var naturlig, som inkomstsamtaler, undervisningsseksjoner, gruppeaktiviteten «refleksjon PMTO» og utskrivingsamtaler, og var deltagende med familiene i alle organiserte fysiske fellesaktiviteter. På grunn av økonomiske hensyn valgte jeg på denne sommerleiren å

leie et rom i et hus så lå nært rehabiliteringssenteret. Kveldene brukte jeg til å skrive feltnotater.

På sommerleirer ved rehabiliteringssenter 2 og tilhørende langhelgsamlinger for 2010-kullet, bodde jeg sammen med familiene på rehabiliteringssenteret under hele oppholdet. Rehabiliteringssenteret var lokalisert i det som tidligere hadde vært en militærleir, og tilhørte forsvaret fra 1912 til 2002. I dag foregår det flere næringsaktiviteter på området. Rehabiliteringssenteret hadde flere lokaliteter på området, alt fra hovedbygg til ansatte så vel som til brukere. Senteret hadde også tilgang til egen gymsal og tilgang til store uteområder, inklusive utendørs fotball- og volleyballbane. Byggene hadde fremdeles sitt typiske «militære preg», selv om de var pusset opp innvendig. De ansatte brukte også militær terminologi når de snakket om byggene, slik som «kaserner» og «brakker».

Jeg bodde sammen med familiene som deltok i 2010-kullet på en fellesbrakke under alle rehabiliteringsopphold, både på sommerleiren og under langhelgoppholdene. I brakken var det cirka 12 rom, alle på rundt 30 kvadrat med et tilhørende bad. Vi hadde også et lite felleskjøkken som ikke ble brukt til matlaging, men hvor vi hadde tilgang til kalorifri saft og kaffe. På felleskjøkkenet hadde vi også felles TV-rom med sittegruppe som besto av tre sofaer og et bord i midten. Ved hovedinngangen til brakka hadde vi også en veranda med stoler. Hver enkelt familie delte samme rom, uavhengig av familiens størrelse. Dette gjorde at vi bodde svært tett, og vi ble veldig godt kjent med hverandre. Mye kom også til overflaten – på godt og vondt, siden man sjelden hadde anledning til å være alene.

På mange måter anser jeg 2010-kullet med familier som mine hovedinformanter, fordi jeg var sammen med dem under sommerleiren og flere langhelgsamlinger i perioden 2010–2011. Med disse familiene brukte jeg i hovedsak metoden *the least adult* og la vekt på å posisjonere meg med barna. Jeg bedrev altså her høy grad av aktiv deltagende observasjon. Bruken av metoden *the least adult* forutsetter som nevnt tidligere at forskeren forsøker å sette til side alle aspekter ved det å være voksen, bortsett fra fysisk ulikhet (Mandell 1991). På forhånd og basert på erfaringer fra forstudiene hadde jeg bestemt meg for å prøve å se og behandle barna som mine likemenn og underordne meg autoriteten til andre voksne personer, og jeg hang sammen med barna så mye som mulig og deltok i deres aktiviteter. Jeg hadde imidlertid ingen planer om å forsøke å oppføre meg *som* et barn, men heller «være meg selv» og i stedet forsøke å sette til side mine forståelser av tradisjonelle voksen–

barn-relasjoner og se barna som mine «likemenn». Dette så ut til å fungere godt, og sakte, men sikkert, ble jeg i større grad del av barnegruppa.

I starten av feltarbeidet var barna ganske usikre på hvordan de skulle kategorisere meg. Derfor ble jeg testet ut en del, for eksempel ved at noen av guttene den første kvelden vi var ute og lekte (uten voksne til stede) begynte å ramse opp banneord. Siden de ikke fikk noen reaksjon, så eskalerte banningen til de verste banneordene de kunne, men da det fremdeles ikke kom noen reaksjon fra meg, mistet de interessen og begynte de å snakke om noe annet. Det var også et par anledninger i starten hvor noen av barna ville ha meg til å ordne opp i disputer, men siden uoverensstemmelsene ikke var alvorlige, sa jeg at de måtte si ifra til en voksen, noe som ble godtatt. Snart sluttet de å stille meg slike spørsmål og behandlet meg mer som en av dem. Jentene forsøkte i starten av oppholdet å plassere meg på «snillere» måter enn guttene, ved for eksempel å stille spørsmål som de vanligvis stiller til en voksen, eller kanskje heller til en ungdom, slik som om jeg hadde kjæreste. Etter hvert stilte de mer «aldersadekvate» spørsmål i forhold til deres egen alder, for eksempel hvor mange venninner jeg hadde og om brødrene mine av og til mobbet meg. I løpet av feltarbeidet fikk jeg flere spørsmål og kommentarer fra både barna og voksne som tydet på at min alder var noe ubestemmelig. For eksempel spurte en gutt om jeg hadde vært russ enda, og en av foreldrene trodde jeg fremdeles gikk på videregående skole, til tross for at jeg stadig snakket om forskningen min og de hadde fått utdelt informasjonsskriv i forkant. Det kunne altså veksle noe, avhengig av kontekst, hvordan jeg ble kategorisert. Som regel ble jeg kategorisert (mer eller mindre) som del av barnegruppen, av og til som en ungdom eller som en voksen, sistnevnte kanskje særlig av rehabiliteringsteamet og foreldrene. Samtidig så ble jeg ofte benevnt av både team og foreldre som «litt barn».

Siden jeg som regel var sammen med barna, fikk jeg også tilgang til en del informasjon som ikke ble delt mens voksne var til stede. En sjelden gang kunne dette også være etisk problematiske forhold. Det jeg anså som bekymringsverdig, valgte jeg å dele med teamet, slik at de kunne gjøre interne vurderinger og eventuelt ta det videre med foreldrene. Dette kunne for eksempel være informasjon om alvorlig mobbing på skolen eller om noen hadde begynt å slanke seg på en usunn måte.

Ellers var det interessant å se hvordan barnas sosiale relasjoner utviklet seg i løpet av sommerleiren. I starten av oppholdet var de fleste barna veldig usikre på hverandre, og det kunne oppstå en del situasjoner og «knuffing». Mitt inntrykk var at

flere av barna automatisk gikk inn for å forsvare seg, og at ting som ikke var ille ment, ofte ble misforstått som mobbing. Det kom tidlig frem at flere av barna ikke var vant til å ha venner, både ut fra det barna selv fortalte meg, og informasjon jeg fikk fra foreldrene og teamet. Det var muligens årsaken til at en del av barna virket litt «sosialt klønete» i starten. Noen fortalte meg at de ikke hadde noen venner i det hele tatt og aldri hadde hatt noen bestevenn. Flere delte historier om mobbing, enten til meg direkte eller ved at jeg overhørte at barna delte historier med hverandre. Mobbingen kunne være av både fysisk og psykisk art, og den kunne være alvorlig, som for eksempel at de ble utsatt for gjentakende fysisk vold (spark og slag). Etter hvert som dagene gikk, virket ungene å bli mer trygge på hverandre, og mange utviklet vennskapsbånd. Flere holdt kontakt mellom rehabiliteringsopphold, og noen dro også på besøk til hverandre. Også jeg utviklet vennskapsbånd med barna og deres familier, og med noen mer enn andre.

En annen utfordring jeg hadde enn alderen min, var at jeg kroppslig sett var ulik ungene. For det første er jeg jo voksen, og dessuten var jeg ikke overvektig (og har heller aldri vært det), men har en normal kroppsstørrelse. Siden jeg selv ikke slet med fedme, var dette en utfordring fordi jeg ønsket å kjenne på kroppen hvor tungt det kunne være å delta i så intens rehabilitering over lengre tid. Dette problemet hadde jeg forutsett gjennom forstudiene, og hadde bestemt meg på forhånd å være fullt ut deltagende med ungene i 2010-kullet og forsøke å ta meg like mye ut som barna i forhold til mitt eget utgangspunkt. Jeg innså på forhånd at det ikke ville være lurt å prøve å late som at jeg var dårligere i sport enn jeg var, siden jeg antagelig kom til å bli avslørt av barna ganske fort. I stedet forsøkte jeg å være en god lagspiller og «se» alle, noe barna selv var opptatt av. De var generelt opptatt av at alle skulle være inkludert. For eksempel så ville de alltid ha «blindt valg» (tilfeldig inndeling av grupper) når vi hadde lagspill om kveldene når voksne ikke var til stede. Deltagelse syntes å være viktigere enn prestasjon i barnegruppa. I tillegg hadde en av familiene med seg en eldre bror på rundt 17 år som var veldig god i idrett, og som likte å ta noe kontroll når barna hadde lagspill eller annen uorganisert lek og ikke andre voksne var til stede. Derfor slapp jeg å ta, eller bli utfordret til å ta, den rollen av barna. I stedet «hang jeg bare med». Dessuten sa jeg alltid ja dersom noen av barna spurte om jeg ville være med på egenorganiserte aktiviteter som slåball, anti-over, kanonball, kortspill, TV-titting eller liknende.

Å delta i et så intenst rehabiliteringsopplegg var tungt, både fysisk og psykisk. Både jeg og barna slet med kroppsvondter og magesmerter. Kroppen verket konstant, og jeg fikk både kramper i beina og hadde problemer med magesmerter på grunn av det høye fiberinnholdet i maten. Som en jente sa – «magen min er som en miksmaster». Maten var også smakløs, og etter hvert fikk jeg problemer med å spise nok mat, og gikk ned noen få kilo. Også barna gikk ned i vekt. Flere viste meg hvordan buksene var blitt for store i livet eller at de hadde måttet snøre inn livreima et par hakk. Når det gjaldt de voksne, så hendte det at noen «jukset»²¹ ved å kjøre til sentrum for å kjøpe seg annen mat enn den som ble tilberedt på rehabiliteringssenteret. Siden barna ikke hadde denne muligheten og jeg ønsket en fenomenologisk forståelse av hvordan det var for dem å delta i det intensive rehabiliteringsopplegget, spiste jeg det samme som dem.

Oppholdet var også psykisk sett slitsomt. Ikke bare var jeg fysisk sett veldig sliten hver eneste dag, men det ble også lite søvn. Etter at barna hadde lagt seg, som ofte var så sent som i ti-elleve-tiden på kvelden, måtte jeg skrive feltnotater. Siden jeg stort sett drev deltagende observasjon og var opptatt av å posisjonere meg med barna, hadde jeg sjelden anledning til å skrive ned mer enn stikkord i løpet av dagen. Derfor jobbet jeg som regel med å skrive empiriske data til ett-to-tiden om natten, og måtte stå opp rundt halv åtte hver morgen. Å være i rollen som *the least adult* og i tillegg aldri være alene var også slitsomt. Jeg må innrømme at jeg savnet både hvile og god mat.

Når det gjelder organiseringen av selve sommerleiren, brukte rehabiliteringssenteret forskningsprotokollen som utgangspunkt for å arrangere aktivitetene. Aktivitetene var beskrevet detaljert i dagsoversikter. I likhet med aktivitetene på sommerleiren på rehabiliteringssenter 1 ble det gjennomført et introduksjonsopplegg, som besto av informasjonsmøte, omvisning på rehabiliteringssenteret og bli-kjent-leker. I tillegg hadde teamet designet et spesielt opplegg kun for barna den første dagen (som ikke ble gjennomført på rehabiliteringssenter 1). En av disse aktivitetene var at barna skulle lage navneskilt til seg selv og sine familier. En annen mer omfattende aktivitet var at barna skulle tegne kroppstegninger av seg selv i helfigur. Vi hjalp hverandre da to og to, og tegnet omriss av hverandres kropp. Deretter fikk barna beskjed om å male

²¹ Dette opplevde jeg også gjentatte ganger under mine opphold på rehabiliteringssenter 1.

kroppstegningen med klær og annet man ønsket å innlemme i tegningen. Vi limte også på ferdiglagede tegninger eller symboler av aktiviteter vi allerede hadde deltatt på. Disse kroppstegningene ble oppdatert i løpet av hele rehabiliteringsoppholdet, og de ble også utstilt i rehabiliteringssenterets hovedbygg til offentlig skue.

Generelt hadde flere av aktivitetene ved rehabiliteringssenter 2 større preg av pedagogisk undervisningsvirksomhet enn på rehabiliteringssenter 1. Barna var også noe mer involvert i rehabiliteringen enn på rehabiliteringssenter 1, blant annet fordi en i teamet var inspirert av den sosiale barne- og barndomsforskningen, hvor barns medvirkning ses som viktig. Samtidig måtte teamet forholde seg til forskningsprotokollen i studien, slik at foreldrene var hovedmål for intervensjon også her. Barna deltok i litt undervisning om ernæring og fysisk aktivitet sammen med sine foreldre, noe som ikke ble gjennomført i samme grad på rehabiliteringssenter 1. Samtidig hadde teamet organisert egne undervisningsøkter ment for foreldrene, som også inkluderte ren undervisning for foreldrene i PMTO-teknikker²².

Når det gjaldt måltider, så spiste jeg alle måltidene sammen med familiene, og satt meg aldri ved teamets spisebord, som var i enden av kantina. Jeg var også deltagende i de fleste ute- og inneaktiviteter (i gymsal) for barn. I tillegg deltok jeg på det som ble kalt «Sum Sum», som var en aktivitet for barna på slutten av hver dag før middag, hvor foreldrene ikke var til stede. Sum Sum fungerte ved at en eller to i teamet var til stede med en bamse som så ut som en veps. Vi ble bedt om å sette oss i en ring, og vi fikk beskjed om at vi bare kunne prate dersom vi hadde Sum Sum i hendene. Det ble så tatt en runde hvor vi kunne dele hvordan vi hadde hatt det den aktuelle dagen eller andre ting vi hadde på hjertet. Jeg deltok i denne aktiviteten på lik linje med barna.

Det hendte at jeg også deltok på noen av de organiserte gruppesamtalene for foreldrene under oppholdene, og også foreldresamtaler og undervisningssesjoner hvor barna ikke var til stede. Dette var for å få innblikk i metodene teamene brukte og familienes generelle utfordringer, og også for å observere om det fantes ulikheter fra aktivitetene på rehabiliteringssenter 1, både når det gjaldt organisering av rehabiliteringsoppleggene og familienes utfordringer. Jeg trådte da ut av min rollekonfigurasjon, *the least adult*, og brukte stort sett observasjon som teknikk.

²² På rehabiliteringssenter 1 fikk ikke foreldrene undervisning i PMTO, men teamet brukte det som en indirekte teknikk i endringsfokuset rådgivning.

På sommerleir, rehabiliteringssenter 2, 2011-kullet, jobbet jeg som del av teamet. På denne sommerleiren var det flere familier enn i tidligere kull som deltok, om lag 50 personer til sammen. Under dette oppholdet bodde jeg ikke sammen med deltagerne, men på en egen brakke som lå litt avsides fra brakkene hvor familiene bodde. Her bodde jeg sammen med en annen teamarbeider som hadde sommerjobb som barnevernspedagog i studien. Denne brakka var forholdsvis nyoppusset og hadde mye bedre standard enn familienes brakker. Vi hadde eget kjøkken og egen TV-stue. Rommet mitt hadde et eget stort bad og en stor seng på 120 cm, av samme typen som fantes på de eldre brakkene hvor familiene bodde. Det var også en ny lenestol i rommet og en stor pult. I gangen inn mot rommet sto også et skap hvor jeg kunne plassere klær og bagasje.

Første arbeidsdag startet med morgenmøte med teamet, hvor vi gikk igjennom alle dagens aktiviteter og fordelte arbeidsoppgaver. Denne første dagen var organisert ganske likt som oppstartsdagene for sommerleirene jeg hadde observert i 2010, med informasjonsmøte og bli-kjent-leker for alle, lagning av navneskilt (barn) og egen gruppeøkt for foreldrene for at teamet skulle få bedre innsikt i familienes utfordringer og forventninger til oppholdet. Dagen ble avsluttet med et rebusløp, slik at familiene skulle bli bedre kjent på området, og deretter Sum Sum for barna.

Jeg hadde fått lite informasjon på forhånd om mine arbeidsoppgaver under sommerleiren, men vi hadde morgenmøte med teamet hver dag for å fordele oppgaver. Stort sett omhandlet mine arbeidsoppgaver å ha ansvar for eller være medarrangør av fysiske aktiviteter for barna eller familiene. Av og til hadde jeg overordnet ansvar for aktivitetene, men dette vekslet vi på fordi det som regel var flere teammedlemmer til stede under enhver aktivitet. Typiske aktiviteter kunne være ballspill eller leker i gymsal eller ute, sykkelturner, tur i skogen med kart og kompass, stafetter, fiske- og kanoturer og besøk i matbutikk for å lære familiene å velge mer «riktig» mat og bli mer «kaloribevisste». Jeg var også til stede under barnas Sum Sum, men hadde kun ved én anledning ansvar for gjennomføringen. Samtidig som vi arrangerte aktiviteter, observerte vi alle barnas eller familienes samspill, som vi diskuterte på et oppsummerende møte med teamet på slutten av dagen og bestemte eventuelle tiltak for de ulike familiene. Under aktivitetene forsøkte vi hele tiden å veilede barn og foreldre med grunnlag i PMTO-teknikker. Dette innebar å forsøke å overse negativ atferd fra barna og i stedet rose positiv atferd, og vi forsøkte å oppføre oss som gode eksempler i samspill med barna som foreldrene kunne etterlikne. Vi

prøvde også å oppfordre foreldrene til å være mer aktive og vise større grad av engasjement overfor sine barn, da flere var passive og kunne overlate aktiviseringen av barna til teamet. Foreldrene ble kontinuerlig undervist i PMTO-teknikker av profesjonelle i teamet som hadde faglig bakgrunn i dette, og de deltok også i arrangerte gruppeøkter for å utveksle erfaringer og utfordringer, men jeg deltok ikke i noen av disse aktivitetene. Jeg holdt heller ikke undervisning for foreldre i ernæring og fysisk aktivitet og gjennomførte heller ikke pasientkonsultasjoner med barn og/eller foreldre.

Jeg syntes det var svært utfordrende å spille rollen og posisjonere meg som teamarbeider, spesielt fordi jeg måtte bedrive aktiv inngripen med barn og foreldre gjennom bruk av metoder som jeg, på grunnlag av tidligere feltarbeid, var ganske kritisk til. Generelt ble familienes samspill vurdert av teamet etter kulturelle forestillinger om foreldreansvar, barn og barndom og hvordan en familie «burde» være. Vurderingene hadde grunnlag i PMTO som metode, som bruker en hierarkisk familiemodell hvor foreldre anses som ansvarlige for livsstilsendring, og hvor barns agens ikke blir tatt høyde for. Gjennom bruk av PMTO forsøkte vi å observere eventuelle «fastlåste og skadelige samspillmønstre» i familiene og bedrev veiledning for å prøve å erstatte disse med mønstre som fremmet samarbeid og positiv utvikling i familiene i stedet. Eksempler på dette er hvordan vi stadig oppfordret foreldrene til å overse negativ atferd hos barna og rose positiv atferd. Vi kunne også oppfordre foreldrene å snakke rolig og tydelig til barna sine, i stedet for å vise irritasjon og heve stemmen, som ifølge PMTO vil skape dårlig relasjonell dynamikk mellom barn og foreldre. Jeg hadde lært av teamet at det i PMTO ligger en forestilling om at dersom foreldre viser irritasjon eller sinne, ville dette utløse samme følelser og atferd hos barn, noe som igjen kan skape et eskalerende negativt samspill mellom partene. Et problem var at jeg følte at bruken av PMTO tvang meg til å se *alle* familier som deltok på sommerleiren som potensielt dysfunksjonelle. Basert på tidligere feltarbeid visste jeg at dette ikke var tilfellet, fordi det var mange årsaker til at familier kunne spise, eller ty til, en alt for kaloriholdig kost. I tillegg syntes jeg det var problematisk at målet med intervensjonen var å dyktiggjøre *foreldrene* til å fungere som gode rollemodeller for sine barn slik at de ville adoptere en mer «fornuftig» livsstil, mens barna kun skulle delta i «bevisstgjørende lek og aktiviteter». Barns agens som potensielle livsstilsendringsagenter ble i ganske stor grad oversett. Fra tidligere feltarbeid hadde jeg fått innsikt i hvordan barna på tross av intervensjonens design

plukket opp (og av og til misforsto) kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet og brukte det aktivt hjemme og under rehabiliteringsopphold. Min kritiske holdning til PMTO som metode ble også forsterket i ettertid gjennom personlig korrespondanse med en forelder, som skrev i en personlig email til meg at:

...[*min datter*] ble sendt for å leke [*da vi var på rehabiliteringssenteret*] mens jeg ble «dyktiggjort» som forelder [*av teamet gjennom undervisning og gruppesesjoner*]. Hele utgangspunktet blir feil når det forutsettes at man er tykk fordi man ikke vet bedre. Jeg følte at klinikken vegret seg for å snakke alvor om overvekt og trening med barna, noe som hadde vært helt nødvendig i [*min datters*] tilfelle i hvert fall.

Jeg vet at flere i teamet som jobbet på dette rehabiliteringssenteret også var kritiske til den metodiske tilnærmingen til familiene i den randomiserte studien. Vi måtte imidlertid forholde oss til forskningsprotokollen. Samtidig skal det sies at teamet på rehabiliteringssenter 2 forsøkte å «myke» opp den hierarkiske, tradisjonelle familiemodellen som ble brukt i den medisinske randomiserte studien. For eksempel brukte de et par barnevennlige metoder for i større grad å involvere barna og gi dem økt livsstilsendringkunnskap på sommerleiren i 2011, hvor jeg posisjonerte meg med teamet. Blant annet hadde barna en mindre økt med klinisk ernæringsfysiolog hver morgen, hvor de viste barna bilder av ulike typer mat for å bevisstgjøre dem på hvilken type mat som var svært kaloriholdig, og hva som anses som «usunn» og «sunn» mat²³.

Det jeg syntes var mest utfordrende med å posisjonere meg som teamarbeider, var at jeg måtte ha aktiv inngripen med foreldre og barn når det oppsto konfliktfylte situasjoner. Av etiske hensyn ønsker jeg ikke å beskrive disse situasjonene, men noen var mer alvorlige enn andre. Jeg slet etter hvert med følelsen av å bli desillusjonert, og jeg kunne bli frustrert og lei meg. Siden jeg strengt tatt ikke har faglig bakgrunn for å kunne jobbe som teamet, forsøkte jeg i disse situasjonene å basere meg på erfaringer fra tidligere feltarbeid for hvordan teamene taklet ulike situasjoner. I tillegg forsøkte jeg å bruke PMTO-teknikker i konfliktløsning. Når vi hadde anledning, kunne vi i teamet diskutere spesielle hendelser med hverandre før vi intervenerte, men ofte var det ting som måtte tas tak i «der og da».

Når det gjaldt klær, valgte jeg å tilpasse meg teamets kleskoder med dyre treningsklær og sko av kjente merker, som jeg hadde gjort innkjøp av før jeg dro på feltarbeid. Dette gjorde jeg, som beskrevet tidligere, for å signalisere både overfor

²³ Dette ble ikke gjort med familiene som deltok i 2010-kullet, og som jeg fulgte i to år.

team og familier at jeg nå var «del av teamet». Det var interessant å observere hvor ulikt både foreldre og barn forholdt seg til meg på dette feltarbeidet enn på tidligere feltarbeid. Jeg var nå en autoritetsfigur og hadde ansvar for aktiviteter, og jeg var aktiv i å veilede foreldre og barn. Barna så meg nå absolutt ikke som en «likemann», men helt klart som en voksen person som satte rammer for deres aktiviteter. Dette ble også understreket ved at jeg under hele oppholdet delte spisebord med teamet i kantina under alle måltider. Spisebordet til teamet var plassert øverst i kantina hvor vi også hadde utsyn til alle de andre spisebordene. På denne måten kunne vi, samtidig som vi spiste, observere barnas og foreldrenes matinntak. Det hendte også ved et par anledninger at noen av oss i teamet dro til byen for å spise middag sammen. Dette skjedde som regel når vi ikke rakk middagen på rehabiliteringssenteret på grunn av oppsummeringsmøtet med teamet på slutten av dagen, som kunne bli langvarig. Siden jeg nå posisjonerte meg som teamarbeider, valgte jeg å ha samme spiseatferd som mine medarbeidere. Ved én anledning ble barnevernspedagogen og jeg «tatt på fersken» på en pizzarestaurant i byen av et par familier, hvorpå de klaget til prosjektleder i teamet. Hun måtte da understreke at vi faktisk bare jobbet der, og ikke var på rehabilitering selv.

3.5 Om å gjøre feltarbeid i egen kultur

Å gjøre feltarbeid i egen kultur, slik jeg har gjort, er beskrevet i antropologien å ha både fordeler og ulemper (Wadel 2006). Antropologen Cato Wadel (2006) sier for eksempel at en helt klar praktisk fordel er at man kan språket. Et problem kan imidlertid være at man deler kulturell kunnskap og grunnleggende forståelser om mellommenneskelig samhandling og handling, slik at antropologen kan overse hendelser og fenomener som man antagelig ville ha tatt tak i hvis man befant seg i en mer fremmed kultur. Samtidig påpeker Wadel at antropologer aldri studerer *hele* samfunn, men gjør delstudier innen kulturer (eller «kulturkretser»). Disse kan fremvise en ganske annerledes «virkelighet» enn de man vanligvis befinner seg innenfor. Selv om alle mine feltarbeid befant seg innenfor Norges grenser, følte jeg at jeg var i situasjoner som var ganske fremmede for meg. Selv om jeg helt klart hadde fordeler av å kjenne språket og delte mange kulturelle forestillinger med mine informanter, hadde jeg på forhånd ikke kjennskap til feltet rehabilitering av barnefedme, annet enn at jeg hadde jobbet med et nettbasert kompetansehevingsprosjekt om overvekt og fedme sammen med

fedmeforskningsenheten ved et universitetssykehus i Norge da jeg jobbet som rådgiver i telemedisin ved Norsk senter for samhandling og telemedisin i perioden 2007–2008. I dette prosjektet jobbet jeg imidlertid ikke med det faglige innholdet i kompetansehevingsprosjektet som sådan, men heller med den teknologiske løsningen.

Jeg har ikke barn selv, og har ikke veldig mye kontakt med barn eller barnefamilier. Barns verdener, slik jeg opplevde dem på feltarbeid, fremsto derfor som ganske fremmede for meg. Jeg hadde manglende innsikt i barns typiske fritidsinteresser i dag og organisering av deres generelle daglige liv, og hadde lite erfaring med hvordan barn forholder seg til hverandre og voksne. De fleste familiene hadde i tillegg en annen sosiokulturell bakgrunn enn meg, og hadde for eksempel andre vaner og holdninger hva gjelder mat og fysisk aktivitet. Jeg kunne derfor tidvis mangle kulturell kompetanse for smidig deltagelse i felten. Et typisk eksempel på dette er da en forelder en dag tullet med at de bare kunne ringe 04440 hvis middagen var like dårlig som dagen før, hvorpå de aller fleste voksne og flere av barna lo. Selv forsto jeg ikke vitsen, som henviste til telefonnummeret til Dolly Dimple's.

Jeg hadde heller ikke inngående kjennskap til rehabiliteringsarbeid, men jeg har lang erfaring fra helsevesenet og besitter kunnskap om generell sykdomslære og medisinsk terminologi. Dette var tidvis nyttig bakgrunnskunnskap for å forstå en del av teamenes diskurser, for eksempel deres diskusjoner i forbindelse med skriving av pasientenes medisinske journaler, og hvorvidt ulike diskurser hvilte på kunnskap fra klinisk ernæringsfysiologi, biomedisin eller psykologi. Dette, og at jeg gjorde feltarbeid i egen kultur, kan kanskje kvalifisere meg som «en informert outsider», et begrep som beskrives slik av Hilden og Middelthon (2002: 2475): «Posisjonen innebærer en produktiv distanse som gjør det mulig å se forhold som 'insideren' tar for gitt og dermed ikke reflekterer over, samtidig som den understreker den avgjørende betydning av å besitte kunnskap om feltet». Denne produktive distansen er imidlertid ikke en teknikk som bare brukes av antropologer som gjør feltarbeid i eget land, men er et velkjent grep innenfor etnografisk metode. Slik sett kan man diskutere om det analytiske skillet mellom «den innfødte antropolog» som gjør forskning i egen kultur, og en «ikke-innfødt» antropolog er overdrevet (Narayan 1993). Uansett hvor man gjør feltarbeid, vil en forsker innen den etnografiske tradisjonen forsøke å gripe mønstre i samhandling som kan forklare folks handlinger og meningssystemer (Gulløv 2003). Det er også slik at forskere innen den etnografiske tradisjon vil gjøre metodiske og metodologiske overveielser uansett om man gjør forskning «ute» eller

«hjemme» (ibid.). Metodiske valg vil alltid være forbundet med den vitenskapelige disiplinen man befinner seg innenfor, og dens teoretiske diskusjoner (ibid.). Det er også forskeren selv som velger ut empiri, og disse valgene vil være påvirket av forskerens teoretiske bakgrunn (ibid.). Slik sett kan ikke empiriske data forstås som «rene data» (ibid.). Å bruke et barneperspektiv i forskning kan derfor forstås som en analytisk konstruksjon forbundet med teoretiske overveielser man gjør seg i løpet av hele prosessen fra planlegging av feltarbeid, innsamling av empiriske data og i analysearbeidet (ibid.).

James (1993) sier at for antropologer som gjør studier «hjemme», handler det om å gjøre det kjente «ukjent», slik at man kan undersøke det man trodde var velkjent. Hun sier at etnografer gjennom vektlegging av «tykke beskrivelser» kan undersøke (barns) sosiale handlinger, slik at vi kan identifisere hendelsers kontekst, som muliggjør fortolkningen (heller enn forklaringen) av sosiale handlinger. Før jeg startet feltarbeid, hadde jeg innsett faren med å overse nettopp viktige hendelser og samhandling fordi jeg til dels var en «informert outsider». Jeg hadde derfor bestemt meg for å skrive ned så rike feltnotater som mulig, også ting som jeg anså som uviktig. Dette ga meg et rikt materiale. Herunder kommer en beskrivelse av hvordan jeg kodet og analyserte mine empiriske data, og hvilke hovedtema som sprang ut av analysen av det empiriske materialet, samt hvilke tema jeg valgte å konsentrere meg om i denne avhandlingen.

3.6 Tematisk koding og analyse

Tematisk analyse er en metode som anses som nyttig for å fange meningskompleksiteten innenfor et tekstlig datasett, og det er også den vanligste analysemetoden innen kvalitativ forskning (Guest et al. 2012). Jeg brukte tematisk analyse i arbeidet med artikkel 2 og 3, som er de to artiklene i denne avhandlingen hvor jeg bruker og analyserer empiri fra felten. Ifølge Fielden et al. (2011) består en anvendt tematisk analyse av seks steg: 1) transkribering av data, 2) lesning og relesning av data, 3) koding, 4) søke etter tema 5) definering og navngiving av tema og til slutt 6) velge ut illustrerende eksempler som illustrerer temaer.

Som nevnt tidligere renskrev jeg feltnotater hver kveld etter at familiene hadde gått til ro. Jeg gikk igjennom feltnotater ytterligere en gang etter endt rehabiliteringsopphold, men rettet da stort sett skrivefeil. Av og til skrev jeg også ned

noen tanker jeg hadde fått i løpet av feltarbeidet eller betraktninger jeg gjorde meg rundt det empiriske materialet.

Da jeg var ferdig med datainnsamlingsperioden, brukte jeg mye tid på gjennomlesning av alle mine data. Dette var for å oppdage viktige mønstre i dataene. Siden det i tematisk koding og analyse er anbefalt å legge vekt på temaer som er med på å forklare det større datasettet (Fielden et al. 2011), forsøkte jeg å lage oversikter over temaer som utpekte seg. Hovedtemaer som utpekte seg var barnas agens og rolle i livsstilsendingsprosessen (inklusive foreldrenes fortellinger om barnas agens i livsstilsendingsprosessen), hvordan barna endret språket sitt om mat, fysisk aktivitet og sin tilstand, og hvordan teamets tilnærming til barna var påvirket av pediatriens og samfunnets forståelse av barn og barndom, barnefedme, «familie» og foreldreansvar i forhold til barns helse. Andre viktige tema var metoder teamet brukte for fedmerehabilitering, samt kulturelle forestillinger om mat og fysisk aktivitet som kom til syne i rehabiliteringen. Hvordan barna utviklet vennsksrelasjoner og barnas erfaringer med kroppen (vekttap, sult, kroppssmerter og/eller kroppsbebehag) var også mulige tema for videre analyse. Jeg hadde også interessante empiriske data og funn og erfaringer hva gjaldt min metodiske tilnærming til feltlokasjonene. I prosessen med å kode dataene og søke etter viktige tema i datasettet (Fielden et al. 2011) brukte jeg både ulike fargekoder og det Hammersley og Atkinson (1992) kaller for «formelle analytiske begreper» for koding og identifisering av tema, som for eksempel «PMTO» (når teamet brukte metoden Parent Management Training, Oregon-model) eller «agens» (som henvisning på når barn utviste agens eller når teamet eller foreldrene snakket om barnas agens).

Etter hvert som jeg fikk kartlagt viktige tema, tok jeg en beslutning om hva mine to siste artikler i avhandlingen skulle handle om. Siden min doktorgradsavhandling er forankret i den sosiale barne- og barndomsforskningen, valgte jeg å gå dypere inn i temaet om hvordan barna ble påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen. Jeg var også opptatt av barnas agens og rolle i livsstilsendingsprosessen. Forskere innen den sosiale barne- og barndomsforskningen er ofte opptatte av å studere barns sosiale relasjoner og forstå dem som aktive i konstruksjonen av sine liv. Dette omtales som sagt ofte som ”barneperspektivet” (Gulløv og Højlund 2003). Barndomsforskerne Eva Gulløv og Susanne Højlund (2003) sier at å bruke et barneperspektiv i forskning nettopp handler om at man har med seg teoretiske overveielser i forkant som vil påvirke både

innsamlingen av empiriske data og det påfølgende analysearbeidet. Dette er også tilfellet for i min forskning, i og med at jeg hadde hovedfokus på innsamling av empiriske data fra et barneperspektiv, samt at jeg valgte å ta utgangspunkt i barneperspektivet i mine siste to artikler og forestillinger om barn og barndom innen pediatrien i mitt første bokkapittel.

Før jeg startet analysearbeidet med hver enkelt artikkel, gikk jeg igjennom kodingen jeg allerede hadde gjort med det analytiske begrepet «agens» i det empiriske materialet for å se om det var noe jeg hadde oversett i de tidligere gjennomlesningene. Jeg satt også inn tilleggskodene «Agens/PB», hvor PB sto for «posisjonering barn», «Agens PF», som sto for «posisjonering foreldre, og «Agens/PT», som sto for posisjonering team, slik at jeg hadde oversikt over mine ulike posisjoneringer med team, foreldre og barn under innsamlingen av empiriske data. Deretter gjorde jeg en dokumentanalyse av prosjektbeskrivelsen til den randomiserte studien for å få innsikt i hvordan barna ble «forstått» og hvordan protokollen beskrev barnas aktiviteter og innlemmelse versus foreldrenes. Dette sammenstilte jeg så med å lage oversikter over hvilke aktiviteter barn var deltagende i alene eller sammen med foreldre og/eller team, og hvor aktivitetene ble gjennomført. Jeg laget også en oversikt over viktige temaer som de ulike posisjoneringene hadde gitt meg innsikt i. Disse oversiktene ble laget og brukt som et bakteppe for å prøve å forstå barnas handlemuligheter i relasjon til deres omgivelser og mellommenneskelige relasjoner (Gulløv 2003).

3.6.1 Analyse artikkel 2

I artikkel 2, «Look mommy, I'm eating the plate model!» Biopedagogies and coping with obesity through objectification, brukte jeg tematisk analyse lik beskrevet ovenfor. I denne artikkelen var jeg særlig opptatt av å undersøke to hovedtema som hadde utmerket seg i mine empiriske data: 1) endringer i barnas språk om mat, fysisk aktivitet og deres kropper, og hvordan dette var påvirket av innholdet i rehabiliteringen og 2) hvordan de fleste barna tok, eller forsøkte å ta, en aktiv rolle i sin familiens livsstilsendringsprosess, noe som var særlig tydelig i foreldrenes historier fra hjemmeoppholdene.

Jeg hadde allerede kodet dataene ved å bruke kodene «agens PB, PT eller PF», men jeg måtte nå kode dataene også med «agens barn» der barna fremviste agens eller «agens foreldre» eller «agens team» der voksne fremsatte historier om hvordan barna tok aktiv rolle i livsstilsendringen. Jeg hadde allerede oversikt over hvilken type

posisjonering jeg hadde inntatt i de ulike situasjonene. Etter en første analyse fant jeg tydelige endringer i barnas diskurser hva gjaldt fysisk aktivitet, mat(-inntak) og deres tilstand (om deres store kropp). Jeg fant også at disse var hovedtemaene i livsstilsendingsbudskapene rehabiliteringsteamene forsøkte å formidle. Jeg kodet på ny dataene etter temaene etter «fysisk aktivitet», «mat(-inntak) og «fysikk» (i tillegg til kodene agens barn/agens PB), og fikk også en magefølelse på at jeg burde sortere dataene inn i tidsramme for å få oversikt over språklige endringer over tid. Dette viste at barnas språk endret seg over tid. I artikkelen brukte jeg også tidligere dokumentanalyser samt analyser gjort av materialet hvor jeg posisjonerte meg med foreldre og team. Årsaken var at jeg ikke ønsket å avsondre barna helt fra voksne i analysen, men, lik Brady et al. (2015), forstå barna som en sosial minoritetsgruppe og forsøke å ta høyde for maktrelasjonene mellom voksne og barn. Jeg forsøkte også å forstå barna som det Brady et al. (2015) omtaler som ”sosiale agenter” . Det vil si å forstå barn som medvirkende i sine sosiale verdener, og ta høyde for hvordan deres medvirkning ble oppfattet, tilrettelagt for og begrenset av andre voksne (Brady et al. 2015). Jeg forsøkte også å forstå barna som ”beings” (Brady et al. 2015), altså som sosiale aktører som aktivt var med å konstruere sine «barndommer» (Uprichard 2008). Til slutt relaterte jeg mine funn til teoretiske konsepter og perspektiver så vel som tidligere forskning.

3.6.2 Analyse artikkel 3

I artikkel 3, Taking children’s humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight, brukte jeg også tematisk analyse. I denne artikkelen undersøkte jeg hvorvidt barnas spontane og situasjonsspesifikke humor (deres sarkastiske, ironiske og vittige utsagn) var knyttet til den sosiale konteksten de befant seg i. Som i artikkel 2 var empiriske data allerede transkribert, og jeg startet med lesning og gjenlesning av dataene for å få overblikk over materialet. Deretter kodet jeg data etter repeterte mønstre i teksten. Det første jeg gjorde var å markere øyeblikk med latter som grunnlag for videre analyse. Jeg fant da at barna hadde spøkefulle utsagn om særlig tre tema: «Mat» (-inntak), «fysisk aktivitet» og «den feite kroppen» («fat jokes»). Disse temaene ble så kategorisert, og jeg forsøkte meg deretter på en detaljert analyse. Jeg oppdaget da at de humoristiske utsagnene ikke kunne forstås uten å kople dem til den sosiale konteksten (den biopedagogiske konteksten) barna befant seg i. For å kunne forklare tilhørernes latter i

respons til de humoristiske utsagnene måtte jeg kode utsagnene også til andre relevante situasjoner eller opplevelser. Under denne prosessen fant jeg også at jeg måtte skrive om humorens *funksjon*, heller enn å analysere hver enkelt vits uavhengig av kontekst. I likhet med artikkel 2 satt jeg også opp de spøkefulle utsagnene i en tidsramme, for å se om det fantes endringer innenfor spøkemaene som viste hvordan barna ble påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringsopplegget. Jeg fant da en klar overgang fra bruken av «fat jokes» i starten av rehabiliteringen til spøkefulle utsagn som involverte biopedagogiske budskaper fremsatt av rehabiliteringsteam.

Også i denne artikkelen brukte jeg tidligere dokumentanalyser og analyser gjort av mitt empiriske materiale hvor jeg posisjonerte meg med foreldre og team. Dette ga en forståelse av den sosiale felten som helhet, og ble også gjort fordi jeg ikke ønsket å prøve å forstå barnas spøkefulle utsagn i isolasjon fra voksne. Til slutt valgte jeg ut illustrative eksempler på humoristiske utsagn som var mulig å oversette til engelsk. Deretter relaterte jeg mine funn til relevante teoretiske konsepter og perspektiver så vel som tidligere forskning.

KAPITTEL 4: Empiriske funn

I dette kapitlet skal jeg gi en oversikt over og diskutere de viktigste empiriske funnene fra mitt feltarbeid som er behandlet i denne avhandlingen. Innledningsvis presenterer jeg tre empiriske eksempler fra feltarbeidet mitt. Dette gjøres for å gi leseren et illustrativt innblikk i det empiriske materialet jeg hadde å jobbe med, og for å illustrere kort innledningsvis hvordan mine ulike posisjoneringer med barn, foreldre og team ga meg innsikter. Deretter presenteres og diskuteres denne avhandlingens empiriske hovedfunn. For å sikre at mine informanternes anonymitet er ivaretatt, blir empiriske data i hovedsak presentert som gruppedata og/eller omskrevet på en måte slik at enkeltindivider ikke er mulig å gjenkjenne.

4.1 Tre empiriske eksempler fra felten

Det første empiriske utdraget jeg presenterer herunder er hentet fra sommerleiren hvor jeg selv jobbet i teamet, og hvor jeg har fått i oppdrag fra teamleder å ha en samtale med et av barna diagnostisert med fedme. Utdraget er hentet fra den første sommerleiren for barnet. Årsaken til samtalen var at teamet var bekymret for [anonymisert jente med fedme] og hennes families ”dynamikk”, og ville at jeg skulle få et innblikk i jenta sine tanker om hjemmesituasjonen og oppholdet på rehabiliteringssenteret.

Jenta og jeg går bortover gressplenene på rehabiliteringssenterets område opp mot gjerdet til hovedveien. Det er veldig fint og stille der, og vi finner et tre som vi kan sitte under, og jeg gir henne regnjakka mi slik at hun kan sitte på den, for det er litt bløtt i gresset. Jeg setter meg på regnbuksa mi. Jeg sier til jenta at jeg tenkte at vi kunne prate litt om hvordan hun har hatt det her, forsøker å gjøre henne trygg i situasjonen – jeg setter meg nærme henne, lener meg mot henne og inntar en avslappet stilling med beina i kors. Jeg har ikke noe skriveblokk, for jeg ønsker å gjøre settingen uformell. Hun er lett å prate med. Jeg spør om hun har fått mange venner her, og det sier hun at hun har, og at hun til og med har fått en bestevenninne. Hjemme så har hun bare én venninne sier hun, og hun går et par klassetrinn over henne. I klassen sin har hun ingen venner sier hun, og sier at hun har forsøkt å prate med kontaktlæreren sin fordi de andre ikke er snille med henne, men at hun ikke ”gjør noe med det”. Jeg sier da at det er dumt, fordi læreren hennes bør høre på det hun prøver å si, og jeg oppfordrer henne til å si til læreren neste gang hun ikke hører, med en rolig stemme, at ”du må høre på hva jeg prøver å si, for det er viktig”. Jenta nikker, virker litt trist et øyeblikk, men prater så livlig i vei igjen. Jeg spør om hun har lært noe her mens hun har vært på klinikken, og jenta sier at hun har lært å ri og at man ikke skal sprute på andre når de har tørre klær på seg. Jeg spør også om hun har lært litt om mat og om hun har tenkt på om hun skal gjøre noe annerledes når hun kommer hjem, men hun trekker bare litt på skuldrene og ser ned i bakken. Hun forteller meg da at

"Mamma har Biola på rommet" (på familiens private rom på rehabiliteringssenteret), og at hun tror foreldrene har kjørt til sentrum på kveldene for å kjøpe seg mat, noe de "ikke har lov til... Men jeg har ikke gjort det!", sier jenta. Jeg spør så om det er foreldrene som bestemmer hva de skal spise hjemme, men jenta sier at de ikke bestemmer så veldig mye, at hun bestemmer ganske mye selv. Hun sier at hun ikke er så glad i middag, og at hun derfor blir fort sulten igjen, og når jeg spør henne hva hun da spiser da, svarer hun at hun spiser brødkiver. Jeg spør henne også om de spiser godteri hjemme, og jenta sier at de får lov til å kjøpe to kilo godteri på lørdager, men at de vanligvis bare kjøper én kilo. Jeg får på følelsen av at sistnevnte skjer heller sjelden fordi jenta er litt unnvikende i blikket. "En ting...", sier hun og ser på meg. "Jeg gruet meg litt til å komme til denne fat-camp-tingen..." "Gjorde du?", spør jeg. "Men du gruer deg vel ikke nå lengre vel?" Hun svarer ikke direkte på spørsmålet, men sier at hun tror at hun har "gått ned i vekt (i løpet av sommerleiren), for beltet passer ikke i sporet lengre og buksa har blitt for stor. Se! (peker), jeg har tatt beltet ett hakk inn! [pause]. Lurer på hvordan jeg "er" når jeg er 13 år".

Det neste eksempelet er hentet fra en gruppesamtale med foreldrene på et langhelgopphold ledet av teamet, hvor ingen barn er til stede. Under dette langhelgoppholdet posisjonerte jeg meg med foreldrene og observerte og deltok i deres aktiviteter. Disse foreldrene hadde deltatt i studien i cirka ett og et halvt år, og hadde kommet langt i forløpet.

Etter frokosten er det gruppesamtale med alle foreldrene. To fra rehabiliteringsteamet leder samtalen. Sesjonen starter med at en fra teamet spør hva de ønsker å bruke timen til, og sier at "de har ingen fasit". En av foreldrene sier da at "de heller ikke har noen fasit", og alle ler²⁴. Selv om det aldri blir definert hva timen egentlig skal brukes til, så starter teamet en diskusjon om familienes frokostvaner nå, og spør om alle nå har "fått den til" (hjemme), noe flere nikker bekræftende til. Det blir også snakket litt om barnas vekt og vektnedgang, og en fra behandlingsteamet sier at "I utgangspunktet skal de (barna) ikke gå ned i vekt, men vokse seg inn i vekta si". En mor sier da at hennes jente har vært veldig fornøyd med å gå ned én kilo i vekt siden forrige opphold, og at hun var stolt da hun klarte å komme inn i buksene fra i fjor. Moren fortsetter: "I utgangspunktet hadde jeg ikke tro på at man skulle gå ned i vekt når man spiste flere måltider, fordi man jo spiser mer til sammen, men jeg skjønner at jeg har tatt feil". Igjen understreker en i teamet at målet ikke er at ungene skal gå ned i vekt, men at de skal vokse inn i vekten sin. En annen forelder deler da at [anonymisert barn med fedme] "går på vekta en gang i uken, men det er fordi [anonymisert barn med fedme] vil det selv.", og en far sier da at gutten hans begynte å veie seg en stund før de ble med i studien "fordi han ville følge med på vekten sin". En fjerne forelder begynner så å snakke om oppfølgingskontakten de har i kommunen de bor i, som er en helsesøster. Det kommer frem at flere familier har helsesøster som lokal oppfølgingskontakt. Foreldrene deler historier om hvordan flere av disse

²⁴ Denne spøken er morsom fordi den har flere lag, da den også hentyder til hvordan foreldrene ikke har noen fasit på hvordan de skal få til livsstilsendring i familien.

oppfølgingskontaktene synes å vegre seg for å snakke med barna om vekten deres, og at "de skjønner ikke at det ikke nytter å snakke om å bare drikke mindre juice og ikke spise den eller den yoghurten". Flere foreldre nikker bekræftende. En i teamet sier da: "Man er redd for å såre barnet, og at de tenker at det er bedre om foreldrene tar det opp...". "Dette har med uvitenhet å gjøre", sier en av foreldrene. Ei i teamet sier at "Likevel så er det viktig med oppfølgingskontakten, for dere er jo her (på rehabiliteringssenteret) bare en helg nå og da". Flere av foreldrene nikker, og en forelder spør da om det er mulig å bytte kontaktperson. En i teamet svarer at "Problemet er at det kun er helsesøstre og nesten ingen fastleger som har deltatt på kurs hos oss (på senteret), så derfor kan ikke de være kontaktpersoner. De ikke er vant til å tenke familien som et system (slik vi gjør). Man arver livsstil, sånn er det bare".

Samtalen glir så over til at foreldrene begynner å dele historier om hvordan deres barn ofte irettesetter dem og "passer på dem" (foreldrene). En mor forteller hvordan hennes datter pleier å si i fra når de ikke "overholder reglene, for eksempel hvis vi har drukket et glass brus utenom helgen". Moren hermer etter datterens stemme og sier: «Men mamma, det der lærte vi jo på senteret at vi ikke skulle gjøre! Og da blir det sånn!», sier moren. Med dette impliserer hun at datteren forsøker å sette grenser for familiens inntak av brus på hverdager. En annen mor som har delt omsorg for sin datter med sin eksmann, forteller at hun selv «er mer motivert når hun (datteren) er der. Jeg sliter ellers med dårlige spisevaner». En i teamet sier da at «Vi må følge strengheten demmers» (altså barnas "strenghet").

Det siste empiriske utdraget er hentet fra en sommerleir da jeg posisjonerte meg med barna. Vi var her på tur til Sørlandsparken, som var en lørdagsaktivitet arrangert av rehabiliteringssenteret, men hvor familiene selv fikk gå rundt fritt i parken. Disse familiene hadde vært på den første sommerleiren i forløpet i cirka en og en halv uke.

Noen foreldre, barn og jeg går mot Sørlandsbrygga, et sted i parken hvor det er mange restauranter og kafeer. [Anonymisert barn med fedme] ser da på klokka og sier "Vi har ikke spist mellommåltid!", og sier bestemt at "Vi må spise det samtidig som vi går slik at vi ikke spiser utenfor klokketiden!". Vi tar alle opp frukten vår, som er vanlig å spise som et mellommåltid, og som vi tok med oss fra senteret da vi spiste frokost etter oppfordring fra teamet. Jeg merker meg at det var [anonymisert barn med fedme] som fulgte med på klokka i forhold til når vi skulle spise mellommåltid, mens ingen av foreldrene kom på det. Mens vi går og spiser mellommåltidet vårt sier [anonymisert barn med fedme], mens [anonymisert barn med fedme] gomler på eplet sitt, at "Vi har vært i aktivitet hele tiden. Det er viktig med en slik dag med positive opplevelser". De voksne ler, og en av foreldrene tuller med at [anonymisert barn med fedme] "...kunne ha jobbet i teamet", og moren til [anonymisert barn med fedme] ler hjertelig. Hun må imidlertid forklare spøken til [anonymisert barn med fedme] fordi [anonymisert barn med fedme] ikke helt forstår hvorfor moren lo.

Etter hvert finner vi et sted under tak på Sørlandsbrygga, og de voksne drikker kaffe. Det er mange veps der, så vi blir ikke sittende så lenge før vi går tilbake til plassen hvor tivoliet er. Vi finner da resten av gruppa i Kaptein

Sabeltanns Verden, som ligger like ved Båtbasaren. Alle virker ganske slitne og kalde. Været er ikke så bra, og det regner tidvis. Sammen bestemmer vi at vi nå skal spise "ukens godteenhet" siden det er lørdag, eller "godtedelen", som [anonymisert barn med fedme] kaller det (han husker ikke riktig term og lager sin egen). Vi hadde blitt enige dagen før om at vi bare skulle spise én godteenhet på lørdagen, og at vi skulle spise den mens vi var i Dyreparken. Vi finner et stort bord med plass til alle sammen som er under tak, og så stiller vi oss i kø for å handle. Foreldrene pluss to av barna med fedme velger å spise bolle med krem, noen de andre velger bolle med melis, bortsett fra [anonymisert barn med fedme], som insisterer på at han ikke skal ha bolle, men at han vil ha sukkerspinn. Moren protesterer ikke, men det virker som at de andre ungene synes at han også burde ha kjøpt bolle. Gutten snapper antagelig opp dette, for når han kommer tilbake med sukkerspinn sitt og setter seg sammen med oss på benken, begynner han å snakke om hvor mange sukkerbiter det antagelig er i sukkerspinn. Ungene begynner da å prate sammen om hvor lenge han antagelig må trene for at han skal "ta den av seg". De kommer i fellesskap frem til at det må være "mange timer". Når [anonymisert barn med fedme] er ferdig med å spise sukkerspinn, snur han seg til meg, som sitter ved siden av ham, og sier at han angrrer, at han er litt kvalm.

Etter vi er ferdige med å spise, men fremdeles sitter på benken, kommer tilfeldigvis to i teamet fra rehabiliteringssenteret forbi. [Anonymisert barn med fedme] som spiste sukkerspinn, forteller da teamet at han og moren nettopp har drukket Cola Light og Pepsi Max, "men at det ikke var noen kalorier i dem". Han forteller ikke om sukkerspinn han nettopp har spist.

Ovenfor har jeg presentert tre utdrag fra mine empiriske data for å gi en illustrasjon av det empiriske materialet jeg hadde å jobbe med. Første utdrag er hentet fra da jeg posisjonerte meg med og jobbet som del av teamet. I eksempel nummer to posisjonerte jeg meg med foreldrene, og i eksempel tre posisjonerte jeg meg med barna. Utdragene er alle illustrative eksempler for hvordan barna ble påvirket av de biopedagogiske budskapene involvert i behandlingen. Gjennom å posisjonere meg med både barn, foreldre og team på ulike feltarbeid og til ulike tider, fikk jeg innsikt i hvordan barna utøvde agens og medvirkning i forhold til egen situasjon. Som beskrevet tidligere i denne sammenfatningsartikkelen, så er min avhandling forankret i den sosiale barne- og barndomsforskningen, hvor barneperspektivet står sentralt. Barneperspektivet handler, som sagt tidligere, om å forstå barn som aktive i konstruksjonen av sine liv, og man er opptatt av å studere barns relasjoner (Gulløv og Høylund 2003). Avhandlingens hovedspørsmål er fundert i dette perspektivet, og er: "Hvordan ble barna med fedme påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen?" I det videre presenterer jeg mine empiriske hovedfunn fra feltarbeidet knyttet til dette hovedspørsmålet.

4.2 Hvordan ble barna påvirket av det biopedagogiske innholdet i rehabiliteringen?

I mine empiriske data fant jeg at barna gradvis begynte å bruke ny terminologi om mat, fysisk aktivitet og om sin tilstand. I begge mine to empiriske artikler har jeg som sagt analysert dette gjennom å analysere endringer i barnas språk. Jeg har også brukt innsikter fra da jeg posisjonerte meg med foreldre og behandlingsteam.

I starten av rehabiliteringsoppholdet hadde barna et ganske ”snevert” språk om sin tilstand, og sa at de var på rehabilitering fordi ”jeg er feit”. Etter hvert fant jeg en overgang i språket hvor de begynte å si at de ”led av fedme”, som er noe ganske annet enn å *være* feit. Denne nye forståelsen skyltes at barna tok til seg teamets biopedagogiske budskaper og diskurser om mat, fysisk aktivitet og lidelsen fedme, noe som ga dem en ny forståelse for tilstanden sin. De utviklet også mestringsstrategier basert på de biopedagogiske budskapene de ble presentert for. I artikkel 1 viser jeg hvordan denne transformasjonen skjer gjennom å ha hovedfokus på endringer i barnas språk hva gjelder fysisk aktivitet, mat(-inntak) og hvordan de begynner å entifisere (tingliggjøre) sin tilstand (fedme). I artikkel 2 viser jeg dette gjennom å analysere barnas humor, hvor jeg fant en endring i spøktema fra såkalte ”fat jokes” til å involvere de biopedagogiske budskapene som rehabiliteringsteamet fremsatte. Siden artiklene tematisk sett overlapper hverandre på en del områder, presenteres de empiriske hovedfunn relatert til forskningsspørsmålet i avhandlingen samlet i dette kapittelet. Jeg inkluderer også noen empiriske eksempler som ikke presenteres i avhandlingens artikler.

4.2.1 Fra ”å være feit” til ”å lide av fedme”

I begge mine artikler undersøker jeg altså endringer i barnas språk som tegn på hvordan de tok til seg rehabiliteringsteamets biopedagogiske budskaper og diskurser om mat, fysisk aktivitet og sin lidelse, og hvordan dette tydet på at barna var involvert i en prosess av medikalisering av tilstanden sin. Gjennom denne prosessen ble deres forståelse av sine kropper omgjort til en entitet – ”en ting” (lidelsen ”fedme”), som barna kunne jobbe på; altså at de utviklet strategier og verktøy for å endre på og mestre sin tilstand. I det videre beskriver jeg hvordan denne transformasjonen utspilte seg.

Barna deltok som sagt stort sett på fysiske aktiviteter i regi av rehabiliteringsteamet. Det var et uttalt mål i prosjektbeskrivelsen til den randomiserte

studien at barna skulle oppnå kunnskap om mat og fysisk aktivitet gjennom lekaktiviteter. Som nevnt tidligere var målet at slike aktiviteter skulle bidra positivt til barnas matvalg ved at de ble mer ”kjent” med sin sult- og metthetsfølelse. De fikk ikke opplæring i kosthold og fysisk aktivitet på lik linje med sine foreldre, som deltok i skoleliknende sesjoner med rehabiliteringsteamet. Barna var imidlertid ofte til stede når teamet delte biopedagogiske budskaper til foreldrene utenfor de skoleliknende sesjonene. Teamets diskurser ble snappet fort opp av barna. Det hendte også at teamet kunne henvende seg direkte til barna i forbindelser med samtaler med familien i enerom eller familiene som gruppe, selv om de i hovedsak hadde fokus på å samtale med foreldrene. Ellers ble barna unntaksvis direkte adressert hva gjaldt biopedagogiske budskaper.

Rehabiliteringsteamet var opptatt av at de fysiske aktivitetene barna var med på skulle gi barna ”positiv mestringsfølelse” og lære at fysiske responser til fysisk aktivitet ikke representerte noe ”farlig”. I starten av rehabiliteringen hadde mange av barna ulike former for smerter i kroppen under fysisk aktivitet, som vondt i ryggen og i ulike ledd. Flere klaget også over hodepine og vondt i magen. Mange hadde aldri kjent høy puls og hjertet dunke, noe som skapte redsel hos flere. På rehabiliteringssenteret fikk de prøvd seg i en trygg setting og med ”likesinnede” som hadde tilsvarende store kropper, og de ble tett fulgt opp av teamet. De fysiske aktivitetene ble arrangert av teamet både utendørs og innendørs (i senterets gymsal). Typiske aktiviteter var som nevnt tidligere ulike former for ballspill inne og ute, sykkelturner, gåturer i skogen (da ofte med foreldrene), fisketurner, kanoturer eller ulike former for lekaktiviteter i skogen.

Jeg observerte en klar endring i barnas forhold til fysisk aktivitet over tid. Ettersom dagene, ukene og månedene gikk, syntes flere å finne økende glede i de fysiske aktivitetene som teamet arrangerte. Her er et illustrativt eksempel fra mine empiriske data, og som er fra det første langoppholdet etter sommerleiren. Under dette oppholdet posisjonerte jeg meg med barna.

Vi spiller kanonball i gymsalen. Til og med [anonymisert barn med fedme] er engasjert i spillet, og det er ingen ”unnasluntrere” denne gangen slik som i sommer. Etter hvert bruker vi to baller. Barna elsker dansk kanonball, for her er det ingen vinnere eller tapere, og man trenger heller ikke velge lag – det er alle mot alle. Man skyter også bare på den som står nærmest, ikke fordi noen er ”bedre” enn noen andre. Går man ut, kommer man inn på banen igjen hvis noen skyter ut den som skjøt deg ut. Det er altså et slags ”evighetsspill”. To av guttene spiller litt på ”lag” selv om de egentlig ikke skal det. De sender

hverandre ballen i stedet for å skyte på hverandre. Guttene ble gode venner på sommerleiren, og er glade for å se hverandre igjen. [Anonymisert barn med fedme] gjør også en imponerende innsats – han er helt rød i ansiktet. Til og med [anonymisert barn med fedme] er mer med enn i sommer.

Også foreldrenes beretninger tydet på at barna endret sitt forhold til fysisk aktivitet. Her er et eksempel fra en gruppesesjon med foreldrene ganske langt ute i behandlingsforløpet (tredje langhelgopphold), som ble ledet av rehabiliteringsteamet:

"[Anonymisert barn med fedme] var faktisk med på [anonymisert konkurranse] i år, og da ble jeg veldig positivt overrasket, fordi [anonymisert barn med fedme] syntes det var så gøy! Han begynte først å sykle til skolen en dag her og en dag der, og det er ganske langt. [...] Og han merket på [anonymisert konkurranse] at syklingen hadde hatt en effekt, for han tok igjen så mange. Og han var så stolt, tenk at jeg ikke kom sist, sa han! Og alle heiet på ham da han kom i mål!"

4.2.1.1 Språket endrer seg

Det var ikke bare barnas forhold til fysisk aktivitet som endret seg. I mine empiriske data identifiserte jeg som sagt også endringer i barnas *språk* ved at de tok til seg rehabiliteringsteamets språk om mat, fysisk aktivitet og tilstanden sin. Hva gjelder fysisk aktivitet, så begynte barna å bruke begrepet "fysisk aktivitet" eller "aktivitet" når de snakket om aktiviteter arrangert av teamet, mens når de hadde pause, snakket de om å "gå ut og leke". De fikk også en forståelse for "mild", "moderat" og "hard" fysisk aktivitet, og de begynte også å snakke om "å trene". Denne terminologien syntes de å snappe opp fra teamet, da dette var del av deres hverdagslige jobbdiskurs. Her er et utdrag fra min empiri dag fire på sommerleiren, som er første gang jeg identifiserer bruken av ordet "aktivitet" hos et av barna i samtale med en av teamarbeiderne på en av sommerleirene:

En i teamet spør [anonymisert barn med fedme] om hvordan hun har trivdes de første dagene på oppholdet. [Anonymisert barn med fedme] svarer "Bra... Jeg trodde det skulle være mer trening... Løping etter ball og sånn". Teamarbeideren sier da at de har jo egentlig trent ganske mye, bare at det ikke føles som det, for eksempel i går – "vi var jo var ute hele dagen og gjorde masse ting". Hun spør videre [anonymisert barn med fedme] hva hun holder på med på fritiden. [Anonymisert barn med fedme] sier at hun pleier å leke med en venninne. "Vi leker ganske mye, løper mye og hopper trampoline. Og da blir det veldig mye trening! Men hvis det regner så gjør vi ikke så mye ting som har med aktivitet å gjøre. Da ser vi mest på TV."

Hvis vi ser på dette eksempelet, så er det jenta selv som først bruker både ordene "trening" og "aktivitet". Denne terminologien er ikke vanlig å bruke for et

barn som går i et tidlig klasstrinn på barneskolen, noe som tyder på at jenta har begynt å ta i bruk teamets diskurs. Hun snakker også om lekaktiviteter som fysiske aktiviteter, noe som kan tyde på at hun muligens har fått et mer instrumentelt forhold til lek.

Her er et annet eksempel, som viser hvordan barna kunne bruke terminologien ”trening”. Dette eksempelet er hentet fra velkomstmøtet den første dagen på den fjerde langhelgsamlingen for de samme familiene. Alle familiene er til stede. Teamet tar en runde og spør alle familiene hvordan de har hatt det under hjemmeoppholdet siden forrige gang de var på senteret.

[Anonymisert barn med fedme] sier at hun blir ”tvunget til å trene”, at hun må sykle på ergometersyssel. Men da protesterer mor, og det kommer frem at hun og mor har gjort en avtale om at hun kan se litt ekstra på TV dersom hun sykler på ergometersykkelen samtidig, og at dette egentlig var barnets eget forslag.

Barnas forståelse for fysisk aktivitet ble også knyttet til en forståelse for hvorfor de hadde utviklet fedme. Den forklaringsmodellen barna syntes å konstruere var at årsaken skyltes en ubalanse mellom kaloriinntak og fysisk aktivitet – altså at de la på seg dersom de spiste mer kalorier enn kroppen klarte å forbruke. Her er et empiriske eksempel som viser nettopp dette. Eksempelet involverer det samme barnet som er brukt i eksempelet ovenfor, og er hentet fra det fjerde langhelgoppholdet, hvor senterets kliniske ernæringsfysiolog har en samtale med én og én familie etter tur hvor barna også er til stede. Jeg posisjonerer meg under dette oppholdet med barna, og er med barnet inn på konsultasjonen.

Ernæringsfysiologen spør [anonymisert barn med fedme]: ”Hva skal man gjøre dersom man har spist mye ostepop og sånn? Vet du hva som skjer med kroppen da?” [Anonymisert barn med fedme]: ”Da promper man og raper ganske mye”. Ernæringsfysiologen: ”Ja, det gjør man, men det var ikke akkurat det jeg mente...” [Anonymisert barn med fedme] ”Legger på seg!”. ”Ja”, sier ernæringsfysiologen, ”det gjør man”. *[Anonymisert barn med fedme]: ”Mandag er den eneste dagen pappa ikke blir sur når jeg spiser godteri”. (Kommentaren blir ikke fulgt opp av ernæringsfysiologen). Lillebroren begynner å snakke om at han stappet en ostepop ned i en brus en gang han var hos besteforeldrene, men han drakk den likevel. [Anonymisert barn med fedme]: Jeg liker ikke å ha farmor så nærme, for hvis jeg går dit så vet jeg at jeg kanskje får noe. Hvis hun hadde bodd lengre unna, så kunne jeg ha syklet dit... Ernæringsfysiologen foreslår da at hun kan jo sykle før hun går til farmor, men [anonymisert barn med fedme] sier da: ”Men da blir det jo enda mindre mosjon!” (Hun misforstår, skjønner ikke at hun kan sykle en tur og ta en omvei før hun går til farmor i stedet for å bare gå dit.) [Anonymisert barn med fedme] forteller så at hun sykler jo 2 mil i uka på ergometersyssel*

mens hun ser på TV. Klinisk ernæringsfysiolog: "Hva gjør du hvis du kommer på besøk til noen og det står en stor sjokoladebolle på bordet?" [Anonymisert barn med fedme]: "Det kommer an på hvem du er på besøk hos... Hvis du er hos farmor så vet du at det er greit.. (Ser så på pappa, som lager et ansikt). Eller, det er ikke greit for pappa da".

I dette eksempelet ser vi at jenta har en forståelse for konseptet "energi inn er lik energi ut", selv om vi også ser at det er vanskelig for henne å si nei til god mat når hun blir tilbudt det av andre: Hun viser at hun har innsikt i at man vil forbruke mindre kalorier på å sykle enn å gå til farmor (sistnevnte tar lengre tid og krever mer energi). I mine empiriske notater finner jeg flere eksempler på hvordan barna forsøker å estimere eller balansere fysisk aktivitet i forhold til energi brukt og energiinntak. Barna kunne for eksempel si ting som: "Her (på rehabiliteringssenteret) må vi sykle to kilometer for å få mat!", etterfulgt av latter fra de andre barna, som tyder på at de har en felles forståelse for konseptet "energi inn er lik energi ut". I en av barnegruppene ble det også populært å kjøpe en elektronisk dingst som kunne festes på sykkelen og vise hvor langt man hadde syklet. Også i eksempelet med gutten som kjøpte sukkerspinn, ser man samme tendensen til å sammenlikne energi inn og energi ut, og hvor barna hadde en påfølgende diskusjon om hvor lang tid man måtte bruke for å "gå den av seg".

Barna kunne også bruke termen "kalorier" og forsøke å estimere kalorier i forhold til matinntak eller fysisk aktivitet. Her er et par eksempler:

[Anonymisert barn med fedme]: "Hvis man går rolig i et kvarter, så bruker man kalorier". En i teamet spør da om han hva kalorier er. [Anonymisert barn med fedme] sier at "Det er nesten som fett". Ja, nesten, sier teamarbeideren, det er "en eining på energi".

[Anonymisert barn med fedme]: "Jeg har pleid å drikke masse appelsinjuice før jeg skal på skolen. Og så tar det cirka en halv time å gå til skolen... Men ikke når jeg sykler? (spør seg selv) Men forbruker jeg egentlig like mange kalorier som å sykle og å gå eller springe den samme veien?"

I dette siste eksempelet ser vi at barnet forsøker å estimere inntak av juice opp mot ulike former for fysisk aktivitet, som å gå, sykle eller springe til skolen. Det samme ser vi i det første eksempelet, hvor barnet relaterer kaloriforbruk til det å gå. Sistnevnte barn viser også en forståelse for hva kalorier er, selv om forståelsen ikke er helt presis.

Hva gjelder *mat og mat og matinntak*, så fant jeg også her endringer også innenfor barnas språk. For det første praktiserte og lærte barna seg en ny

måltidsrytme, som bestod av frokost, lunsj, middag og kveldsmat, samt tre mellommåltider. De lærte seg også hva og hvor mye de burde spise til de ulike måltidene. Konseptet ”mellommåltid” var et ukjent begrep for barna da de startet på det første rehabiliteringsoppholdet. På senteret lærte de at et mellommåltid skulle bestå av en frukt, en yoghurt, eller en håndfull nøtter eller grønnsaker, og at det skulle spises mellom hovedmåltidene. Barna begynte til og med å bruke forkortelsen ”mellommål” for mellommåltid, som var lokal dialekt, og som de snappet opp fra rehabiliteringsteamet. De lærte også, eller snappet opp, at en middagsporsjon skulle følge konseptet ”tallerkenmodellen”, som vil si at en middagstallerken skal bestå av halvparten grønnsaker, en fjerdedel proteiner og en fjerdedel med karbohydrater²⁵. Termen ”tallerkenmodellen” snappet barna opp fra rehabiliteringsteamets jobbspråk, og det sto i tillegg utstilt en ”tallerkenmodell” på senterets kantine som inneholdt dagens middag hver gang familiene spiste middagsmat. Et eksempel på hvordan barna snappet opp begrepet tallerkenmodellen, illustreres herunder. [Anonymisert barn med fedme] er med sin mor inn til den kliniske ernæringsfysiologen til samtale. Jenta har fått utdelt tegnesaker, og den kliniske ernæringsfysiologen henvender seg til mor:

Ernæringsfysiologen spør hva familien spiser til middag, og mor sier det er veldig likt maten her: ”Vi har et ganske tradisjonelt kosthold”. Ernæringsfysiologen: “Hvordan er det med porsjonene deres da”? Mor: “Vi synder mye. Vi liker oppmalt kjøtt (altså kjøttdeig), men ikke vanlig kjøtt”. Mor forteller også at [anonymisert barn med fedme] ikke spiser grønnsaker, heller ikke salat, og at jenta er alt for glad i pasta. Ernæringsfysiologen begynner så å snakke om ”tallerkenmodellen”, og da ser jeg at [anonymisert barn med fedme] slutter og tegne og plutselig følger med på samtalen. Ernæringsfysiologen forklarer hvordan en tallerkenmodell skal se ut, og sier at [anonymisert barn med fedme] ikke bare skal spise seg mett på pasta, for det er det for mye energi i. [Anonymisert barn med fedme] sier ingenting fordi ernæringsfysiologen ikke henvender seg til henne. Hun begynner å tegne igjen. Mor sier at de får ta små babykritt i starten, at de skal begynne å ha gulrot til pasta for eksempel.

Et eksempel som viser hvordan begrepet ”tallerkenmodellen” ble brukt av barna, skjedde en dag mot slutten av den første sommerleiren da vi satt i kantina og skulle spise middag. En gutt som nettopp var ferdig med å forsyne seg, gikk mot bordet til moren med brettet sitt over hodet, og ropte: ”Se mamma, se mamma, jeg spiser tallerkenmodellen!” Jeg kunne se at hans tallerken var som en perfekt ”tallerkenmodell” ved å inneholde riktig fordeling av grønnsaker, proteiner og

²⁵ Dette er fordelingen av de ulike bestanddeler av mat (grønnsaker, proteiner og karbohydrater) på en middagstallerken som anbefales til barn som sliter med fedme.

karbohydrater. Å spise en tallerkenmodell er imidlertid noe helt annet enn å spise middag med familien – gutten hevder i stedet å spise en abstrakt modell. Jeg observerte også ved måltider etter hvert som tiden gikk at barna syntes å være veldig bevisste på å ”spise etter tallerkenmodellen”. Eksempelet under, som er hentet fra mine empiriske notater den aller første dagen på sommerleiren da vi spiste middag, står i sterk kontrast til dette:

Der det tidligere på dagen sto en buffet, står nå ”dessert”, i form av melon og vannmelon. Siden dette står rett ved der vi alle skal hente tallerken, kniv og gaffel, blir det til at alle forsyner seg av frukten først. Jeg ser at mange barn forsyner seg grådige. Deretter står vi i kø for å forsyne oss med middag. Først kommer vi til vannet og saften, som jeg regner med er kalorifri. Jeg ser at noen barn velger å ta saft, mens andre tar vann. Jeg tar vann. Så kommer vi til grønnsakene. Her er det ingen fra kjøkkenet som passer på, men når vi kommer til potetene, seien og sausen, står det en og passer på. For meg virker det som at det bare er lov til å ta én fiskebit og at poteter er valgfritt(?), kanskje sausen også, men det er mulig at man forsyner seg mindre fordi det faktisk står en fra kjøkkenet og passer på. Jeg tør i hvert fall ikke lesse på med saus. Jeg ser også at det står utstilt en tallerken der som viser hva man skal ha på tallerkenen av middagen, og antar at dette er en visualisering av hvordan en ”normal” middagsporsjon skal være (jeg får senere vite at dette omtales som ”tallerkenmodellen”).

Etter jeg har forsynt meg, så setter jeg meg ned sammen med [anonymisert barn med fedme] og moren, og ser at [anonymisert barn med fedme] ikke har forsynt seg med noe middag, og jeg spør om hun ikke skal ha. Hun sier at hun liker det ikke, og jeg sier at da må hun jo bli kjempesulten, men hun sier at dette har hun gjort mange ganger før (altså gått uten mat fordi hun ikke liker det). Middagen hennes er et glass saft – og siden det vel er saft med null kalorier i, så er det vel i prinsippet et glass vann som blir hennes middag. Moren får henne til å smake på en bitteliten bit av en vannmelon, men hun liker ikke det heller. Jeg tar en rask titt nedover bordet, og ser en gutt som bare spiser grønnsaker. Han spør hele tiden ”mamma, hvilken grønnsak er dette?”, og moren svarer. Ellers virker det som at de fleste spiser middag, men jeg er forsiktig med å titte for mye.

Hvordan barna endret sitt forhold til mat, matinntak og fysisk aktivitet, kan antagelig også forklares ved at de erfarte kroppene sine endre seg på grunn av den nye måten å spise på (både endringer i måltidsrytme og at de spiste en annen type mat enn de var vant til hjemmefra). Alle barna gikk ned i vekt under den første sommerleiren. Under sommerleiren hørte jeg flere barn snakke om hvordan magen var blitt mindre og at de måtte stramme reima i buksa si. Derfor fikk barna føle på kroppen hvordan vekten deres kunne påvirkes av matinntak og fysisk aktivitet (konseptet energi inn er lik energi ut). Vekt var også et tema blant barna når de møttes igjen på langhelgoppholdene, men ut fra mine observasjoner snakket de om dette i fortrolighet

to og to eller innad i barnegruppa når det ikke var andre voksne til stede (bortsett fra meg). De kunne da spørre hverandre for eksempel ”Hvor mye har du gått ned siden sist?” En gang tidlig i forløpet overhørte jeg også barna spørre hverandre når de var ”begynt å bli tjukke”. Jeg fant imidlertid ikke at barna hadde et veldig stort fokus på å snakke om vekt, men det kan hende at barna snakket en del om det med hverandre uten at jeg var til stede.

Også foreldrene delte historier om hvordan noen få av barna kunne bli opptatt av vekten sin. En jente begynte for eksempel å insistere på å veie seg én gang i uka slik at hun kunne monitorere vekten. En gutt hadde som nevnt tidligere også begynt å veie seg på eget initiativ en stund før de visste at de skulle delta i studien, og fortsatte med dette under hele studien. Ellers opplevde jeg at barna helt fra starten av visste hvor mye de veide og var klar over at de hadde større kropper enn de fleste andre barn. Et eksempel som illustrerer dette, er da barna ble veid på et av rehabiliteringssentrene en av de første dagene på sommerleiren. Før veiingen hadde barnet og en av foreldrene en kartleggingskonsultasjon med en i teamet. I en av konsultasjonene jeg observerte, spurte en teamarbeider en mor om hun visste hvor mye barnet veier. Moren svarer at [anonymisert barn med fedme] veier 65 kilo, men da retter [anonymisert barn med fedme] på moren og sier ”Nei, 67,3”. Et annet eksempel som tyder på at barna er klar over sine store kropper og høye vekt, er hentet fra en sommerleir mens jeg posisjonerte meg med foreldrene, da vi var på besøk på en gård hvor alle barna kunne prøve å ri på hest. En gutt er veldig engstelig for å ri, og insisterer på at ”han høye sterke mannen”, som er eieren av gården, er den eneste som får lov til å løfte ham opp på hesten, antagelig fordi gutten vet at han veier mye og er vanskelig å løfte. Det blir likevel en del forhandlinger mellom gutten, foreldrene og en fra teamet før gårdeieren får lov til å løfte ham opp, fordi han også er redd for hesten. Når han endelig kommer seg opp på hesteryggen, blir han engstelig når den kaster litt brått på hodet, og sier: ”Jeg kan dette av! Nei, dette vil jeg ikke! Jeg er for tjukk!” Et siste eksempel er hentet fra da vi tok en drosje til sentrum fra rehabiliteringsleiren dag fire på sommerleiren, og hvor drosjesjåføren spurte om vi skulle til byen for å kjøpe is (dette var en spesielt varm dag). Et av barna med fedme svarte da: ”Vi er her for å bli smalere, ikke kjukkere!”, med påfølgende latter fra både voksne og barn til stede i drosjen.

Når det gjelder barnas kroppsmisnøye, var det én gutt som mer eller mindre sluttet å spise da han dro hjem etter den første sommerleiren. Man kan anta at denne

strategien var relatert til kroppsmisnøye. Alle kunne se at han hadde gått mye ned i vekt da han kom tilbake på første langhelgopphold på senteret. Da dette ble oppdaget av teamet, fikk familien veiledning, og det ble tilsynelatende ikke et vedvarende problem for gutten resten av studien. Jeg har også registrert et par andre steder i mitt empiriske materiale uttalt kroppsmisnøye fra noen av barna, men dette fant jeg særlig tidlig i forløpet. Da en jente ble spurt om å beskrive ”positive og negative sider ved seg selv” av en teamarbeider under en konsultasjon mot slutten av sommerleiren, sa hun for eksempel at:

”Jeg er ikke fornøyd med lårene og bakdelen min... Og sånn jeg spiste før jeg kom hit, jeg hadde ingen rytme (altså måltidsrytme). Jeg hadde sultet så mye at jeg ikke hadde merket hvor mye. Og når jeg sitter i sofaen og har funnet en god stilling.... Det er vanskelig å komme seg opp av sofaen”. Da teamarbeideren spør hvorfor, så svarer jenta at det vet hun ikke.

Dette eksempelet viser at jenta har kroppsmisnøye, men hun tar samtidig i bruk teamets biopedagogiske diskurser om ”måltidsrytme” (ved å bruke ordet ”rytme” når hun snakker om måltider). Hun snakker også om sine problemer med inaktivitet – at ”det er vanskelig å komme seg opp av sofaen”. Denne inaktiviteten begynte jenta å ta tak i etter dette oppholdet. Hun forsøkte da både å bli mer aktiv selv, samtidig som prøvde å få sine foreldre til å bli mer fysisk aktive sammen med henne.

På tross av at flere av barna syntes å lide av kroppsmisnøye særlig i starten av rehabiliteringen, så er mitt inntrykk at barna fikk et *bedre kroppsbilde* gjennom deltagelse i studien. Her er et illustrerende eksempel fra en samtale jeg hadde med en jente da vi var ute på tur, hvor jeg posisjonerte meg med barna. Selv om jeg aldri tok opp temaet vekt med barna, kom denne jenta selv inn på temaet, og hun sa til meg at: *”Kropper er jo forskjellige... Jeg ønsker ikke å være tynn, men bare ha en sånn mage som pappa har...”* (faren var normalvektig). Det er også andre utsagn som tyder på at barna tok til seg teamets diskurser som omhandlet kropp, og som var tuftet på normalisering av vekt og det å ha en sunn kropp, heller enn å være tynn. Teamet understreket ofte at barna skulle ”vokse inn i vekten sin”, og de brukte konsekvent ordet ”smalere”, og ikke at de skulle bli ”tynnere”, når barna var tilhørere. Et eksempel på hvordan et barn tok til seg dette budskapet, er dette utsagnet: *”Jeg vet at jeg har samme vekt, bare at jeg strekker den slik at jeg ser annerledes ut”*.

Det var imidlertid ikke bare slik at barna utøvet agens og medvirkning i egen situasjon mens de var på rehabiliteringsoppholdene. Som vi skal se herunder,

indikerer foreldrenes historier fra hjemmeoppholdene at de aller fleste barna ble viktige endingsagenter i familienes livsstilsendingsprosess.

4.2.1.2 Foreldrenes historier om barnas agens og medvirkning i livsstilsendringen

[Anonymisert barn med fedme] tok faktisk tallerkenmodellen og smakte på alt hun hadde på tallerkenen ved første måltid her (på senteret). Og hun har aldri likt kokte grønnsaker, jeg fikk helt hakeslepp! Jeg roste masse når jeg så at hun tok grønnsaker, hun sto bare to plasser foran meg (i matkøen), for at hun smakte på alt. Og at det var helt greit å ikke spise opp ertene siden hun ikke likte dem... Vi har pratet om at når vi kommer hjem, så må vi hjelpe hverandre opp hvis for eksempel jeg faller, og at vi skal følge opplegget her". (Sitat mor)

Historiene som foreldrene delte på rehabiliteringsoppholdet tyder som sagt på at mange av barna forsøkte å ta ansvar både for sin egen og for hele familiens livsstilsendingsprosess i tiden familiene var med i studien. Dette gjorde barna ved å bruke sin nye kunnskap om mat, matinntak og fysisk aktivitet og fedme aktivt for å prøve å endre, eller vedlikeholde endringer, foreldrene hadde innført. Barna brukte altså ikke bare en biopedagogisk diskurs mens de var i den sosiale settingen på rehabiliteringssenteret, men forsøkte å bruke kunnskapen aktivt i hjemmeperiodene for å endre på og mestre sin hverdag og tilstand. Mitt inntrykk var at dette ofte inntrådte dersom foreldrene ikke klarte å opprettholde endringer over tid og falt tilbake i "gamle vaner". Eksempler på dette er hvordan barna kunne si til foreldrene sine "Hvorfor kjøper du det der?", når foreldrene kjøpte en brus eller is på en hverdag eller når ikke valgte nøkkelhull fremfor en liknende vare med nøkkelhull. De kunne også si ting som "Men vi lærte jo på senteret at..." når de var med foreldrene i matvarebutikker og foreldrene kjøpte noe de ikke skulle kjøpe, eller dersom de laget mat hjemme som ble ansett av barna å falle utenfor teamets pedagogiske instruksjoner om mat. Dersom barna fant godteriemballasje i huset eller i bilen, begynte de å forhøre foreldrene sine – "Hvem har spist det der?" Flere barn begynte også å ringe foreldrene sine dersom de ble tilbudt godteri hvis de var hos venner. De kunne også mase om at foreldrene skulle gjeninnføre eller innføre ukeplan med middagsoversikt som var anbefalt av rehabiliteringsteamet. En mor fortalte også en historie om hvordan gutten deres "er litt detektiv, han vet om alle gjemmestedene til pappa, og så sier han fra, og så ødelegger vi det sammen og kaster det ute. Og gutten sier: Hvorfor kan ikke pappa ha det på jobben slik at jeg ikke blir så fristet? Men selv om han har

lyst på det, så spiser han det ikke, men han sier i fra”. Morens utsagn blir etterfulgt av latter fra de andre foreldrene, som tydeligvis kjenner seg igjen i hennes historie.

Også teamet syntes å være klar over denne agensen til barna, altså at barna forsøkte å ta ansvar for familiens, og sin egen, livsstilsendringsprosess. Dette er for eksempel tydelig i teamets kommentar til foreldrene presentert i det empiriske eksempelet innledningsvis i dette kapittelet, hvor teamet sier til foreldrene at de må ”følge barnas strenghet”. Denne agensen og medvirkningen til barna gikk imidlertid på tvers av prosjektets forskningsprotokoll, og teamet forsøkte derfor i stedet å jobbe for at *foreldrene* skulle ta ansvaret for barnas matinntak og fysiske aktivitet.

I følge foreldrenes historier så kunne flere av barna også utøve sin nye biopedagogiske kunnskap utenfor hjemmet. En mor mottok for eksempel bekymringstelefon fra en mor til venninnen av sin datter, fordi jenta hadde gått igjennom kjøleskapet for å lære henne og venninnen hva som var ”sunt” og ”usunt” og hvordan man kunne ”spise sunt”. Hun var bekymret for at jenta begynte å utvikle et spiseproblem. Jentas mor anså imidlertid ikke jentas oppførsel som ”unormal”, fordi hun mente at jenta hadde et ”normalt” forhold til mat og at hun bare delte ”vanlige” kostholdsråd. En annen jente fikk også lov av læreren sin til å undervise de andre barna i en klasstime om viktigheten av å spise regelmessige måltider (basert på rehabiliteringssenterets anbefalte måltidsrytme og andre anbefalinger for matinntak) i forhold til hvordan dette påvirket kroppen i forhold til metthets- og sultfølelse og generell metabolisme. Dette ble raskt tatt opp av de andre barna i klassen, og økte, i følge foreldrene, jentas popularitet blant sine klasseelever. I følge foreldrene begynte jenta også å spise på skolen selv etter dette. Tidligere hadde hun vegret seg for å spise foran andre elever i klassen sin fordi det utsatte henne for mobbing.

Foreldrene delte også historier om hvordan barna syntes å være mer motiverte for å være fysisk aktive. Dette underbygges av kommentarer som ”hun har blitt flinkere til å kle på seg når vi skal ut på tur”, eller at ”det var mye sutring når [anonymisert barn med fedme] skulle gå til skolen før, men dette har gitt seg nå”. En annen delte at: ”Det er det ikke noe problem å ikke ta heis lengre! Før ville hun alltid ta heis dersom hun hadde mulighet, men nå går hun frivillig og maser ikke om heisen”. Et annet illustrativt eksempel som viser hvordan barna ble mindre inaktive i hverdagen, er dette utsagnet: ”Datteren min pleide å vente med å gå opp trappa for å hente noe, for hun pleide å samle opp til hun trengte flere ting... Hun sparte energi ved enhver anledning! Dette er helt borte nå!”

Foreldrene fortalte også at ungene hadde fått ”bedre humør” etter at de ble med i studien. Her er et utdrag fra en samtale:

”Det med sukker har hatt god påvirkning på ham (at han spiser mindre sukker enn før). Han er mindre sur enn før. Humøret er bedre. Nå drikker vi bare brus på lørdager, og han maser aldri om godteri på hverdagens”. En i teamet sier da til foreldrene at hun synes det er ”artig å høre at ungene nesten er strengere enn dere” (altså enn foreldrene). En forelder sier da: ”Ja, nesten en voksens atferd.... Hos oss kommenterer [anonymisert barn med fedme] hele tiden ”det er sunt og det er usunt”... På eget initiativ har hun også begynt å dele opp et glass Biola slik at hun kan drikke Biola to ganger i løpet av dagen”.

4.2.1.3 Barnas humor

Også i barnas humor fant jeg tydelige tegn på hvordan barna ble påvirket av de biopedagogiske budskapene involvert i rehabiliteringen. I forskningen min fant jeg at barna utviklet en spøkkultur over tid, som involverte tre spøktema: Den feite kroppen, mat og fysisk aktivitet. Dette var alle tema som ble aktualisert av den biopedagogiske settingen de befant seg i. I likhet med hvordan barna begynte å endre språket sitt og ta til seg rehabiliteringsteamets diskurser om mat, fysisk aktivitet og deres tilstand, fant jeg tilsvarende endringer innenfor spøkteamene ved at barna i større og større grad involverte biopedagogiske budskaper i sine humoristiske utsagn og spøkefulle atferd. I starten av feltarbeidet syntes imidlertid barnas humor å handle om det faktum at de hadde en felles forståelse for at de var på en ”fat camp”, samt at de var klar over at intervensjonen var rettet mot dem. Den første dagen uttalte for eksempel et barn ”Velkommen til ondskapens sted”, mens en annen klassifiserte rehabiliteringssenteret som en ”konsentrasjonsleir”, til tilhørernes forlystelse. Et annet illustrerende eksempel skjedde på det første informasjonsmøtet på senteret med familiene, og hvor en i rehabiliteringsteamet spurte familiene om de visste hva som skjedde med kroppen dersom de ble mer fysisk aktive. En svarer at ”da får man mer muskler”. En gutt med fedme sier da: ”Six-pac? Jeg har allerede two-pac jeg”, etterfulgt av hysterisk latter. Og under den samme sesjonen da teamarbeideren skal avslutte møtet, så sier teamarbeideren at: ”Jeg sier som de gjør på skolen: Vel hjem!” En gutt med fedme sier da: ”Læreren min pleier å si: Du skal sitte igjen!” (latter barn), som indikerer at gutten anser oppholdet som en form for ”straff”. Alle disse eksemplene viser at barnas humor allerede første dagen i forløpet var relatert til den biopedagogiske settingen de befant seg i, og responsen med latter fra de andre barna tyder på en felles forståelse for at de alle var ”i samme båt”.

Etter hvert som tiden gikk, syntes det å utviklet det seg et slags stille konsensus om hva barna kunne spøke om. De temaene som ble spøket om omhandlet som sagt ”den feite kroppen”, ”fysisk aktivitet” og ”mat”, men innholdet i spøkemaene endret seg som sagt over tid til også å innlemme biopedagogiske budskaper. Hvis jeg skal bruke ”den feite kroppen” som eksempel, fant jeg i starten av feltarbeidet at barna uttalte såkalte ”fat jokes”, altså vitser hvor de latterliggjorde sine store kropper. Et illustrerende eksempel er hvordan en gutt fortalte at når han var i svømmehallen, så hoppet han alltid fra tre-meteren, og at han da ”skylte alle de gamle damene opp på land” (latter). En annen ”fat joke” skjedde da ungene og jeg spilte slåball en kveld, og hvor en gutt med fedme latet som han ”løp” i sakte fart når han så at han ikke klarte å ta ballen, noe som utløste latter hos de andre barna. Litt før denne hendelsen så drev den samme gutten og sa til stadighet dersom ballen kom i hans retning: ”Den ballen var for høy!”, eller ”Den ballen var for lav” når han ikke klarte å ta i mot ballen, som også utløste latter hos de andre barna. Jeg fortolket disse spøkhandlingene eller vitsene å handle om hvordan barna fra tidligere var vant til å bruke humor som mestringsstrategi for å unngå mobbing for sine store kropper. Det kan derfor også forstås som en funksjonell strategi for å unngå mobbing og latterliggjøring fra de andre barna (deres normalvektige søsken) under oppholdet. I tillegg befant de seg nå seg i en situasjon hvor det var et særlig fokus på deres store kropper.

I tillegg til at ”den feite kroppen” utviklet seg som et spøkema blant barna, så ble det også tydelig etter hvert hvem som hadde det litteraturen omtaler som en ”spøkklisens” for å uttale slike ”fat jokes”: Det var bare barna med fedme hadde ”lov” til å ytre slike vitser. I min artikkel som omhandler barnas humor bruker jeg et eksempel som viser til et klart *brudd* på denne spøklisensen, og som underbygger denne fortolkningen. Dette eksempelet utspilte seg en av kveldene barna og jeg spilte slåball på fotballbanen ved rehabiliteringssenteret. Et søsken bruker mobiltelefonen sin for å spille låta ”Nei – så tjukk du har blitt” av Ole Ivars, slik at alle barna (og jeg) hører det. Refrenget går slik som dette:

Nei – så tjukk du har blitt
Nå har du pina deg lagt på deg gitt
Også du som var tynn som ei høvelflis
Nå har du blitt feit som en julegris
Nei – så tjukk du har blitt
Nå må du pina deg slanke deg litt
Har du det bra

Åssen står det til
Det var lenge siden sist

Både gutten som spilte sangen, samt to andre søsken som sto i nærheten som også var normalvektige, begynte å flire, men ingen av barna diagnostisert med fedme lo eller smilte. I stedet syntes de å oppfatte det som en mobbeepisode, fordi de responderte med anklagende blikk og fullstendig stillhet. Det interessante er imidlertid at en av guttene med fedme *selv* sang en versjon av denne sangen et par dager senere. Han omskrev imidlertid teksten til å handle om seg selv:

Nei – så tjukk jeg har blitt
Ja, jeg har pina deg lagt på meg gitt
Jeg pleide å være tynn som en høvelflis
Nå har jeg blitt tykk som en julegris
Nei – så tjukk jeg har blitt...

Under denne hendelsen så lo både søsknene og barna diagnostisert med fedme.

Mye tyder på at barna med fedmes spøkklisens til å uttale ”fat jokes” også bidro til å skape et sosialt skille mellom ”oss” (barna med fedme) og ”dem” (deres normalvektige søsken) – det legitimerer barna med fedme som en sosial gruppe som ”tjukkasene”. I mitt empiriske materiale fant jeg at barna syntes å utvikle et eget *communitas* hvor de delte og kom frem til felles forståelser hva gjaldt deres tilstand. Et viktig funn er som sagt hvordan barna endret forståelse av seg selv som ”feit” til ”å lide av fedme”. Årsaken til denne transformasjonen skyldtes, som nevnt tidligere, en medikalisering av tilstanden grunnet de biopedagogiske budskapene og instruksjonene barna ble utsatt for på senteret. Denne transformasjonen gjenspeiler seg også i barnas humor, ved at barnas ”fat jokes” etter hvert ble erstattet av humoristiske utsagn og/eller handlinger som involverte manipulasjoner av biopedagogiske instruksjoner og budskap involvert i behandlingen. Jeg fant for eksempel at humoristiske utsagn om ”den feite kroppen” begynte å koples til vekt (i kilo). En gang viste en jente med fedme meg soverommet hvor familien var innkvartert. Der var det køyesenger, og på den øverste køyen sto det et skilt med ”100 kg maks”, og jenta sier da til meg: ”Der kan i hvert fall ikke pappa sove”, samtidig som hun ler. Denne jenta var et av de minste barna som deltok i studien, men viser gjennom sitt humoristiske utsagn at hun er klar over konseptet kilo og personers vekt (hennes far hadde også fedme). Et liknende eksempel jeg tidligere har nevnt var da en drosjesjåfør spurte om de skulle til byen for å kjøpe is, hvorpå et av barna uttaler at

”Vi er her for å bli smalere, ikke kjukkere”, etterfulgt av latter fra de andre barna. Her kopler gutten mat til vekt/vektøkning. Et annet liknende eksempel skjedde da teamet fortalte familiene i plenum at vi skulle dra en tur til dyreparken helgen som kom. En gutt som hadde en veldig overvektig far kom da med denne kommentaren: ”Det kan bli vanskelig å få med meg pappa i tømmerrenna” (latter).

Et annet eksempel på hvordan barna begynte å involvere biopedagogiske budskaper i sin humor, var koplingen til rehabiliteringsteamets stadig tilbakevendende budskap og instruksjon om at ”energi inn er lik energi ut”. Et tidligere eksempel jeg har vist til tyder på dette, hvor en jente uttalte at: ”Her (på senteret) må man sykle to kilometer før man kan få frokost”, etterfulgt av latter fra de andre barna. Barnas latter i respons tyder på en felles forståelse for viktigheten av å balansere fysisk aktivitet og matinntak.

Jeg identifiserte den samme utviklingen innenfor spøkemaet ”mat” i mine empiriske data. I starten av feltarbeidet så ble spøker om mat stort sett fremsatt når barna spiste eller når de snakket sammen om mat. For eksempel så var det en jente som laget ”skjegg” av pastaen sin den første dagen på feltarbeid, noe som utløste latter hos de andre barna. En annen dag vi satt og spiste tidlig i forløpet, tullet en gutt med at han skulle lage en softismaskin om til en lasagnemaskin (som var hans yndlingsrett). En gutt sa også en dag tidlig i forløpet, mens han holdt opp en flaske med vann, at ”Hvis du fyller den med vann, så blir det slush!” (latter). Etter hvert som tiden gikk, ble slike ”matspøker” erstattet med spøker som involverte elementer fra teamets biopedagogiske instruksjoner. Et eksempel på dette er hentet fra tidlig i forløpet under den første sommerleiren, hvor bare barnegruppa og en fra teamet er til stede: [Anonymisert barn med fedme 1]: ”I dag var den første dagen jeg begynte å like noe – da fant jeg grøt!” . [Anonymisert barn med fedme 2]: ”Men du kan jo ikke leve på det i to uker da!” (latter fra de andre barna). Dette humoristiske utsagnet og barnas latter i respons kan tyde på at barna hadde begynt å snappe opp kunnskap om mat, og at det viser til en felles forståelse om hvordan det ikke er bra for kroppene deres å spise veldig ensidig kost. Det vakte også latter hos barna under samme sesjon når en gutt delte at moren ”lurte” i ham grønnsaker”. Et annet illustrerende eksempel er hentet fra da familiene og jeg kjørte og-cart en kveld under den første sommerleiren, og hvor en gutt foreslo at alle burde kjøre med munnen åpen for å spise mygg ”for å få i oss nok proteiner” (latter). Barnas latter i respons til guttens utsagn tyder på at barna har en ganske avansert, og felles, forståelse for konseptet ”animalsk

protein”. Denne forståelsen kom antagelig fra teamets biopedagogiske budskap og instruksjon om ”tallerkenmodellen”, altså at en middag skulle bestå av halvparten grønnsaker, en fjerdedel karbohydrater og en fjerdedel med proteiner. Et annet liknende eksempel skjedde da en i teamet en dag snakket til barna om viktigheten av å drikke melk, men innenfor visse grenser, fordi det er ganske mye energi i melk. En jente responderte da med å si at ”Og dersom du ikke liker melk, så kan du spise en melkesjokolade!”, etterfulgt av latter. Hennes spøk var morsom fordi hun laget et kreativ ordspill gjennom å separere ordet ”melk” fra ”sjokolade” slik at hun konstruerte noe ”usunt” til å bli noe ”sunt”. På denne måten oppfylte hun delvis rehabiliteringsteamets biopedagogiske instruksjon om å drikke melk.

Et annet eksempel som viser hvordan barna får og bruker ny biopedagogisk kunnskap på kreative måter, skjedde da barna var til stede med sine foreldre under en sesjon med en klinisk ernæringsfysiolog:

Ernæringsfysiologen snakker om hvordan man trenger å spise variert for å få ”alle næringsstoffene vi trenger. For eksempel jern – det trenger dere for å konsentrere dere på jobben og på skolen. Vitamin D, som det er i feit fisk, er viktig fordi vi ikke har så mye sol i Norge. [Anonymisert barn med fedme]: ”Men det er mye sol i Sandefjord!” (hvor gutten er fra), etterfulgt av latter fra de andre barna²⁶.

Et annet illustrerende eksempel for hvordan barna tok i bruk biopedagogiske budskaper i sin humor, skjedde halvveis ut i sommerleiren en dag da vi skulle på en lang tur i skogen. Før vi begynte å gå, ropte en gutt høyt: ”Jeg trenger motivasjon! Jeg trenger Burn”, som er en energidrikk kjent for å inneholde svært mye sukker. De andre barna syntes dette var hysterisk morsomt, noe som er vanskelig å forklare dersom man ikke har kjennskap til barnas tidligere erfaringer på leiren. For det første så kan det knyttes til hvordan rehabiliteringsteamet ofte brukte ordet ”motivasjon” når de snakket om fysiske aktiviteter. Guttens humoristiske utsagn, og barnas latter i respons, tyder derfor på at barna plukket opp disse biopedagogiske konseptene og deres interne forbindelse, og begynte å bruke dette aktivt i sin humor. For det andre så kan det relateres til hvordan rehabiliteringsteamet ofte snakket om viktigheten av å unngå drikke som inneholdt mange kalorier (i form av sukker). Denne spøken peker også tilbake på det biopedagogiske budskapet om ”energi inn er lik energi ut”, fordi gutten kopler matinntak og fysisk aktivitet i sitt spøkelige utsagn.

²⁶ De fleste barna var ikke særlig glade i fisk.

Det bør vel nevnes at det ikke bare var barna som begynte å inkludere biopedagogiske budskaper i sin humor. Jeg fant også dette i foreldrenes humor, og det var også noe som skjedde mellom foreldre og barn. Her er et par eksempler fra situasjoner hvor foreldrene er samlet uten barna til stede, og hvor humoren er linket til situasjonen de befinner seg i. Under disse situasjonene posisjonerte jeg meg med foreldrene.

Eksempel 1: Etter frokosten må vi sitte litt i peisestua for å vente på rehabiliteringsteamet. Praten går livlig. En far sier at han tror det er grevlinger eller rotter på loftet på brakka hvor vi sover. En annen forelder sier da at "Vi kan jo bare spise dem i mangelen på mat!", etterfulgt av latter fra de andre foreldrene. En tredje forelder foreslår da at de kan jo ta tørkehuset i bruk (latter)²⁷.

Eksempel 2: Vi setter oss i peisestua ved resepsjonen. Det blir en del prating om hva vi skal gjøre resten av dagen, og at det neste på programmet er en fellessesjon med en ernæringsfysiolog som heter Svante. En av mødrene tror at tittelen hans er "ernæringspsykolog", noe de andre foreldrene synes er veldig morsomt, og de slår en del vitser om om dette. En forelder sier for eksempel: Hvordan føler du deg når du er halvveis nede i sjokadeboksen – tristhet eller sann glede?" (latter). En veldig overvektig far følger opp kommentaren og sier "Jeg gjør det for sønnen min!" (altså at han spiser det for at ikke sønnen skal spise det), og alle ler høyt. En forelder foreslår da å kalle ernæringsfysiologen for Svantebob (latter).

I disse eksemplene ser vi at foreldrenes humoristiske utsagn, på lik linje med barna, handler om den sosiale settingen de befinner seg i og relateres til de biopedagogiske instruksjonene og budskapene de blir utsatt for av teamet. I det første eksempelet bruker foreldrene humor for å kommunisere at de er vant til en annen matkultur enn den som er på senteret, og at de lengter etter annen mat enn den de får servert der. I eksempel nummer to virker også foreldrenes humor å være en form for refleksjon over situasjonen de befinner seg i, og hvor de snart skal motta biopedagogiske instruksjoner om hvordan "spise riktig" og "sunt". Kommentaren om at "Jeg gjør det for sønnen min" er morsom på grunn av teamets ofte kommuniserte pedagogiske budskap at det er "foreldrenes ansvar" å legge om kosten for barna sine. Den siste kommentaren hvor ernæringsfysiolog Svante omdøpes til "Svantebob", synes å handle om hvordan foreldrene ser likhetstrekk mellom tegneseriefiguren "Svampebob" og Svante. Svampebob er en amerikansk tegneserie som handler om

²⁷ Foreldrene har fått med seg at teamet betegner brakka som "tørkehuset". I dag brukes Tørkehuset som et leilighetskompleks, og så er det et stort TV-rom i kjelleren. Tradisjonelt brukes et tørkehus til tørking, lagring og oppbevaring av mat.

Svampebob, som i følge beskrivelser av serien²⁸ bor i Bikinibunnen sammen med bestevennen sin Patrick (som er sjøstjerne) og naboen Bleke, som ikke liker Svampebob. Serien handler i hovedsak om hvordan Svampebob hele tiden plager og irriterer Bleke. I tillegg bor Svampebob i en ananas og jobber på en restaurant. Han beskrives også som optimistisk, innpåsliten, og han går alltid i kortbukser og skjorte med slips. Foreldrenes humoristiske utsagn om Svantebob kan kanskje forstås som en ytring av felles motstand mot de biopedagogiske budskapene og instruksjonene de utsettes for. Det kan muligens også fortolkes som at foreldrene bruker humor for å dele følelsen av å befinne seg i en vanskelig situasjon – en situasjon de alle deler. Hvis vi husker på eksempelet med jenta som sa at man kunne spise melkesjokolade i stedet for å drikke melk, synes barna, i likhet med voksne, også å bruke humor for å understreke situasjonen de befinner seg i, og kanskje også for å ytre en form for motstand. Jeg fant også andre eksempler i min empiri som tyder på dette. En dag da teamet tok oss med for å fiske i en nærliggende innsjø, tok en i teamet ut øynene på en fisk og viste barna hvordan man kunne se verden opp-ned gjennom fiskens øyne. En gutt sa da: ”Vel, verden (her) er jo opp-ned”, etterfulgt av knising og latter fra de andre barna. Foreldrene beskrev ofte livet på rehabiliteringssenteret som å ”være i en boble”, en slags ”konstruert” og ”ideell” verden som var ganske fjern fra deres hverdagslige liv. Guttens humoristiske utsagn, og den påfølgende latteren fra de andre barna, tyder på at barna også delte en liknende forståelse. Dette med å ”være i en boble” kan også illustreres i denne samtalen, hvor en mor og et barn slår en spøk med andre familier til stede. Hendelsen skjedde det første dagen under det tredje oppholdet på rehabiliteringssenteret:

En mor spør de andre foreldrene om de syntes det var fint med TV og minibar på rommet, og foreldrene ler (hun er ironisk). [Anonymisert barn med fedme] spør da om de også har funnet sjokoladen under hodeputa, og alle ler.

I dette eksempelet ser vi at både mor og barn skaper en humoristisk situasjon ved å sammenlikne oppholdet på rehabiliteringssenteret med et hotellopphold. En interessant observasjon er imidlertid at barnet spør om de har funnet sjokoladen *under* hodeputa – og ikke *oppå* putta, hvor den vanligvis ligger. Både dette, og å humoristisk sammenlikne oppholdet med et hotellopphold, samt tilhørernes latter i respons, kan

²⁸ Se for eksempel [Wikipedia.org/wiki/Svampebob-Firkant](https://en.wikipedia.org/wiki/Svampebob-Firkant)

tyde på at de har en felles forståelse for at ”nå er vi her (på senteret) igjen”, og at de stålsetter seg for enda et opphold.

Et annet eksempel på bruken av humor mellom barn og forelder som var linket til den sosiale settingen de befant seg i, skjedde da vi var i dyreparken:

Vi begynner alle å bli lei av å se på dyr, og bestemmer oss for å dra til ”Båtbasaren”, som er Dyreparkens spillområde (det er et slags mini-tivoli, men uten de store karusellene). På veien dit møter vi to av fedrene med sine barn, og jeg stopper opp og slår av en prat. Den ene faren forteller meg da at han og den andre faren han er i følge med ”jukset i går og kjøpte kebab”. Datteren (som er diagnostisert med fedme) blir da skikkelig sur og sier at det er juks. Faren: ”Men det var bare kebab med kylling og uten dressing! Datteren sier da: ”Da får du bare spise tørt brød med litt smør på i kveld” (fedrene ler).

Å endre livsstil er ingen enkel øvelse for noen, og det var det heller ikke for familiene som deltok i denne studien. Vi skal i det videre se noen eksempler på historier foreldrene delte fra hjemmeoppholdene, som viser hvordan det å endre livsstil og ta ”gode valg i hverdagen” kunne være vanskelig.

4.2.1.4 ”Skal vi ta en is?”

”En dag jeg satt på jobben så ringte [anonymisert barn med fedme] meg, men da jeg tok den så svarte han ikke. Men jeg hørte begge guttene mine snakke i bakgrunnen. Selv om jeg regnet med at [anonymisert barn med fedme] hadde lommeringt, så la jeg ikke på. Jeg hørte da at [anonymisert bror] og [anonymisert barn med fedme] diskuterte om de skulle ta en is fra fryseren eller ikke, og jeg hørte at en av dem sa: ”Men de merker det sikkert ikke! Vi tar jo bare én hver!”. De andre foreldrene ler, og faren fortsetter: ”Jeg konfronterte dem med det da jeg kom hjem.” (Far som deler historie under gruppekonsultasjon med foreldre ledet av teamet).

Som vi ser i dette eksempelet, så er det ikke slik at barna alltid oppføre seg som ”moralske voktere” og at de alltid klarer å gjøre ”de riktige tingene”. Også de kunne falle for fristelsen til å spise noe godt, og noen mer enn andre. Det samme gjaldt for fysisk aktivitet. Flere av foreldrene fortalte at det av og til kunne være vanskelig å få barna ut eller med på tur. De fortalte imidlertid også at det kunne være omvendt – at barna ville ha med seg foreldrene sine på aktiviteter, men at de selv ikke orket. Her er et eksempel fra mine empiriske data fra en gruppesamtale med foreldrene ledet av teamet, som viser hvordan det kan være vanskelig for foreldrene å holde fokus på å overholde rehabiliteringsteamets råd hele tiden.

En mor sier: ”Jeg har trua på at man bevisstgjør barna på mat, altså på det som er sunt og ikke sunt. For eksempel ved baking så kan man vise barnet hvor mye sukker som er i”. En annen mor: ”Men av og til sier jeg til dem

(barna sine) at nå har jeg lyst på noe godt!” Og da svarer barna alltid: ”Men mamma, det er jo ikke lørdag i dag!” Men jeg tar dem med til butikken og kjøper noe snop sammen med dem, og så spiser vi det sammen, og da er det julaften!”. (Prøver hun å si at dette er noe som skjer sjelden ved å sammenlikne dette med julaften?) Rett etterpå deler moren at barna også alltid spør “Hvem har spist dette her?”, hvis de finner noe sjokoladepapir i bilen.

Selv om foreldrenes historier ofte omhandlet barnas agens og medvirkning i livsstilsendringen når de snakket om hjemmeperiodene, så delte de også historier om hvordan barna ikke alltid klarte å etterleve de biopedagogiske budskapene og instruksjonene. Disse historiene kunne imidlertid ofte være noe tvetydige, slik at det var vanskelig for meg å gripe om det var foreldrene eller barna (eller begge) som ikke klarte å følge teamets instruksjoner og budskaper. Her er et eksempel:

“Hos oss er det middagen som er vanskelig. Hun vil bare ha pizza, pølser og spagetti... Er nå så stor at hun lager seg mat selv. Jeg har snakket med koordinatoren hennes (på hjemstedet), for det falt tilbake etter jul. Og så har vi ikke fått til mellommåltider. Men hun har blitt mer aktiv, så vi har jo fått til en del... (pause). Vi sluttet med menyer (ukesmenyer) etter jul, fordi jeg ikke har vært i form. Og [anonymisert barn med fedme] sa da: Men mamma! Kan vi ikke bare ha de menyene da!” (latter fra andre foreldre). ”Men hun har blitt veldig bevisst på hva maten inneholder... Kalorier og fett og sånt”.

I dette eksempelet ser vi at mor sier at [anonymisert barn med fedme] ”bare vil ha pizza, pølser og spagetti”. Samtidig deler hun hvordan [anonymisert barn med fedme] prøver å oppfordre moren til å innføre ukemenyer igjen. Moren forteller også at jenta har blitt ”bevisst på hva maten inneholder” og blitt opptatt av kalorier og fettinnhold i maten. Eksempelet viser altså at jenta både tar i bruk biopedagogisk kunnskap, men også at hun bryter dem. Jeg opplevde mange slike ”tvetydige” historier fra foreldrene. Her er et annet eksempel:

En mor forteller at hun og datteren begynte ”å trene masse” og at datteren gikk mye ned i vekt etter sommerleiren. ”Men så falt motivasjonen igjen... Det gikk veldig bra etter første opphold (altså sommerleiren). Problemet var jo matinntaket hennes, hun spiste for mye, og forsøkte å redusere matinntaket.” Hun forteller at de nå ”har fått orden på middagen”, at de ikke lengre setter grytene på bordet og de forsyner seg bare én gang. ”Men jeg har gitt opp litt i forhold til maten, finner ikke på noe godt til middag... Men hun liker fisk og taco. Men hvis hun får bestemme så blir det pølser og sånn”. Videre forteller moren at jenta vil bli kokk, at hun liker å lage mat selv. ”Hun er så innmari... Nei, vi (legger trykk på ordet ”vi”) var så innmari flinke i høst, men nå... Det er fint å komme hit nå og få et ekstra puff i baken”. Moren forteller videre at de ikke har godteri hjemme til vanlig, og at hun pløyet skapene etter påska fordi de hadde kjøpt inn godteri da. En i teamet sier da: ”Så bekymringen din

nå er...? Dere har gjort en del endringer, men hun liker dem ikke og hun har ikke gått ned i vekt?" Mor sier at jo, hun "gikk ned i vekt i høst, men la det på seg igjen".

Det som er interessant i dette eksempelet er at moren ikke forteller *hvem* sin motivasjon som falt – om det var hennes egen eller jentas. Hun forteller heller ikke hvem det var som forsøkte å redusere jentas matinntak – var det henne eller jenta selv? Videre forteller hun at jenta liker "fisk og taco", men dersom jenta får bestemme, "så blir det pølser og sånn". Det er altså uklart om det er hun eller datteren som bestemmer hva de skal ha til middag, også i forhold til hva slags middag de faktisk skal spise. I tillegg så synes mor å forsnakke seg ved å begynne å si at "**hun** er så innmari...", før hun henter seg inn og bruker ordet *vi*, når hun snakker om hvor flinke de var til å trene og spise som de skulle høsten som gikk.

Denne "tvetydigheten" finner jeg også tidvis i mine empiriske data i forhold til barnas egne utsagn. Her er et eksempel fra en familiekonsultasjon hvor familien befinner seg i enerom med en fra teamet:

Teamarbeider spør hvordan magen til [anonymisert barn med fedme] har vært mens han har vært her på senteret. Gutten sier at han av og til har hatt vondt, og sier at "Det er fordi jeg spiser så mye vannmelon. Det er yndlingsfrukten min!" Teamarbeideren informerer så foreldrene (og gutten) om at det er den frukten som har mest kalorier i seg fordi det er mye stivelse i den, og at den også vil påvirke guttens blodsukker, og sier at gutten bør spise et par brødkiver i stedet. Gutten forteller da at han "var uheldig i dag og tok fire skiver vannmelon fordi jeg ble så ivrig skjønner du... Men vet du, av og til kjøper mamma saftis i stedet for softis, fordi mamma tror det er mer usunt med fløteis, men det er jo mer proteiner i fløteis!" Gutten får ikke noe respons på dette utsagnet fordi mor da avbryter og sier at [anonymisert barn med fedme] ofte er sulten. Teamarbeideren sier da at gutten bør spise hver annen time. Gutten bryter så inn i samtalen igjen og sier: "Hvis du tar en makrell i tomat hver dag, så slipper du å ta tran." Og så trekker han opp gensen og viser frem blåmerket sitt på armen til teamarbeideren, og sier "Se, dette fikk jeg i går". Teamarbeideren spør da om guttens vekt, og selv om teamarbeideren egentlig henvender seg til mor, sier gutten: "Jeg veide 51 som tre (år), men klarte å gå ned til 41, men så var jeg plutselig oppe i 54!" Guttens informasjon blir ikke fulgt opp av teamarbeideren, men mor sier at hun vet ikke hvor mye han veier, for de har ikke vekt hjemme, og det sier teamarbeideren bare er bra, for det trenger de ikke. Mor sier at hun tipper at han veier 53 kilo, men avtaler med teamarbeideren at de skal veie ham på mandag.

Som vi ser i eksemplene over, så var det ikke slik at barna var "flinke" hele tiden. Selv om gutten i det siste eksempelet befant seg på rehabiliteringssenteret, hvor matinntaket hans til en viss grad ble overvåket, klarte han ikke å stå i mot fristelsen

med å forsyne seg for mye av vannmelon. Samtidig var det et gjentakende mønster i mine empiriske data at foreldrene fremsatte slike "tvetydige" historier om barnas agens i livsstilsendringen, og at historiene samtidig viste at barna var aktive og medvirkende i familiens livsstilsendringsprosess og at de tok til seg teamets instruksjoner og budskaper.

Det bør nevnes at noen få barn syntes å ha et "forstyrret" forhold til mat. For disse barna var det tilsynelatende vanskeligere å styre sitt matinntak i forhold til rehabiliteringsteamets instruksjoner og budskaper. Her er et eksempel på en slik jente. Eksempelet er hentet fra en gruppesesjon med foreldrene ledet av teamet:

En i teamet spør om mor om hva de har fått til i forhold til kosten. Moren sier at de har "blitt mye mer bevisst. Vi holder steinhardt på ukeplanen. Barna får lov til å bestemme (middag) to dager i uka, og da akkurat hva de vil, og så har jeg innført dessert to ganger i uka når jeg vet at vi skal ha middag som ungene ikke er så glade i. Og så får de en halv bolle eller en bit kvikkklunsj slik at de blir med ut på tur... Men det jeg sliter med er smugspisingen... Hun leter etter ting som hun kan få i seg". Moren forteller at hun gir datteren tretti kroner til lørdagsgodt i uka, og har sagt at hun får kjøpe akkurat det hun vil. "Skrekken var da det var supertilbud på smågodt, og hun kunne kjøpe en haug med godteri". Moren har også sagt til datteren at hun kan få spise lørdagsgodteriet når hun vil, slik at det ikke blir så store mengder på lørdagene, men hun tror at datteren lyver for henne. "Når jeg finner noe (godteri på rommet hennes) så sier hun alltid at det var noe hun fikk på lørdagen... Jeg snakket jo med dere om dette sist, dette med smugspisingen, og da sa dere at jeg bare skulle overse det, men jeg synes det er vanskelig". En i teamet spør da hvordan "dette var tidligere", og mor svarer at "Da hadde jeg ikke noe kontroll... Men nå forsyner de seg bare én gang, men dette er et problem når vi har boller eller likende, for da tar [anonymisert barn med fedme] tre boller på én gang! Og i går tok hun tre karbonadekaker her (på senteret til middag), og hun liker det ikke en gang! Akkurat som hun vil passe på... (maten). Jeg gir stoppetegn med hånden når jeg synes det er nok, og da stopper hun... Men det må være synd å bli bestemt over hele tiden".

Her er et par andre eksempler hentet fra en gruppesamtale med foreldrene ledet av teamet, hvor foreldre deler hvordan barna deres sliter med maten:

"Det er mye med maten hos oss også. Han er veldig opptatt av mat, vet hva han bør spise og ikke, men virker som han tenker på mat hele tiden. Når han spiser frokost så tenker han på hva vi skal ha til middag. Han spiser ikke veldig mye, men i perioder (gjør han det), og blir sulten igjen med en gang. Han spiser ikke mellommåltider, men har stort sett faste måltider. Kveldsmat er litt så som så".

"Han tenker på mat hele tiden. Hvor mye får jeg, hvor mye får jeg!, maser han, hele tiden! Han er sulten hele tiden, vil alltid ha mer... Jeg synes det er fælt når han sier at han er sulten, og jeg vet ikke om han snakker sant eller ikke". Moren forteller at både hun selv og gutten "spiser få ting". Mor: "Det

er hele tiden mat, mat, mat mat...! Jeg ønsker han kunne ha sluppet det tankesettet der!”

Selv om disse barna ofte slet med å mestre sitt matinntak, så skal det sies at flere av dem syntes å mestre fysisk aktivitet bedre etter hvert som tiden gikk. Barna ble derfor mer deltagende i sosiale aktiviteter i hjemmeperiodene, noe som syntes å bedre deres selvfølelse. Det som uansett er klart, er at alle barna som deltok i rehabiliteringen ble påvirket av de biopedagogiske buskapene og instruksjonene de ble utsatt for av teamet på en eller annen måte. Mitt inntrykk var også at barna fikk det bedre og at de utviklet mestringsstrategier – selv om noen utviklet flere eller færre mestringsstrategier enn andre.

4.2.1.5 “Han har det bedre nå!”

Mitt inntrykk var at barna fikk det bedre på grunn av deltagelse i studien. Dette ble også underbygget av foreldrenes historier, som ofte beskrev barna ”å være i bedre humør”, at de var ”mer fornøyde enn før” og at de fikk det bedre sosialt sett på skolen og på fritiden. Gjennom feltarbeidet mitt fikk jeg innsikt i hvordan mange av barna var eller hadde vært utsatt for mobbing på grunn av sin høye vekt. For noen preget det hele deres hverdag. Som nevnt før så hadde flere av barna ingen venner og hadde aldri hatt en bestevenn. De kunne bli utsatt for både fysisk og psykisk mobbing, også fysisk mobbing av alvorlig voldelig art. Dette kan være en hovedårsak til at barna tok til seg teamets biopedagogiske instruksjoner og budskaper – at de hadde et stort ønske om å bli inkludert og ansett som ”normale”, slik at de unngikk den utstrakte mobbingen. Jeg fikk innsikt i mange historier om mobbing som jeg ikke kan dele på grunn av hensynet til anonymisering. For å gi leseren et inntrykk av hvordan hverdagen til et barn med fedme som utsettes med mobbing kan være, har jeg likevel satt inn et illustrativt eksempel fra mine feltnotater. Dette er hentet fra en familiesamtale med en i teamet, hvor gutten snakker om hverdagen sin hjemme.

*På spørsmål fra teamarbeider, svarer [anonymisert barn med fedme] at han går i andre klasse. ”Trives du da?”, spør teamarbeideren. [Anonymisert barn med fedme: Jaaa (litt nølende). Teamarbeider: Er **alt** artig da? [Anonymisert barn med fedme]”Nei, ikke alt... Ikke matte. Det jeg liker er at vi har mange friminutter”. Teamarbeider: “Har du mange venner da?” [Anonymisert barn med fedme]: ”Jaaa (litt nølende). Men jeg blir mobbet på skolen fordi jeg er så feit. De går i tredje, fjerde, femte, sjette og syvende. Alle sammen mobber. Men ikke vennene mine da. De sier “du er så feit at du tar hele dissens (altså husken), det sier til og med en jente i andre klasse. En i første kalte meg tjukka, og det betyr også jente, og da måtte jeg kjeft litt tilbake. Jeg blir lei meg. Og så kjefter de voksne på meg når det er de andre som starter. Og de*

voksne tror det er jeg som gjør de slemme tingene... De kunne jo vært litt snille og sagt at det var de andre som startet! Og så er det en lærer som kaller meg for feit. Men han er jo kjempestreng, er liksom supermann, han er fra Korea.”

Når hverdagen din ser slik ut, er det kanskje ikke rart at man tar til seg eller utvikler mestringsstrategier for å prøve å bedre sin tilstand.

KAPITTEL 5: Oppsummering, konklusjoner og forslag til videre forskning

Rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen, som jeg har brukt i denne avhandlingen, er opptatt av å gripe hvordan barn og barndom kan forstås som sosiale konstruksjoner innenfor ulike sosiale sammenhenger og samfunn (James et al. 2009). Retningen er også opptatt av å studere barns sosiale relasjoner og kulturer og å forstå barn som aktive i konstruksjonen av sitt liv (Ibid.). Ved å bruke generasjonsperspektivet, som i studier av barns helse og velvære innebærer 1) å forstå barna med fedme som situert innenfor helsepolitikk, 2) å observere og analysere faktiske praksiser ved å ta utgangspunkt i interaksjoner mellom barna, foreldrene og profesjonelle (rehabiliteringsteamet) og 3) forsøke å gripe hvordan barn er helseaktører (Brady et al. 2015), har jeg i min studie kunnet analysere handlingsrommet for barnas helserelaterte atferd. Innenfor dette handlingsrommet prøvde jeg å gripe hvordan barnas medvirkning ble oppfattet, begrenset og tilrettelagt for, og også hvordan barna var aktive i sin egen og sin families livsstilsendringsprosess. Hvis man ser på forskningsdesignet i den randomiserte studien, beskrives *foreldrene* som sagt som mål for rehabiliteringen. Det var de som fikk undervisning om mat, fysisk aktivitet og i PMTO-teknikker, mens barna stort sett deltok på fysiske aktiviteter arrangert av rehabiliteringsteamet. Det kan derfor fremstå som paradoksalt at barna likevel snappet opp de biopedagogiske budskapene i rehabiliteringen og begynte å bruke dem aktivt for å mestre sin fedme. Dette skjedde ved at rehabiliteringsteamet brukte det biopedagogiske språket selv om barna var til stede, og ved at de av og til ble direkte adressert med biopedagogiske budskaper (selv om dette skjedde unntaksvis).

Årsakene til hvorfor de fleste barna ble så involverte i sin egen og sin families livsstilsendringsprosess er antagelig flere. Forskning viser at barn med fedme ofte har svært dårlig livskvalitet (Steinsbekk 2010). Flere av barna diagnostisert med fedme delte historier med hverandre og med meg om hvordan de ble utsatt utstrakt mobbing, både av psykisk og fysisk art. Som jeg har vist særlig i artikkel 2, ga de biopedagogiske diskursene, konseptene og instruksjonene barna et konkret språk for å snakke om sin (felles) lidelse. De begynte for eksempel å snakke om ”mellommåltider”, ”tallerkenmodellen”, ”kalorier”, ”fysisk aktivitet” og ”trening”, og hvor lenge de måtte være i fysisk aktivitet for å ”gå av seg” maten de spiste.

Biopedagogikken involvert ga dem også rammer for forståelse av lidelsen deres, og barna ble involvert i en prosess av medikalisering av sin tilstand, hvor «jeg er feit» ble transformert til «jeg lider av fedme». Ved å benytte Larsens (2010) bruk av begrepet *entifisering*²⁹ har jeg forsøkt å vise hvordan dette henger sammen med moderne identitetskonstruksjon, ved at fedmen ble «tingliggjort» og løsrevet fra dem selv. Derfor kunne barna ta i bruk og utvikle verktøy for selv-monitorering av mat og fysisk aktivitet, og disse baserte seg på de biopedagogiske budskapene involvert i rehabiliteringen. Barnas humor, som jeg har skrevet om i artikkel 3, hvor jeg identifiserte en overgang fra bruken av «fat jokes» til bruk av humor som involverte biopedagogiske budskap og instruksjoner, underbygger disse konklusjonene. I tillegg hadde de biopedagogiske budskapene og tilhørende diskurser, konsepter og konkrete instruksjoner for livsstilsendring som ble fremsatt av rehabiliteringsteam, opphav i biomedisinens forståelse av fenomenet fedme og pediatriens forståelser av barn og barndom.

Det biopedagogiske rammeverket gjør det som sagt mulig å analysere både makro- og mikronivå (Wright 2009). Ved å kombinere det biopedagogiske rammeverket med den sosiale barne- og barndomsforskningen for å forstå barn og barndom som sosiale konstruksjoner, og gjennom å bruke generasjonsperspektivet, har jeg forsøkt å kartlegge barnas «kultur» og sosiale (intergenerasjonelle) relasjoner. Jeg har forsøkt å gripe deres helserelaterte atferd innenfor de eksisterende strukturene, samtidig som jeg har lagt hovedvekt på barnas synspunkter. Min forskning viser at barna ikke internaliserer de biopedagogiske budskapene passivt – de er ikke passive subjekter som endrer livsstil dersom foreldrene gjør det. I stedet utøvet barna agens og medvirkning i sine familier og sosiale verdener. Samtidig ble også barna påvirket av de kulturelle forestillingene om barnefedme og barn og barndom, og de iboende maktstrukturene som eksisterte i den sosiale settingen de befant seg i. Disse både begrepet og muliggjorde barnas handlingsrom og (endringer i) helseatferd.

²⁹ Entifisering kan defineres som noe som «inchoate congeals into a thing (Latin: *ens*), a unit, a category with discernible boundaries» (Larsen 2010:155). Jeg har bruktentifiseringsbegrepet for å vise hvordan barna fikk en endring i språket fra «jeg er feit» til «jeg lider av fedme» fordi de tilegnet seg ny kunnskap og terminologi om mat, fysisk aktivitet og fedme som medisinsk tilstand.

5.1 Er det farlig å kommunisere biopedagogiske budskaper til barn med fedme?

Biopedagogisk litteratur er, som nevnt tidligere, opptatt av hvordan fedmeepidemien assosieres med praksiser og pedagogiske budskaper som plasserer populasjoner og individer under konstant overvåkning (Rail 2009, Wright 2009). Dersom befolkningen og individer får økt kunnskap om fedmerelaterte risiko, kan dette føre til at folk begynner å monitorere seg selv hva gjelder å “spise sunt” og være “fysisk aktive” (Wright, 2009). I følge rammeverket så har slike sosiale meninger potensial til å ”innskriives” i folks kropper fordi det tilbyr en måte for folk å forstå seg selv på, og som kan føre til endringer i folks væremåte. Biopedagogiske instruksjoner har altså potensial til å påvirke folks identitet og forståelse av seg selv (Wright 2009).

Frem til nå har forskere innen det biopedagogiske rammeverket vektlagt *farene* ved å kommunisere biopedagogiske budskaper og instruksjoner til barn. Det er antatt at barn kan få økt skyld og skam hva gjelder egen vekt og grad av fysisk aktivitet (Wright 2009), at de kan få et ”hemmet” forhold til fysisk aktivitet og lek, til sine egne kropper og hvordan de forstår seg selv (Alexander et al. 2015, Powell og Fitzpatrick 2015). Litteraturen har også beskrevet at barn kan utvikle en ubegrunnet frykt for helsen til familiemedlemmer eller begynne å ta for mye ansvar i forhold til egen livsstilsendring (Burrows 2017). I min artikkel 2 utfordrer jeg disse påstandene ved å peke på hvordan konklusjonene stort sett er basert på intervjustudier av barn (og som ikke nødvendigvis har et vektproblem), heller enn etnografiske studier av barns *helserelaterte atferd*. For det andre viser livskvalitetsstudier av barn som har mottatt fedmebehandling *motsatte* resultater – at behandling assosieres med *økt* selvfølelse og *reduert* depresjon for barna (se for eksempel Rimke et al. 2011, Knöpli et al. 2008), og at de får *positive* endringer i spiseatferd (Braet og Winckel 2000). For det tredje så hevder jeg at argumentene kan knyttes til vestlige kulturelle ideer om barn og barndom, som preges av et syn på barn som avhengige og med behov for beskyttelse fra ”skadelige” ting som kan påvirke dem på negativt vis (Qvortrup et al. 1994) – i dette tilfellet for hvordan biopedagogiske budskaper og instruksjoner potensielt kan endre barns forståelse av seg selv. Mine funn tyder i stedet på at barna fikk bedre livskvalitet og mestring av sin tilstand og diagnose. Samtidig viser mine funn at barna utviklet selvmonitorering lik beskrevet innen det biopedagogiske rammeverket. Noen ble opptatt av vekten sin. Mine data tyder også på at barna muligens fikk et mer

”funksjonelt” forhold til lek, ved at de begynte å bytte ut ordet ”lek” med ”fysisk aktivitet(er)” eller ”aktivitet(er)”. Jeg opplevde ikke at barna utviklet frykt for sine foreldres eller søskens helse slik det er beskrevet andre steder i litteraturen, men det kan likevel ha vært tilfellet. Jeg opplevde absolutt at de fleste barna tok mye ansvar i forhold til egen livsstilsendring – og også hele familiens. I tillegg var det en hendelse med et barn som mer eller mindre sluttet å spise, fordi han ikke hadde kunnskap om farene ved dette³⁰. En slik mestringsstrategi kan absolutt omtales som ”farlig”. Årsaken til at gutten valgte denne strategien er antagelig fordi han ikke hadde nok innsikt i sin diagnose, fordi den medisinske intervensjonen var rettet mot *foreldrene*, og ikke mot barna selv. Han hadde ikke nok innsikt i den komplekse lidelsen som fedme er, som er antatt å skyldes komplekse genetiske, miljømessige, sosiale og individuelle komponenter (Xu og Xue 2016). Hans mestringsstrategi var også basert på det budskapet barna tok til seg eller ”konstruerte” – nemlig at de hadde utviklet fedme fordi deres kaloriinntak var for høyt og deres fysiske aktivitetsnivå for lavt. Barnas mestringsstrategier utviklet seg derfor på basis av forståelsen for konseptet ”energi inn er lik energi ut”. Det synes altså å være en diskrepans mellom mine funn og tidligere funn fra forskere som har brukt biopedagogikk som teoretisk rammeverk.

I det biopedagogiske rammeverket er begrepet ”selvmonitorering” sentralt. Dette begrepet er ikke et ukjent begrep utenfor sosiologien, og brukes også innenfor klinisk helsevitenskap. Blant annet har det blitt brukt i forskning på hvorfor noen individer lykkes med livsstilsendring på grunn av deltagelse i intervensjoner i regi av helsevesenet, mens andre ikke. Forskning herfra viser at nettopp monitorering av matinntak og vekt er viktige faktorer for vektnedgang, og også for å vedlikeholde vektnedgang over tid (McGuire et al. 2012, Wing og Hill 2001). De som lykkes beskrives som mer bevisst på sine matvalg og sitt matinntak, som vil si at de følger med på sine valg og sin oppførsel hva gjelder mat (Byrne et al. 2003, Kayman et al. 1990) – noe barna i min studie også begynte å gjøre. Forskningen er imidlertid utført på en voksen befolkning, og ikke på barn. Det er altså behov for videre forskning, men kanskje kan forskningen fordre av å bruke både et sosiologisk biopedagogisk rammeverk og et klinisk helsevitenskapelig rammeverk, for å skape nye viktige innsikter om hvordan barn med fedme påvirkes av livsstilsintervensjoner.

³⁰ Barn skal ikke slankes fordi barns kropp fungerer noe annerledes enn voksnes, slik at det kan skape helseproblemer. Målet er i stedet at barn skal ”vokse inn i vekten sin”.

Selv om forskningen min viser at noen av barna utviklet det som kanskje kan omtales som "usunne" eller "uhensiktsmessige" mestringsstrategier innen det biopedagogiske rammeverket, indikerer min forskning som sagt at barna også får bedre selvfølelse og livskvalitet. Min påstand er at deltagelse i studien syntes å gi barna en *reduert* følelse av skam, skyld og frykt, heller enn å forsterke disse. Årsaken kan være at barna tok til seg teamets "normaliserende" budskaper om kroppen, mat og fysisk aktivitet. På bakgrunn av dette kan man stille spørsmålsteget ved om man bør fortsette å skjerme barn i pediatrik fedmebehandling fra biopedagogiske instruksjoner og budskaper, men i stedet innlemme dem i behandlingen for å gi dem riktig kunnskap slik at de utvikler kunnskapsbaserte og hensiktsmessige mestringsstrategier. Forskningen min tyder på at biopedagogiske budskaper og instruksjoner nettopp kan fungere som en *ressurs* for barn med fedme og gi dem en følelse av kontroll og agens. Studien min viser også at helsepersonell må reflektere over den påvirkningen biopedagogiske budskaper og instruksjoner kan ha på barns og deres helserelaterte atferd.

5.2 Videre forskning

Når det gjelder videre forskning innen tematikken, viser funn i min avhandling at det er behov for ytterligere forskning på barns helserelaterte atferd i biopedagogiske settinger. Biopedagogisk litteratur argumenterer som sagt for at formuleringen av biopedagogiske budskaper til barn kan føre til økt, og farlig, selv-monitorering ved at barn for eksempel kan utvikle spiseforstyrrelser eller et hemmet forhold til kropp og fysisk aktivitet (Wright 2009, Alexander et al. 2015, Powell og Fitzpatrick 2015). Jeg har utfordret dette ensidige synet i min avhandling, blant annet ved å peke på hvordan denne innsikten stort sett er basert på kvalitative *intervjustudier* av barn (og som ikke nødvendigvis har et vektproblem), heller enn etnografiske studier av barns helserelaterte *atferd*. Innen den sosiale barne- og barndomsforskningen er forskere bevisst at de må ta høyde for faktorer som kan begrense og skape barns «stemmer» i for eksempel en intervjusituasjon (Spyrou 2011). Dette kan være faktorer som ulikheter i makt mellom barn og voksne, forskerens egne antagelser om barn, forskerens valg av ordbruk under intervjuer og den institusjonelle settingen der intervjuene blir foretatt (ibid.). For eksempel vil intervjuer utført i en skolesituasjon ofte symbolisere en strukturert og kontrollert setting for barn som gjør at de kan etterstrebe å gi «korrekte» svar, basert på hva de tror den voksne (forskeren) forventer

å høre (ibid.). Kombinasjonen av rammeverket til biopedagogikk og den sosiale barne- og barndomsforskningen, samt bruken av etnografiske metoder for å undersøke barns helserelaterte atferd, kan muligens gi nye innsikter om barns mange helseatferder og hvordan de påvirkes av biopedagogiske budskaper, uavhengig om barnet har et vektproblem eller ikke.

Kvalitativ forskning av barn med fedmes helserelaterte atferd i behandling og rehabilitering er også lite undersøkt. Denne avhandlingen kan på noen måter ses som en introduksjon til hvordan man kan gjennomføre slik forskning innenfor rammeverket til den sosiale barne- og barndomsforskningen. Jeg vil understreke at det hadde vært mulig å undersøke mange andre problemstillinger tilknyttet mitt empiriske materiale. Selv om jeg i denne avhandlingen har lagt størst vekt på barnas opplevelser og perspektiver av fedmehabiliteringen, har jeg også rike data både fra foreldrenes og rehabiliteringsteamets synspunkter så vel som intergenerasjonell samhandling mellom voksne og barn. Det er her et stort behov for videre forskning.

En tematikk jeg hadde ønsket å undersøke mer i denne avhandlingen, er metoder brukt innen fedmehabilitering. Dette gjelder særlig bruken av PMTO (Parent Management Training – Oregon), som er en metode som er adoptert fra anvendt læringspsykologi, og som vanligvis brukes overfor familier som har barn med atferdsproblemer (Sigmarsdóttir og Thorlacius 2014). I PMTO tar man utgangspunkt i såkalte skadelige samspillmønstre i familier og forsøker å erstatte disse med mønstre som gir «bedre samarbeid» og «positiv utvikling» i familiene gjennom for eksempel å lære foreldrene om grensesetting, gi dem problemløsningsteknikker og kunnskap om hvordan man driver «positiv involvering» av barnet (ibid.). Adopsjonen av en slik metodikk innen fedmebehandling og -rehabilitering bunner i det at man tar for gitt at barn med fedme har store atferdsproblemer og at familiene har «dårlig dynamikk» – eller sagt på en annen måte: at foreldrene er «dårlige» foreldre. Å bruke PMTO som metode legger altså på mange måter både ansvaret, og skylden for, barnets fedme hos foreldrene. I PMTO kan man også identifisere iboende forstillinger om barn og barndom, som at barn gjennomgår en naturlig og universell utvikling, og at barn passivt internaliserer et samfunns verdier og regler gjennom sosialisering. Det er voksne (og da ofte foreldrene) som har ansvar for å forme barna som «gode og sunne borgere». Dette er en behavioristisk forståelse av familie, heller enn å forstå familien som et system hvor alle familiens medlemmer potensielt kan utøve agens i en livsstilsendingsprosess. Forskning på

bruken av familiebaserte tilnærminger i fedmebehandling og -rehabilitering kan bidra til utviklingen av nye teorier og praksiser som også tar høyde for barnets agens og medvirkning.

En annen tematikk som utpekte seg i mitt empiriske materiale, var hvordan foreldrene presenterte historier om barnas agens i familiens livsstilsendingsprosess under gruppesamtalene på rehabiliteringssenteret i regi av rehabiliteringsteamet. De fleste foreldrene strevde med å opprettholde livsstilsendring i familien over tid. I stedet for å dele historier om dette, presenterte mange av foreldrene historier hvor *barnets atferd som livsstilsagenter* var i sentrum. Her kan det ligge interessant innsikt, både når det gjelder barns medvirkning i livsstilsendring, så vel som «den vanskelige livsstilsendringen» for familier som deltar i behandling eller rehabilitering. En bevisstgjøring rundt hvordan foreldre konstruerer narrativer om familiens livsstilsendingsprosess(er), kan gi helsepersonell bedre verktøy under for eksempel gruppebasert veiledning av foreldre eller i endringsfokuset rådgivning.

Jeg vil også nevne at det er manglende forskning på barns humor i naturlige situasjoner, altså hvordan barns humor kan påvirkes av den sosiale situasjonen de befinner seg i. Dette er et lite utforsket område og som bør tas mer på alvor, fordi det kan gi oss nye innsikter i barns mange verdener. Analyser av barns humor kan også være en interessant analytisk inngang til studier av barns helse og velvære. Min forskning viser for eksempel at barna med fedme brukte humor som mestringsverktøy, for å styrke vennskapsbånd, skape gruppesolidaritet, for å regulere sosial atferd og som en form for refleksjon over hendelser og kunnskap de lærte under rehabiliteringsopphold. Barnas humor ga meg også innsikt i hvordan barna endret forståelse av sin lidelse og sin kropp. Analyser av barns humor kan derfor gi oss innsikter i hvordan barn er involvert i prosesser av medikalisering og egenmestring når de blir diagnostisert med en sykdom eller en lidelse.

Avslutningsvis vil jeg peke på et generelt behov for forskning med barn som mottar behandling i helsevesenet, hvor man tar utgangspunkt i barn og unges perspektiver. Det er en økende trend å involvere barn og unge i medisinsk behandling, selv om dette vanligvis ikke er tilfellet med barn som mottar pediatrik fedmebehandling. Barn og unge involveres i dag i egen behandling i større grad når de utvikler sykdommer som for eksempel kreft, diabetes, lungesykdommer eller mentale lidelser. Man kan derfor anta at det finnes mange forståelse av barn og

barndom innen pediatrien, som muligens kan informere hverandre og skape bedre oppvekst og helse for barn som mottar medisinsk behandling.

REFERANSER

- Alanen L (2001) Explorations in generational analysis. I: Alanen L og Mayall B (eds) *Conceptualizing child-adult*. London: Routledge/Falmer
- Albon D (2015) Nutritionally 'empty' but *full* of meanings: The socio-cultural significance of birthday cakes in four early childhood settings. *Journal of Early Childhood Research* 13(1), s. 79-92.
- Alcock S (2007) Playing with rules around routines: Children making mealtimes meaningful and enjoyable. *Early Years* 27(3): 281-293.
- Alexander A, Fusco C og Frohlich, K (2015) 'You have to do 60 minutes of physical activity per day ... I saw it on TV': Children's constructions of play in the context of Canadian public health discourse of playing for health. *Sociology of Health and Illness* 37, 2, 227-240.
- Allred P (1998) Ethnography and discourse analysis: dilemmas in representing the voices of children. I: Edwards R og Ribbens J (eds.) *Feminist dilemmas in qualitative research*. London: Sage Publications Ltd.
- Allred P og Burman E (2005) Analysing Children's accounts using discourse analysis. I: Greene S og Hogan D (eds) *Researching Children's experience. Approaches and Methods*. London: Sage Publications Ltd, s. 175-198.
- Alm M, Soroudi N, Wylie-Rosett J, Isasi C, Suchday S, Rieder J, et al. (2008) A qualitative assessment of barriers and facilitators to achieving behavior goals among obese inner-city adolescents in a weight management program. *Diabetes Education* 34, s. 277-84.
- Alvesson M og Sköldbberg K (2000) *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. London: Sage.
- Armstrong D (1983) *Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press
- Balen R, Blyth E og Calabretto H (2006) *Involving Children in Health and Social Research: "Human becomings" or "active beings"?* *Childhood* 13(1): 29-48.
- Barth F (1994) *Ethnic groups and boundaries: The social organization of culture difference*. Oslo: Universitetsforlaget
- Benton T og Craib I (2011) *Philosophy of social science: the philosophical foundations of social thought*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Berremán G (2012) Behind many masks: Ethnography and Impression Management. I: Robben A og Sluka J (eds.) *Ethnographic Fieldwork: An anthropological Reader*. Malden, Mass: Blackwell Publishing, s 153-174.
- Brady G, Lowe P og Lauritzen S (2015) Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: introduction. *Sociology of health and illness* 37(2): 173-183.
- Bray J, Collins C, Morgan P og Borrowes T (2010) Effectiveness of parent-centred interventions for the prevention and treatment of childhood overweight and obesity in community settings: A Systematic Review. *JBI Library of Systematic Reviews* 8(16): 1-12.
- Brennan L, Walkley J og Wilks R. (2012) Parent- and adolescent-reported barriers to participation in an adolescent overweight and obesity intervention. *Obesity* 20, s. 1319-24.
- Buckingham D (2011) *The Material Child: Growing up in Consumer Culture*.
- Burrows L (2017) Children as change agents for family health. *Health Education* 99(2): 61-70.
- Byrne S, Cooper Z og Fairburn C (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity* 27(8), 955-962.

Cambridge: Polity Press

Carrigan M (2006) Managing routine food choices in UK families: The role of Cason-Wilkerson R, Goldberg S, Albright K, Allison M og Haemer M. (2015) Factors influencing healthy lifestyle changes: a qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Child Obesity* 11 (2), s. 170–176.

Christensen P (2004) Children's participation in ethnographic research. *Children and Society* 18(2), s. 160-76.

Clark A (2005) Ways of seeing: using the Mosaic approach to listen to young children's perspectives. I: Clark, A., Moss, P. og Kjørholt, A. (eds.) *Beyond Listening: Children's perspectives on early childhood services*. Bristol: Policy Press, kapittel 3, s. 29-51.

Cocks A (2008) *Researching the Lives of Disabled Children: The Process of Participant Observation in Seeking Inclusivity*. *Qualitative Social Work* 7(2): 163-180.

convenience consumption. *Appetite* 47, s. 372-383.

Corsaro W (1997) *The Sociology of Childhood*. London: Sage.

Corsaro W (2006) Qualitative Research on Children's Peer Relations in Cultural Context. I: Chen X, French D og Schneider B (eds) *Peer Relationships in Cultural Context*. New York: Cambridge University Press, s. 96-119.

Corsaro W og Molinary L (2008) Entering and observing in children's worlds: a reflection on a longitudinal ethnography of early education in Italy. I: Christensen P og James A (eds.) *Research With Children 2nd*. Edition London: Routledge, s. 179-201.

Corsaro, W (2003) *We're friends right? Inside Kids» Culture*. Washington, D.C.: Joseph Henry

Coyne I, Hayes E og Gallacher P (2009) Research With Hospitalized Children: Ethical, methodological and organizational challenges. *Childhood* 16(3): 413-429.

Crosnoe R (2007): Gender, obesity, and Education. *Sociology of Education* 80(3), s. 241-260

Ersfjord E (2012) Pediatrens konstruksjoner av barn og barndom. I: *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 177-193.

Ersfjord E (2016) *Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon - Virksomhetsrapport 2005-2014*. Trondheim: Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon

Ersfjord E (2017) Look mommy, I'm eating the plate model!" Biopedagogies and coping with obesity through objectification. *Sociology of health and illness* 40(5), s. 693-806.

Evans J, Rich E, Davies B og Allwod R (2008) *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrications*. London and New York: Routledge

Fielden A, Sillence E. og Little L (2011) Children's understandings» of obesity, a thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being* 6(3): 1-14.

Fine G og De Soucey M (2005) Joking cultures: Humor themes as social regulation in group life. *Humor* 18(1): 1-22.

Fine G og Sandstrom K (1988) *Knowing children. Participant Observation with minors*. Newbury Park, California: SAGE

Folkehelseinstituttet (2008) Helsetilstanden i Norge: Overvekt og fedme. <http://www.fhi.no/artikler/?id=84303> [accessed 30.01.12].

Folkehelseinstituttet (2014): Faktaark om Kroppsmasseindeks (KMI) og helse: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/kroppsmasseindeks-kmi> (accessed 08.05.14)

Folkehelseinstituttet (2017a): Utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge. Barnehelserapporten. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/> (accessed 16.09.17)

Folkehelseinstituttet (2017b): Fakta om overvekt og fedme hos voksne. Faktaark. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/> (accessed 16.09.17)

Folkehelseinstituttet (2018): Folkehelserapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet

Foucault M (1972) *The Archeology of Knowledge*. London: Tavistock Publications

Frich J og Fugelli P (2006) Forestillinger om sykdom – forventninger til helse. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 1: 45-48.

Fu Q og George L (2015) Socioeconomic determinants of childhood overweight and obesity in China: The long arm of institutional power. *Sociology of health and illness* 37(6), s. 805-822.

Gadhoke P, Christiansen K, Swartz J og Gittelsohn J (2015) “Cause it’s family talking to you”: Children acting as change agents for adult food and physical activity behaviors in American Indian households in the Upper Midwestern United States. *Childhood* 22(3), s. 346-361.

Gallacher L og Gallacher M (2008) Methodological Immaturity in Childhood Research? *Childhood* 15(4): 499-516.

Goffman E (1959) *The presentation of self in everyday life*. Garden city, New York: Doubleday

Gonçalves H, González D, Araújo C, Muniz L, Tavares P, Assunção M, Menezes, A og Hallal P (2012) Adolescents' perception of causes of obesity: unhealthy lifestyles or heritage? *Journal of Adolescent Health* 51(6), s. 46-52.

Grieshaber S (1997) Mealtime rituals: Power and resistance in the construction of mealtime rules. *British Journal of Sociology* 48(4), s. 649-666.

Guest G, MacQueen K og Namey E (2012) Introduction to Applied Thematic Analysis. I: *Applied Thematic Analysis*. London: Sage publications, s. 3-20.

Gulløv E og Højlund S (2003) *Feltarbejde blandt børn: Metodologi og etik i etnografisk børneforskning*. København: Gyldendahl

Gustafsson U (2002) School meals policy: The problem with governing children. *Social policy and Administration* 36(6), s. 685-697.

Hammersley M og Atkinson P (1992) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal

Harding S (2004) *The Feminist standpoint theory reader : intellectual and political controversies*. New York: Routledge

Harwood V (2009) Theorizing Biopedagogies. I: Wright J og Harwood V (Eds) *Biopolitics and the «Obesity Epidemic»*. New York: Routledge, s. 15-30.

Helman C (2007) *Culture, health and Illness*. London: Hodder Arnold

Helsedirektoratet (2010): Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo

Hilden P og Middelthun A (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – et etnografisk perspektiv. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 25(122): 2473-2476.

Individuals Who Have Maintained Long-Term Weight Losses. *Obesity Research* 7(4), 334–341.

James A (1993) *Childhood identities. Self and Social Relationships in the Experience of the Child*. Edinburgh: Edinburgh University Press

James A (2001) Ethnography in the Study of Children and Childhood. I: Atkinson P (ed): *Handbook of Ethnography*. London: Sage publications Ltd., s. 246-257.

James A (2007) Giving voice to children's voices: practices and problems, pitfalls and potentials. *American Anthropologist* 109(2): 261-273.

James A og Prout A (1990) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press

James A, Jenks C og Prout A (1998) *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press

James A, Kjørholt A og Tingstad V (2009) *Children, food and Identity in Everyday Life*. UK: Palgrave Macmillan

James A, Kjørholt A og Tingstad V (2009) Introduction: Children, Food and Identity in Everyday Life. I: James A, Kjørholt A and Tingstad V (eds) *Children, Food and Identity in Everyday Life*. London: PALGRAVE MACMILLAN, s. 1-12.

Jenks, C (1992) *The sociology of childhood: Essential readings*. Brookfield, Vt: Gregg Revivals

Johansen V (2009) Teoriperspektiver på barndom og betydningen av sosiale strukturer. *Barn* (1): 1-17.

Karin E og Uliaszek S (2014) *Obesity, eating disorders and the media*. United Kingdom: Ashgate publishing

Kayman S, Bruvold W og Stern J (1990) Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *The American Journal of Clinical Nutrition* 52(5), 800–807.

Kirk D og Tinning R (1994) Embodied self-identity, healthy lifestyles and school physical education. *Sociology of Health and Illness* 16(5): 602-624.

Kjørholt A, Moss P og Clark A (2005) Beyond listening: future prospects. I: Clark A, Kjørholt A og Moss P (eds) *Beyond Listening: Children's perspectives on early childhood services*. Bristol: Policy Press, s. 175-187.

Kline S (2005) Countering children's sedentary lifestyles. An evaluative study of a media-risk education approach. *Childhood* 12(2), s. 239-258.

Lachal J, Orri M, Speranza M, Falissard B, Lefevre H, Moro MR, et al. (2015) Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews* 14(5), s. 351–68.

Lachal J, Orri M, Speranza M, Falissard B, Lefevre H, Moro MR, et al. (2013) Qualitative studies among obese children and adolescents: a systematic review of the literature. *Obesity reviews* 14, s. 351–68.

LaMarre A, Rice C og Jankowski G (2017) Eating disorder Prevention as Biopedagogy. *Fat studies. An interdisciplinary Journal of Body Weight and Society* (Online publication 01.03.17), s. 1-14.

Lange A og Mierendorff J (2009) Method and methodology in childhood research. I: Qvortrup J, Corsaro W og Honig M (eds) *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. London: Palgrave-Macmillan, s. 78-96.

Larsen T (2010) Acts of Entification. The emergence of Thinghood in Social Life. I: Rapport, N (ed.) *Human nature as capacity. Transcending Discourse and Classification*. New York, Oxford: Berghahn Books, s. 154-178.

- Latner J og Stunkard A (2003) Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obesity* 11(3): 452-456.
- Lee N (2001) *Childhood and Society: Growing up in an age of Uncertainty*. Buckingham: Open University Press
- Lidén H (2000) Fortolkninger av kroppslige og følelsesmessige erfaringer. *Barn* 1, s. 41-50.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV 2008-06-20, nr 44)
- Lupton D (1996) *Food, the body and the Self*. London: Sage publications
- Lupton D (2018) *Fat*. London: Routledge
- Malterud K og Ulriksen K (2010): “Norwegians fear fatness more than anything else” – A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling* 81(1): 47-52.
- Mandell N (1991) The Least-Adult Role in Studying Children. I: Waksler F (ed.) *Studying the Social Worlds of Children*. London: Falmer Press, s. 38-59.
- Mannion G (2007) Going Spatial, Going Relational: Why “listening to children” and children’s participation needs reframing. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education* 28(3), s. 405-420.
- Martin G (2015) Obesity in question: understandings of body shape, self and normalcy among children in Malta. *Sociology of health and illness* 37(2), s. 212-226.
- Mayall B (1998) Towards a sociology of child health. *Sociology of Health and Illness* 20(3), s. 269-288.
- Mayall B (2002) *Towards a Sociology for Childhood: Thinking from Children’s Lives*. Philadelphia: Open University Press.
- McGuire M, Wing R, Klem M og Hill J (2012). Behavioral Strategies of
- McIntosh I, Punch S, Dorrer N og Emond R (2010) ‘You don’t have to be watched to make your toast’: Surveillance and food practices within residential care for young people. *Surveillance and Society* 7(3/4), s. 290-303.
- Mills S (1997) *Discourse*. London: Routledge
- Mills S (2003) *Michel Foucault*. London and New York: Routledge
- Moffat T (2010) The “Childhood Obesity Epidemic”: Health Crisis or Social Construction? *Medical Anthropology Quarterly* 24(1): 1-21.
- Montgomery H (2003) A scientific approach. I: Woodhead M og Montgomery H (eds) *Understanding Childhood. An interdisciplinary approach*. UK: Wiley The Open University, s. 45-84.
- Moss P, Clark A & Kjørholt T (2005) Introduction. I: Clark A, Kjørholt A. og Moss P (eds.) *Beyond Listening: Children’s perspectives on early childhood services*. Bristol: Policy Press, s. 1-16.
- Narayan K (1993) How Native Is a “Native” Anthropologist? *American Anthropologist* 95(3), s. 671-686.
- Ng M et al (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 384(9945), s. 766-781.
- Nilsen R (2003) Barn og kvinner, barndom og kjønn. En barneforskners blikk på forskningsfelt. *Kvinneforskning* 3, s. 94-115.
- Paradis E (2016) “Obesity” as Process: The Medicalization of Fatness by Canadian Researchers, 1971-2010. I: Ellison J, McPhail, D og Witchinson W (eds.) *Obesity in Canada: Critical Perspectives*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press, s. 56-88.

Parker I (1992) Discourse analysis. I: Banister P, Burman E, Parker I, Tayle M og Tindall C (eds) *Discourse analytic research: repertoires and readings of text in action*. London: Routledge, s. 155-172.

Pike J (2008) Foucault, space and primary school dining rooms. *Children's Geographies* 6(4), s. 413-422.

Powell D og Fitzpatrick K (2015) 'Getting fit basically means, like, nonfat': children's lessons in fitness and fatness. *Sport, Education and Society* 20(4): 463-484.

Prout A og James A (1997) A new Paradigm for the Sociology of Childhood? Provenance, Promise and Problems. I: James A og Prout A (eds) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London and New York: RoutledgeFalmer, s. 7-33.

Punch S (2003) Childhoods in the Majority World: Miniature Adults or Tribal Children? *Sociology*, 37(2): 277-295.

Qvortrup J (1994) Childhood Matters: An Introduction. I: Qvortrup J, Bardy M, Sgritta G og Wintersberger H (Eds.) *Childhood Matters: Social Theory, Practice and Politics*. Aldershot: Avebury

Qvortrup J (2002) Sociology of Childhood: Conceptual Liberation of Children. I: Mouritsen, F og Qvortrup, J (eds): *Childhood and Children's Culture*. Odense: University Press of Southern Denmark, s. 42-78.

Reilly J og Kelly J (2011) Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity* 35(7), s. 891-898.

Rimke C, Huisman S, Houdijk M og Wit J. (2011) The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. *Quality of Life Research* 21(9), s. 587-94.

Schalkwijk A, Bot S, de Vries L, Westerman M, Nijpels G og Elders P (2015) Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12: 102

Schwimmer J, Burwinkle T og James, W (2003) Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *The Journal of the American Medical Association*, 298(14), s. 1813-1819.

Sigmarsdóttir M og Thorlacius Ö (2014) Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behaviour Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial. *Family process* (54(3): 498-517.

Skelton J., Buehler C., Irby M. og Grzywacz J. (2012) Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity* 36: 891-900.

Smith K, Straker L, McManus A og Fenner A (2014) Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: a qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatric* 14:53.

Solberg A (1996) The Challenge in Child Research: From «Being» to «Doing». I: Brannen J og O'Brien M (eds) *Children in Families: Research and Policy*. London: Falmer press, s. 53-65.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. og Duckert, M. (2005) Parent Management Training – Oregon-modellen. Teori, handlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 42(7): 587-597.

- Sonneville KR, La PN, Taveras EM, Gillman MW og Prosser LA (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics* 9:81.
- Spradley J (1980) *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Spyrou S (2011) The limits of children's voices: From authenticity to critical, reflexive representation. *Childhood* 18(2): 151-165.
- Staab E, Cunningham S, Thorpe S og Patil S (2016): A 'snapshot' of physical activity and food habits among private school children in India. *Childhood* 23(4), s. 537-553.
- Steinsbekk S (2010) Fedme hos barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 47(1): 23-28.
- Tingstad V (2009) Discourses on Child Obesity and TV Advertising in the Context of the Norwegian Welfare State. I: James A, Kjørholt A og Tingstad V (eds): *Children, food and identity in everyday life*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, s. 172-191.
- Tisdall E og Puch S (2012) Not so 'new'? Looking critically at childhood studies. *Children's Geographies* (10)3: 249-264.
- Turmel A (2008) *A Historical Sociology of Childhood: Developmental Thinking, Categorization and Graphic Visualization*. UK: Cambridge University Press
- Uprichard E (2008) Children as 'Beings and Becomings': Children, Childhood and Temporality. *Children & Society* 22: 303-313.
- Valentine G (1999) Eating In: home, consumption and identity. *Sociological Review* 47, s. 491-525.
- Wadel C (2006) *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativ orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK A/S
- Warming H (2005) Participant observation: a way to learn about children's perspectives. I: Clark A, Kjørholt A. og Moss P (eds) *Beyond Listening: Children's Perspectives on Early Childhood Services*. Bristol, Policy Press, s. 51-71.
- Warming H (2011) *Getting under their skins? Accessing young children's perspectives through ethnographic fieldwork*. *Childhood* 18(1): 39-53.
- Wathne K (2014) *Obesity: Culture, Family, Individual. A qualitative study of Fat in Youth*. PhD-theses. University of Oslo.
- Wells K (2009) *Childhood in a global perspective*. Cambridge: Polity
- WHO (2016): *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: Switzerland.
- WHO (2017): *Obesity – Data and statistics*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (accessed 16.09.17)
- Wills W, Backett-Milburn K, Gregory S og Lawton J (2006) Young teenagers' perceptions of their own and others' bodies: A qualitative study of obese, overweight and 'normal' weight young people in Scotland. *Social Science and Medicine* 62(2), s. 396-406
- Wills W, Backett-Milburn K, Gregory S og Lawton J (2006) Young teenagers' perceptions of their own and others' bodies: a qualitative study of obese, overweight and 'normal' weight young people in Scotland. *Social Science and Medicine* 62, s 396-406.
- Wing, R og Hill, J (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition* 21: 323-341.

Woodhead M og Faulkner D (2000) Subjects, objects or participants? Dilemmas of psychological research with children. I: Christensen P og James A (eds). *Research with Children. Perspectives and Practices*. London: Falmer Press

Wright J (2009) Biopower, Biopedagogies and the Obesity Epidemic. I: Wright J og Harwood V (Eds) *Biopolitics and the «Obesity Epidemic»*. Routledge, New York, pp. 1-14.

Wyness M (2012) Children's participation and intergenerational dialogue: Bringing adults back into the analysis. *Childhood* 20(4): 429-442.

Xu S og Xue Y (2016) *Pediatric obesity: Causes, symptoms prevention and treatment (Review)*. *Experimental and therapeutic medicine* 11: 15-20.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tilråding Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høifagres ga
N-5007 Berger
Norway
Tel: +47-55 58 21
Fax: +47-55 58 94
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 4

Ellen Margrethe Iveland Ersford
Norsk senter for barneforskning
NTNU
Loholt Allé 87
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 01.06.2010

Vår ref: 24163 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.04.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 28.05.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24163

A Social Anthropological Study of Children with Obesity - When a Complex Illness Meets Biomedicine

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

NTNU, ved institusjonens øverste leder
Ellen Margrethe Iveland Ersford

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

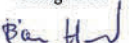
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svaava@jst.ntnu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

24163

Utvalget omfatter 150 barn som er overvektige. Barna er under 12 år. Førstegangskontakten til foresatte og barna opprettes av henholdsvis leder/ansvarlig person for Family-prosjektet og Aktivitetsskolen i Finnmark og av behandlende lege ved Obesitaspoliklinikken, St. Olavs Hospital. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakt.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for alle deler av prosjektet. Personvernombudet finner skrevet mottatt 28.05.2010 tilfredsstillende.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, observasjon, gruppeintervju og fra journaler. Det samles inn og registreres opplysninger om bl.a. pasientjournaldata (journalnotater i forbindelse med innleggelse/poliklinikk/rehabiliteringsopphold), forhold rundt selvfølelse, livsstil.

Det opplyses at intervjuguide ikke er ferdig utarbeidet, så personvernombudet forutsetter at denne ettersendes før intervju med foresatte og barn starter opp. Dersom dette ikke er mulig må det ettersendes en temaoversikt slik at personvernombudet ser hvilke opplysninger som samles inn og registreres.

Personvernombudet finner at det samles inn og registreres sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

Det benyttes video- og lydbandopptak. Innsamlete opplysninger registreres på pc i nettverkssystem tilhørende NTNU.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.09.2013. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Video- og lydbandopptak makuleres.

Vedlegg 2: Tilråding Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK nord

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:
Ellen Margrete Iveland Ersfjord
ellen.ersfjord@svt.ntnu.no

Dokumentreferanse: 2009/1758-13
Dokumentdato: 15.03.2010

EN SOSIALANTROPOLOGISK STUDIE AV OVERVEKTIGE BARN - NÅR EN KOMPLEKS LIDELSE MØTER BIOMEDISIN - INFORMASJON OM VEDTAK

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) i møte 29.10.2009. I referatet heter det:

Prosjektleders prosjekttomtale:
Overvekt er et økende problem for verdens befolkning, og beskrives av WHO som en global epidemi. Også i Norge øker antall personer med overvekt sterkt. Det er i dag ikke enighet om overvekt skal forstås som en sykdom eller en lidelse. Dette viser seg i det norske helsevesenets problemer med å definere standardiserte behandlingssopplegg og formulere gode diagnostiske kriterier, som også er en internasjonal trend. Norske overvektige barn, som er fokus for denne studie, har blitt gitt lite oppmerksomhet, både innen kvalitativ og kvantitativ forskning. Formålet med dette prosjektet er å få innsikt i hvordan norsk helsevesen møter utfordringen med den økende grad av barn med (syk) overvekt, hvilke diagnostiske og behandlingsmessige prosesser og kriterier som er involvert, og å forstå utviklingen av fenomenet fra et historisk, globalt, kulturelt og økologisk perspektiv. Feltsarbeid skal utføres på St. Olavs Hospital (Obesitaspol.), Roros Rehabiliteringssenter (Family-prosjektet) og Barnavdelingen Helse Finnmark (Aktivitetsskolen).

Merknad:
All medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker eller helseopplysninger og som har til hensikt å skaffe tilveie ny kunnskap om helse og sykdom skal forhåndsgodkjennes av komiteen. Dette fremgår av helseforskningslovens § 2. Denne søknaden er svært uklar på forskningsformål. Den gir ingen informasjon om problemstillingen som omhandler kropp, identitet, situasjon, sykdom og livsstil. For at komiteen skal kunne gjøre de vurderinger som loven pålegger må søknaden og forskningsprotokollen revideres i tråd med de krav som helseforskningsloven med forskrifter oppsetter, se særlig forskriftens § 8.

Av helseforskningslovens § 4 d fremgår det at prosjektleder må ha de nødvendige forskningskvalifikasjoner og erfaringer som kreves for å kunne oppfylle prosjektleders plikter. Som hovedregel vil dette tilsi doktorgradskompetanse. Av forskningsprotokollen fremgår det at førsteamanuensis Vebjørg Tingstad er hovedveileder. Komiteen ber om at Tingstad også settes opp som prosjektleder.

Som sagt er komiteen ikke sikker på om dette prosjektet krever forhåndsgodkjenning. Dette kan ikke avgjøres før de etterspurte opplysningene er vurdert. Man vil likevel allerede nå kommentere en del andre momenter.

Helseforskningslovens hovedregel er at barn over 16 år har full samtykkekompetanse til å delta i forskning. Foreldrene skal ikke samtykke sammen med disse

Forespørsel/informasjonskriv

Forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet må utformes i samsvar med retningslinjene til de forskningsetiske komiteene. De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Datatilsynet, Statens legemiddelverk og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisinsk og helsefag er gått sammen om å anbefale mal for informasjon og samtykke. Denne ble det obligatorisk å bruke fra 1.juli 2007. Komiteen ber om at en eventuell forespørsel utarbeides i tråd med denne.

Som det fremgår av malen, vil informasjonen som presenteres differensieres og lagdes i en hoveddel og kapitler (A og B). Informasjonen som er gitt i hoveddelen skal ikke repeteres i kapitlene, men utfylle hoveddelen, dersom det er nødvendig.

Vi gjør oppmerksom på at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å spesifisere hvert enkelt av de oppgitte punktene under kapittel A i malen for pasientinformasjon og samtykke, dersom dette ikke er nødvendig. De benyttes kun i den grad de er relevante og nødvendige å detaljere, for eksempel dersom ikke tilstrekkelige opplysninger ikke allerede finnes under hoveddelen av pasientinformasjonen. Det er også gitt rom for at egne og mer hensiktsmessige overskrifter kan benyttes under kapittel A (jf malen).

Vedtak:

Saken utsettes i påvente av de etterspurte opplysninger. Reviderte prosjektdokumenter bes sendt inn innenfor komiteens alminnelige frister. Komiteen vil behandle prosjektet på nytt i ordinært komiteemøte, når prosjektleders tilbakemelding foreligger.

Til møte 25.02.2010 har prosjektleder sendt inn svar på komiteens merknader og reviderte prosjektdokumenter.

I referatet heter det:

Prosjektbeskrivelsen inneholder fortsatt mange problemstillinger og gir noe ulike signaler med hensyn til hva som er formålet med studien. Komiteen legger til grunn at det er en sosialantropologisk studie som skal vurdere hvordan det norske helsevesen møter utfordringen med den økende grad av barn med overvekt. Det skal gjøres en antropologisk analyse av diagnostiske og behandlingsmessige prosesser. Det overordnede målet er å få innsikt i de bakenforliggende kunnskapssystemer helsepersonell bruker som grunnlag for behandling og utredning.

De prosjekt som skal fremlegges for komiteen er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humanit biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som fremleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet anses formålet å få innsikt i de bakenforliggende kunnskapssystemer helsepersonell bruker som grunnlag for behandling og utredning. Dette formålet faller etter komiteens mening utenfor lovens rammer. Prosjektet vurderes som ikke fremleggelsespliktig jf. h. § 10 og forskningsetikklovens § 4 andre ledd.

Vedtak:

Søknaden avvises

Vi gjør oppmerksom på at evt. innhenting av opplysninger til prosjektet kan være avhengig av at det innhentes samtykke eller gis dispensasjon fra taushetsplikt, og at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tillatelse fra personvernombud for forskning.

REK legger til grunn at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Monika Rydfjord Gaare
Førstekonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge REK NORD Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758 e-post: post@helseforskning.etikkom.no

Vedlegg 3: Informasjonsskriv 1

Ellen M. I. Ersfjord
Phd-stipendiat Norsk senter for barneforskning, NTNU
Telefon: 46664723, mail: ellen.ersfjord@svt.ntnu.no

FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET "EN SOSIALANTROPOLOGISK STUDIE AV OVERVEKTIGE BARN – NÅR EN KOMPLEKS LIDELSE MØTER BIOMEDISIN"

Jeg er sosialantropolog og stipendiat ved Norsk senter for barneforskning, NTNU. I forbindelse med min doktorgrad gjennomfører jeg et prosjekt om hvordan det norske helsevesen møter utfordringen med den økende grad av barn med overvekt. Hensikten med prosjektet er 1) å studere hvordan helsevesenet diagnostiserer og gjennomfører behandlingstiltak for barn med sterk fedme, 2) hvordan slike utrednings- og behandlingsopplegg oppleves av barn og deres pårørende og 3) hvordan disse påvirker barn og deres familiers eventuelle livsstilsendring. Målet er gi et teoretisk tilskudd som kan føre til en bedre forståelse av denne komplekse lidelsen, og gi bedre behandlingsprognoser for barn som lider av overvekt.

Deltagelse i prosjektet innebærer at jeg ønsker å observere samtaler mellom barn og deres pårørende og helsepersonell som er på utredning ved Obesitas-poliklinikken, St. Olavs Hospital, eller som deltar i FamilY-prosjektet eller ved Aktivitetsskolen i Finnmark. Studien er hva man kaller en "kvalitativ studie", som vil si at jeg ønsker å oppnå bred forståelse med fokus på observasjon som datainnsamlingsmetode. Du kan bli spurt om jeg kan benytte videokamera, fotoapparat eller båndoptaker for å dokumentere aktiviteter. Materiale er kun ment for forskers eget bruk, og vil ikke bli videre distribuert til noen. Du kan også bli spurt om å gjøre et muntlig intervju med forsker. Dette er frivillig, og du kan delta i studien selv om du ikke samtykker i intervju eller bruk av audiovisuelle verktøy. Det ønskes også tilgang til helsepersonellens eventuelle nedskrivninger av pasientdata i pasientjournal.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg og kreve personopplysningene som er gitt anonymisert, uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvorvidt du velger å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for videre behandling av helsetjenesten. Det er ingen andre enn forsker som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. Forsker er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg/dere skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnede som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle opplysninger skal slettes ved prosjektslutt, det vil si innen 01.09.13. I samråd med NTNU og Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO), St. Olavs Hospital, oppbevares alle data på RSSO på PC med personlig passord som bare forsker har tilgang til.

Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Doktorgradsprosjektet forventes å være avsluttet 01.09.13. Etter at prosjektet er avsluttet vil alle data makuleres.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Prosjektet ble vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (SPREK) 15.03.10 som ikke meldepliktig.

Dersom du ønsker å delta i studien, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen og tar den med til Røros rehabiliteringssenter neste opphold. Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med undertegnede telefonisk eller via mail.

Mvh Ellen M. I. Ersfjord, Phd-Student Norsk senter for barneforskning, NTNU

Samtykke til deltakelse i studien

SAMTYKKEFORMULAR

Vedrørende deltaker(e):

Fødselsdato

(1 Barn) _____

(2 Barn) _____

(3 Barn) _____

(4 Forelder) _____

(5 Forelder) _____

Jeg, som pårørende og samtykkekyndig over 18 år, godkjenner innlemmelse av mitt/mine barn i forskningsprosjektet "En sosialantropologisk studie av overvektige barn – Når en kompleks lidelse møter biomedisin".

Jeg dokumenterer med dette at alle i min familie har lest informasjonsskrivet. Jeg/vi har hatt anledning til å stille forsker spørsmål om studien personlig og/eller over mail og telefon.

Sted, dato:

Underskrift:

Vedlegg 4: Informasjonsskriv 2

Ellen M. I. Ersfjord

PhD-stipendiat ved Norsk Senter for barneforskning, NTNU

Telefon: 46664723, mail: ellen.ersfjord@svt.ntnu.no

INFORMASJONSSKRIV OM FORSKNINGSPROSJEKTET "EN SOSIAL-ANTROPOLOGISK STUDIE AV OVERVEKTIGE BARN – NÅR EN KOMPLEKS LIDELSE MØTER BIOMEDISIN

Jeg er sosialantropolog og stipendiat ved Norsk senter for barneforskning, NTNU. I forbindelse med min doktorgrad gjennomfører jeg et prosjekt om hvordan det norske helsevesen møter utfordringen med den økende grad av barn med overvekt. Hensikten med prosjektet er 1) å studere hvordan helsevesenet diagnostiserer og gjennomfører behandlingstiltak for barn med sterk fedme, 2) hvordan slike utrednings- og behandlingsopplegg oppleves av barn og deres pårørende og 3) hvordan disse påvirker barn og deres familiers eventuelle livsstilsendring. Målet er å gi et teoretisk tilskudd som kan føre til en bedre forståelse av denne komplekse lidelsen, og gi bedre behandlingsprognoser for barn som lider av overvekt.

Deltagelse i prosjektet innebærer at jeg ønsker å observere samtaler mellom barn og deres pårørende og helsepersonell som er på utredning ved Obesitas-poliklinikken, St. Olavs Hospital, eller som deltar i Family-prosjektet eller ved Aktivitetsskolen i Finnmark. Studien er hva man kaller en "kvalitativ studie", som vil si at jeg ønsker å oppnå bred forståelse med fokus på observasjon som datainnsamlingsmetode.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet, og du/dere kan når som helst trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvorvidt du/dere ønsker å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for videre behandling av helsetjenesten.

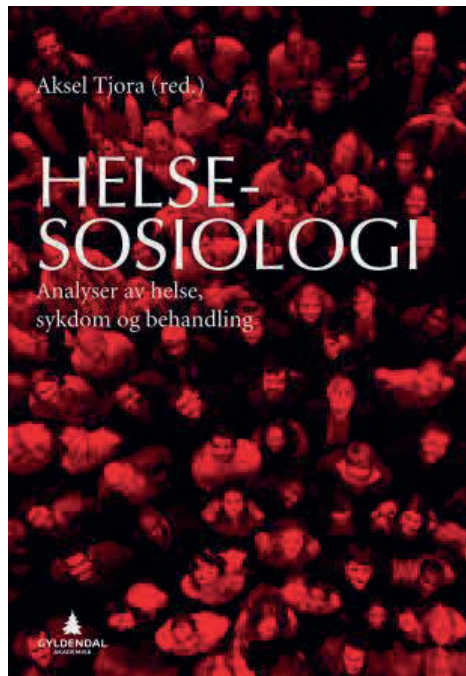
Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Det skrives ikke ned navn eller andre personidentifiserbare opplysninger. Doktorgradsprosjektet forventes å være avsluttet i 2014. Etter at prosjektet er avsluttet vil alle data makuleres.

Prosjektet er vurdert og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Prosjektet ble vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (SPREK) 15.03.10 som ikke meldepliktig.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, eller ønsker du å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med undertegnede telefonisk eller via mail.

Mvh Ellen M. I. Ersfjord, PhD-student ved Norsk senter for barneforskning, NTNU.

DEL 2 Avhandlingens artikler



Ersfjord E (2012) Pediatriens konstruksjoner av barn og barndom. I: Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 177-193.

Innenfor biomedisin behandles barn som en egen gruppe, atskilt fra voksne. Pediatri, som er den medisinske grenen som beskjeftiger seg med barns helse, karakteriserer sin virksomhet som en total og kontinuerlig omsorg for barn framfor en oppsplitting etter organer, biologiske prosesser, sykdomskategorier eller omsorgssystemer. Ved å fokusere på barns vekst og utvikling skiller pediatriens medisinske kunnskapssystem seg noe fra den generelle biomedisin, hvor sykdom lokaliseres i individers (les: voksnes) kropper. Denne utviklingen er ikke en følge av medisinske fremskritt innenfor barnemedisin alene, men er et resultat av sosiale, historiske og politiske prosesser. Ved bruk av sosialkonstruktivistiske perspektiver og perspektiver fra nyere barne- og barndomsforskning analyserer jeg i dette kapitlet utviklingen av pediatriens forestillinger om barn og barndom.

Barn og barndom defineres forskjellig innenfor ulike vitenskapelige disipliner (Rogers 2003). For eksempel ses barn innenfor psykologien som biologiske og sosiale individer i endring: De vokser og utvikler seg både fysisk, psykisk og sosialt (Tetzchner 2001). Tradisjonell sosiologi

ser barnet i lys av sosialiseringsteorier (Jenks 1996). Pediatrien er opptatt av barns vekst og utvikling, og kan sies å overvåke barns «normalitet». Slik skiller den seg fra generell biomedisin for voksne, som er sykdomsfokusert og mer en søken etter «abnormalitet» (Armstrong 1983).

Den nye barne- og barndomssosiologien som fikk fotfeste i 1990-årene, kom som en motreaksjon på hvordan barn og barndom ble forstått i lys av systematiske studier av barns utvikling og sosialiseringsprosesser (Prout og James 1990; Rogers 2003; Jenks 1996; Montgomery 2003), som i ovennevnte disipliner. Man så også at det var krysskulturelle ulikheter i hvordan barn og barndom ble forstått (Prout og James 1990). Den dag i dag framstilles barnet ofte gjennom forestillinger om «det naturlige», og forklares i lys av vekstmetaforer. Dette gjelder både i dagligdagse språk og i det vitenskapelige. Barns fysikk brukes som indikator for å si om et menneske er et barn eller ikke. Nyere barne- og barndomsforskning forklarer ikke barnet gjennom slik «naturalisering» (Lee 2001; Jenks 1996), men fokuserer i stedet på de sosialt konstruerte grensene rundt barn og barndom (Jenks 1996). I dette kapitlet skal jeg vise hvordan pediatrien, som er den medisinske grenen som beskjeftiger seg med barns helse, forstår barn og barndom på en karakteristisk måte, og at dette kan analyseres ved bruk av sosialkonstruktivistiske perspektiver. Ved å benytte perspektiver fra den nye barne- og barndomssosiologien skal vi se at pediatriens forståelse av barn og barndom kan ses som et produkt av menneskers meningsskaping. Slike forestillinger sier barneforskeren Rogers (2003) er konstruert gjennom sosiale prosesser, som gjør at man kan si: «Childhood is the life space which our culture limits it to be» (ibid.: 26).

Man kan bruke dekonstruktivistiske metoder for å utforske hvordan forestillinger om barn og barndom er sosialt konstruert. Ved hjelp av slik metodikk kan man analysere forestillinger om barn og barndom som diskursive formasjoner som inneholder ideer og bilder knyttet til hvordan barn og barndom «er», altså allmenne forestillinger som blir oppfattet som «sanne», på gitte tidspunkter i tid. Slik kan man forstå barn og barndom som sosiale og kulturelle konstruksjoner. Det er disse diskursive formasjoner som kan «pakkes ut» (dekonstrueres) og analyseres. En slik tilnærming kalles også «den diskursive sosiologien om barn og barndom» (Alanen 2007).

Ved å se på diskurser kan man studere hvordan sett av forestillinger og språk er smeltet sammen med sosiale praksiser og institusjoner. Ideer, begreper, kunnskap og måter å snakke på kodifiserer sosiale praksiser samtidig som de konstituerer dem (Connolly 1998; James og Prout 1990). Hvis en bruker dette perspektivet på pediatri, skal vi se at pediatrien har hatt et skifte (eller i alle fall en utvidelse) i diskurs fra å vektlegge patologi (sykdom) til å vektlegge overvåkning av barns normale vekst og utvikling (Prout og James 1997). Dette viser seg igjen i de sosiale institusjonene som har tatt og tar hånd om barns helse og utvikling, og som er utskilt som egne for barnet, slik som for eksempel barneavdelinger, barnevernet, helsestasjoner og BUP (barne- og ungdomspsykiatrien).

Inspirert av diskursanalyse kombinert med perspektiver fra nyere barne- og barndomssosiologi kan pediatrien analyseres som et sett av internt forbundne ideer som jobber sammen på en måte fundert i dens spesielle ideologi eller «verdenssyn» på barn. Dette verdenssynet et resultat av sosiale, historiske og politiske prosesser og dreininger, og er derfor ikke ensidig knyttet til vitenskapelige fremskritt innenfor barnemedisin.

Pediatriens fremvekst

I databasen MEDLINE (Pubmed) finner man få artikler med historiske framstillinger som oppsummerer pediatriens fremvekst som selvstendig medisinsk gren¹ (Mahnke 2000). De framstillinger som finnes handler i stedet ofte om et medisinsk fremskritt i historien tilknyttet en bestemt medisinsk lekmann (Viner 1999). Det er heller ikke skrevet særlig om pediatriens utvikling i Norge eller Norden innenfor nyere barne- og barndomsforskning. Utgreiingen som presenteres i dette kapitlet, tar først og fremst for seg dreininger som har foregått i USA og England, men disse kan ses som illustrerende for utviklingen av pediatri mer generelt og dens forståelse(r) av barns helse slik vi ser den i dag.²

Fra Hippokrates (400 f.Kr.) til Paris' første barnesykehus i 1802

Pediatri ble ikke en spesialitet før mot slutten av 1800-tallet (Mahnke 2000; Pawluch 1983). Barn har likevel vært mottakere av helsehjelp siden moderne medisin oppstod, som regnes for å være omkring 400 f.Kr. i Hellas med Hippokrates. Han anses å være den moderne medisins far, og var den første som behandlet medisin som et praktisk studium heller enn generell filosofisk tenkning (Mahnke 2000). Blant annet er han kjent for sitt etiske prinsipp «fremfor alt ikke skade» (lat. «*primum non nocere*») (Hem 2003). Mange av Hippokrates' forismer omhandlet også barnesykdommer, og en finner beskrivelser av for eksempel barneepilepsi, difteri og hjerneskader. Kort tid etter skrev også Aristoteles om flere ulike barnesykdommer, og han var også den første som studerte normale barns fysiologi (Mahnke 2000). En annen viktig bidragsyter under antikken var Celsus, en romersk lege som rundt 50 e.Kr. var den første til å foreslå at barn skulle behandles annerledes enn voksne. Tanken var at flere friske barn og mindre barnedødelighet ville gi staten tilgang til flere soldater i krigstid (Mahnke 2000).

¹ Jeg har selv foretatt søk i Pubmed i perioden februar 2011.

² Det er viktig å presisere at utviklingen av pediatri ikke kan ses som en lineær historisk prosess som har utviklet seg likt i alle vestlige land. England og USA er valgt som eksempler på grunn av tilgangen på relevante publiserte artikler som kunne benyttes som grunnlag for analyse.

Hvis vi tar et hopp frem til 1600-tallet, så fremsto den medisinske vitenskapen som en blanding av folklore, religion og vitenskapelige prinsipper³, hvor leger inkluderte kristne forestillinger i sin behandling. Sykdomsbehandling ble ofte gjennomført ved at kroppen ble tømt for «gift» gjennom ulike typer av kroppsrensning, relatert til kroppsvæsker som blod, svette, oppkast og avføring. Tanken var å gjenopprette «kroppens naturlige balanse», og stammet fra Hippokrates' teori om harmoni mellom kroppens væsker (Mahnke 2000). Slik behandling ble også gitt til barn fordi man ikke skilte mellom barns og voksnes sykdommer på denne tiden, ofte med dødelige utfall (Pawluch 1983). Selv om årsaker til sykdom ble ansett for å være resultat av overnaturlige krefter som manifesterte seg i kroppen, var det flere betydningsfulle medisinske oppdagelser i denne tiden. For eksempel beskrev legen William Harvey kroppens blodsirkulasjonssystem og Thomas Sydenham sykdommen chorea. I England ble også legen Walter Harris' bok *Acute Disease in Infancy* utgitt i 1689, et verk som dominerte barnemedisin de neste hundre år. På tross av dette var det ved utgangen av 1600-tallet fortsatt en forestilling om at barn ikke skulle anses som en egen medisinsk «klasse» med egne medisinske behov (Mahnke 2000).

På 1700-tallet var det få leger i USA, og familie og venner var de vanligste kildene for medisinske råd. En så på denne tiden fremveksten av selvhjelpsbøker som fokuserte på barns helse, for eksempel legen William Buchans bok *Domestic Medicine*, som ble utgitt i 1795. Infeksjonsepidemier var også en stor trussel på denne tiden, og difteri og kopper var vanlige sykdommer. Vaksinen mot kopper ble utviklet helt på tampen av århundret, og legen William Cadogan var pioneren innen spedbarnshygiene. Den første pediatrike klinikken ble etablert i London i slutten av århundret av legen George Armstrong, og legen Michael Underwoods bok *Treatise on Diseases of Children* fikk stor anerkjennelse og erstattet Walter Harris' anerkjente verk. Paris var på denne tiden senteret for medisinske oppdagelser og fagutvikling, og her åpnet det første barnesykehuset så tidlig som i 1802 (Mahnke 2000).

Urbanisering, barnedødelighet og fødselen av den medisinske spesialiteten «pediatri»

En så starten på pediatri som organisert gren innenfor medisin i England og USA sent på 1800-tallet, en tid med høy barnedødelighet (Mahnke 2000; Pawluch 1983). Den industrielle revolusjon førte til en urbanisering av byområdene i for eksempel USA, og man så her en masse migrasjon som få barn overlevde. En fjerdedel av alle barn i USA døde før fylte fem år (Pawluch 1983), og i 1850 var spedbarnsdødeligheten like stor som seksti år tidligere. På grunn av de økte kostnadene ved å bo i by begynte mange kvinner å arbeide på fabrikker, noe som resulterte i økt kunstig barnemating, en praksis som også bidro til økt barnedødelighet

³ Påstanden om at den medisinske vitenskapen på 1600-tallet er en blanding av religion, folklore og vitenskapelige prinsipper, må ses i lys av den historiske differensieringen vi i dag har mellom disse «systemene».

(Mahnke 2000) med mange tilfeller av diaré og respirasjonssykdom (Reid 2002). Mange kvinner som ikke fikk jobb endte opp som prostituerte, som ofte ga uønskede graviditeter og syfilisepidemier. Fattigdom, dårlige sanitærforhold, overbefolkning og infisert mat og melk bidro også til høy barnedødelighet. Dette alarmerte politiske, sosiale og medisinske miljøer; barnedødelighet som problem ble anerkjent på nasjonalt nivå i flere land i Europa og USA (Mahnke 2000).

Sosiologen Pawluch (1983) peker på at pediatri ble en organisert gren i USA samtidig som en så nedgang i barnedødeligheten nasjonalt etter år 1900.⁴ Hun beskriver noen av årsakene til denne nedgangen som å være generelt forbedrede levevilkår og økt kunnskap hos befolkningen om usunne boforhold og sanitærforhold. Det ble spredt kunnskap om forurenset vann og om skadevirkninger av forurenset mat og melk. I denne perioden var det også medisinske fremskritt innenfor immunologi som ga vaksiner for mange barnesykdommer, og ny kunnskap innenfor ernæringsforskning ga færre mangelsykdommer hos barn (og voksne). En oppdaget også at spedbarnsdødelighet kunne være relatert til den dårlige fødselshjelpen, og det ble utviklet obstetrikprogrammer (fagfeltet for fødselshjelp og kvinnesykdommer) for både fødselsleger og allmennleger. Screeningprogrammer for gravide kvinner og spesialisert fødselsomsorg for kvinner med avvikende graviditetsforløp ble etablert. Også helsereformer vokste frem på denne tiden. Organisasjonen som ble kalt «The Child-Saving Movement», spilte en nøkkelrolle i å redusere barnedødeligheten ved å initiere til spesifikke helsereformer basert på ny kunnskap om smittsomme sykdommer og ernæring. Først med privat støtte, og deretter offentlig, etablerte «The Child-Saving Movement» mellom 1890 og 1930 melkedepoter og delte ut informasjon og ren melk. De tilbød også gratis kurs for gravide og nye mødre om omsorg for og riktig mating av barn, og de var pådrivere i å få obligatorisk vaksiner i skolen. Rundt 1875 begynte man også å referere til studiet og behandling av barns sykdommer som «pediatry» (eng.) eller «pedology» (eng.) i USA. Disse termene var utledet fra det greske ordet «pais»/«paidos», som betyr «barn». Leger som behandlet barn, ble kalt «pediatrists» (eng.). Disse betegnelse eksisterte helt til tidlig på 1900-tallet, da de ble erstattet med «pediatrics» og «pediatrician» – altså «pediatri» og «pediatere», antagelig for å unngå en sammenblanding av termene «podiatry» (eng.) og «podiatrist» (eng.), som dreier seg om behandling av fotsykdommer (Pawluch 1983).

Det var altså først på tampen av 1800-tallet at det ble en økende aksept for pediatri som en distinkt spesialitet. Barn og spedbarn ble ikke lenger sett som «små voksne», men som en gruppe med spesielle medisinske behov (Mahnke 2000). Den viktigste endringen ligger i hvordan pediatrien begynner å fokusere på det friske barnet og ikke bare det syke. Denne forestillingen kan spores tilbake til Frankrike på slutten av 1800-tallet, hvor det ble opprettet

⁴ Årsakene til den reduserte barnedødeligheten ligger imidlertid ikke i medisinske fremskritt alene, men må ses i relasjon til komplekse årsaksforhold som i tillegg fremstår ulikt mellom land og regioner (Edvinsson mfl. 2008).

foreninger som oppfordret mødre til å gi brystmelk, foretok hjemmevisitter og sørget for prenatal (før fødsel) omsorg. En liten landsby i Sør-Frankrike kunne fremvise en spedbarnsdødelighet på null i løpet av tiåret 1893–1903. Dette ble oppnådd ved å foreta det Mahnke (2000) omtaler som «well-baby-visits», sterilisering av all melk ment for barn og gratis medisinsk bistand. Det ble til og med betalt en pengesum til mødre som klarte å produsere et friskt barn til ett års alder. Slike praksiser og prinsipper spredte seg etter hvert til hele Europa, og senere til USA, og spedbarns og barns velferd ble etter hvert ansett som det offentliges ansvar (Mahnke 2000).

I likhet med Frankrike og USA ble det tidlig på 1900-tallet i England utviklet offentlige melkedepoter i regi av det som ble kalt «Medical Officer of Health» (MOH). Mødrene ble her vist hvordan de skulle gi flaske under hygieniske forhold. I tillegg ble barna veid en gang i uken, og familier med nyfødte barn fikk besøk av helsepersonale som rapporterte om barnas fremgang til MOH. Melkedepotet i England fungerte dermed som et overvåkningsapparat. I 1915 ble det også obligatorisk å registrere nyfødte barn. Dette, kombinert med hjemmebesøk fra helsepersonale i MOH og at det etter 1910 kun var kvalifiserte jordmødre og leger som bisto ved fødsler, gjorde at barn i England ble et objekt for medisinsk interesse. Nyfødte barn fikk for første gang «a visible body with its own individual record» (Armstrong 1983:15). Ikke mye senere kom fremveksten av «dispensaries» (eng.), en medisinsk institusjon i England som ga gratis medisinsk omsorg til fattige i byene (Armstrong 1983; Strong-Boag og Warsh 2005).

I England ble det tidlig 1900 en kobling mellom medisinsk overvåkning og skolens helsetjeneste (Armstrong 1983). I 1907 ble det vedtatt et lovforslag om å utføre medisinsk inspeksjon av barn (Dwork 1987), og det ble etablert inspeksjonsklinikker på skolene. Her ble det utført screening av alle skolebarn med jevne mellomrom for å oppdage begynnende og manifest sykdom, og det ble utført organiserte besøk til barns hjem slik at en kunne rapportere om forhold, overvåke barns fremgang og gi råd til mødre om omsorg og behandling. Inspeksjonsklinikken fungerte også som et slags koordineringssenter hvor barns medisinske journaler og rapporter fra lokalsamfunnet ble opprettet, vedlikeholdt og oppdatert. Inspeksjonsklinikken kan slik ses som en synliggjøring av forståelsen av barns helse som ulik voksnes (Armstrong 1983).

Barns «normalitet» blir målbar

I England, så vel som i mange andre europeiske land, oppsto det en stor omstillingsprosess innenfor pediatri under og etter andre verdenskrig. Under krigen var det matmangel, og mange barn sto i fare for eller led av underernæring. Flere barn var også under psykisk stress på grunn av splittede familier og tap av foreldre. Problemet var ikke så mye å plassere sykdom i det enkelte barnet, men en skiftet fokus til å se på barnet i samfunnet. Blant annet sa en britisk helseminister på denne tiden at «in the past paediatrics had shown too little interest

in child development and had rather confined their attention to the sick child» (Armstrong 1983:55). Det var et uttalt behov for en pediatri som fokuserte på offentlige helsetjenester for barn (altså periodevise medisinske undersøkelser koblet med mindre uformell helseovervåking), og pediateres blikk skiftet fra det individuelle barn til «barnet i samfunnet». Søkelyset lå på målinger av barns normalitet og avvik, og også på å formidle dette til både befolkning og den medisinske vitenskapen. Fremveksten av store befolkningsundersøkelser ga statistisk materiale om vekt, høyde, ernæringstilstand og visse blodprøver som ble ansett som viktige. Etter hvert la man enda mer vekt på statistisk fremstilling av ulike variabler, for eksempel høyde og vekt på visse alderstrinn i forhold til fødselsvekt (Armstrong 1983).

Undersøkelser av barn i etterkrigsårene i England la altså stor vekt på deres utvikling, med vekstkurver i sentrum. En sammenlignet også funn med statistikk fra krigsårene. Et barns syke kropp ble generelt sett ikke lenger konstruert ved hjelp av et klinisk blikk som forsøkte å analysere dette innenfor sykdomslære, men gjennom et blikk som skilte mellom et sykt og et friskt barn. I tillegg ble «oppdagelsen» av det normale barnet som viktig for pediatrik evaluering satt i sentrum. Man måtte finne en måte å måle «normal vekt» på, og slik vokste det frem gjennomsnittsverdier for det normale og unormale (for eksempel «dette barnet er lavere enn gjennomsnittet») (Armstrong 1983).

I 1944 ble det i England etablert en «Child Psychology Sub-Committee», som argumenterte for at pediater burde vise større interesse for barnepsykologi, og at det var et for stort og uriktig skille mellom psykologi og fysiologi. Det vokste frem en større vektlegging på barns mentale evner og deres normale versus abnormale utvikling, og forbindelsen mellom etterkrigstidens pediater og den voksende psykologiske vitenskap skapte en ny pediatri, hvor en i tillegg til kroppens vekst og utvikling også ble opptatt av barnets psykologiske vekst. Armstrong kaller derfor etterkrigsperioden for «the age of the mass survey» og «the age of the continuous gaze over the normal» (Armstrong 1983:63).

I etterkrigsperioden ble pediatri en disiplin med en ny misjon. Den var ikke lenger en spesialitet slik den hadde vært før krigen, men ble nå ansett for å være en generell medisinsk gren for en spesifikk aldersgruppe. Andre biomedisinske spesialister fordypet seg i «en del av et hele» (for eksempel et organ eller en spesifikk sykdom), mens pediater var opptatt av «det generelle studiet av barns helse og sykdom». Slik kan en forstå opprettelsen av egne barneavdelinger på sykehus. Disse behandler alle typer av barns sykdommer og lidelser, mens voksne blir innlagt på avdelinger oppdelt etter sykdomsgrupper eller lokalisering av sykdom i organ (Armstrong 1983).

Når det gjelder USA, hevder sosiologen Pawluch (1983) at det var den drastiske reduksjonen i barnedødeligheten etter år 1900 som førte til at pediatrien endret innhold til å fokusere på barns normalitet heller enn sykdommer. Pediatri ble da en organisert gren i USA. Årsaken til den reduserte barnedødeligheten beskriver hun som et resultat av humanistiske,

økonomiske og politiske interesser i USA på slutten av 1800-tallet. Frem til 1930 hadde pediaterne definert sin rolle til å bekjempe spedbarns- og barnedødeligheten gjennom å fokusere på kunstig mating av spedbarn. De støttet reformatorene i «The Child-Saving Movement» som initierte de store helsereformene i USA, men inntok ikke noen ledende rolle. Innen 1930 hadde barnemating i USA blitt rutine for folk flest, og pediaterens funksjon som «barnemater» ble overflødig (Pawluch 1983). De store endringene i barnedødelighet førte også til at det var færre alvorlig syke barn, og at barnesykdommer nå ofte var selvbehandlende. I 1936 advarte den anerkjente legen Henry E. Stafford mot at praktiserende pediaterne ville forsvinne hvis de ikke anerkjente «the volume of work before [them] that remained untouched» (Stafford i Pawluch 1983:457). Han oppfordret pediaterne til å se på grenseproblemer mellom helse og sykdom, altså forhold hvor barnet ikke var invalidisert, men hvor dets sosiale og individuelle yteevne var nedsatt. Hans råd ble fulgt. Pawluch hevder at etter 1950 definerte ikke lenger spesialiteten seg gjennom barns sykdommer, men inkluderte barns mentale, emosjonelle og sosiale utvikling.⁵ Den nye pediatrien i USA utvidet sitt mandat, og inkluderte barns «umøtte behov» i sin behandling. Barn med skoleproblemer eller som var utsatt for misbruk eller omsorgssvikt av sine foreldre, fremviste ungdomskriminell atferd eller andre atferdsmessige problemer, ble for eksempel nå henvist til pediaterne. Pådriverne for denne innlemmelsen brukte en undersøkelse foretatt av det amerikanske militæret under andre verdenskrig, som viste at så mange som 12 av 100 individer ble avvist av militæret av «mentale årsaker». Pediaterne hevdet at årsaken til dette stammet fra opplevelser i barndommen, og at intervensjon var nødvendig i tidligere barneår. På denne tiden var det også en diskusjon blant pediaterne om å gi mer oppmerksomhet til ungdom, og man utvidet den øvre alderen for hvem som skulle få pediatriisk behandling, fra 16 til 18 år (Pawluch 1983).

Pawluch (1983) hevder at pediatrien i USA overlevde ved å «oppdage» en ny misjon, eller i alle fall at de klarte å omdefinere sin gamle misjon slik at fagområdet ble utvidet. Pediatrien innrullerte nye omsorgsområder – dens mandat ble utvidet fra å fokusere på barns fysiske velferd til også å involvere deres mentale, emosjonelle og sosiale funksjoner. Pediatri ble en spesialitet i utvikling, som erklærte seg som egnet til å overvåke barns vekst og utvikling, og denne redefineringen utvidet pediatrien ut over medisinsens tradisjonelle grenser.

Pediatriens historie og årsaken til dreiningen mot monitorering og overvåkning av barns kropp forklares altså noe ulikt av sosiologene Armstrong (1983) og Pawluch (1983): Armstrong vektlegger andre verdenskrig som årsak, mens Pawluch (1983) fremholder den reduserte barnedødeligheten i USA. Uansett er det slik at moderne pediatri i dag kartlegger «det normale barnet» ved hjelp av innhenting av statistiske data og utstrakt bruk av vekst- og

⁵ Det bør bemerkes at Halpern (1990) hevder at den nye pediatriens kunnskapssystem hadde sammenheng med fortiden fordi pediaterne i USA var opptatt av barns atferdsmessige problemer allerede i 1920-årene.

utviklingskurver (Armstrong 1983). Det er nettopp denne interessen for barns vekst og utvikling som skiller pediatrien fra andre medisinske spesialiteter (Pawluch 1983).

Inspirert av diskursanalyse skal jeg nå gå dypere inn i denne diskursen om «barns normalitet» og deres målbare kropper. Vi skal se at forestillingen om «det normale barnet» er en dreining eller variant innenfor det medisinske kunnskapssystemet som også bygger på biomedisinske prinsipper.

Pediatriens fokus på barns «målbare kropper»

Hvorfor er pediatrien i dag så opptatt av konkret måling av barns kropper og overvåkning av deres utvikling? Som sagt innledningsvis i dette kapitlet definerer pediatrien sin vitenskap som «... en total og kontinuerlig omsorg fremfor en oppsplitting etter organer, sykdomskategorier, biologiske prosesser eller omsorgssystemer» (Den norske legeförening 2009). Men betyr det at pediatriens fokus på måling av vekst og utvikling ikke hører inn under biomedisinske prinsipper? For å kunne svare på dette spørsmålet må vi se nærmere på den biomedisinske diskurs. Rogers (2003) sier at vitenskapelige tilnærminger (lik den medisinske vitenskapen) i stor grad bygger på systematisk forskning som forsøker å etablere universelle lover for årsak og effekt. Jeg vil hevde at pediatrien, og den medisinske vitenskapen generelt, speiler nettopp dette objektive sannhetsidealet gjennom språket for medisinsk terminologi, som er en diskurs og et «blikk» som betrakter kroppen objektivt og fragmentert. Det er gjennom å analysere pediatriens måter å snakke om kroppen på, representere den og handle på den at man kan søke å forstå den kulturelle konstruksjonen av fagfeltet.⁶ Pediaters diskurs kan forstås på bakgrunn av det filosofen og idéhistorikeren Foucault (2003) kaller «det medisinske blikket» («the medical gaze»).

Det «medisinske blikket» og pediaterens blikk

Hva er det Foucault (2003) kaller legens «medisinske blikk»? Foucault sier dette blikket handler om hvordan den medisinske vitenskapen har tatt til seg en filosofi som tidligere tilhørte det matematiske domenet. Det er en vitenskapelig diskurs som er grunnlagt i rasjonell tenkning, og som åpner for konstruksjonen av det medisinske språket, uten å inkludere metafysiske ontologiske begreper. Den medisinske vitenskapen favoriserer i dag vitenskapelig objektivitet ved at det er pasientens *symptomer* som definerer en sykdom.⁷ Obduksjon som verktøy har preget fremveksten av slik sykdomsklassifisering fordi den

⁶ Selv om denne artikkelen fokuserer på hvordan det biomedisinske kunnskapssystemet kan forstås som kulturelt konstruert, vil jeg understreke at medisinsk kunnskap bygger på faktisk erfaring og påvisning av predikativ kraft. Det er ikke min intensjon å hevde at det biomedisinske kunnskapssystemet utelukkende kan omtales som en kulturell konstruksjon.

⁷ Dette omtaler Foucault (2003) som «pasientblikket» («the patient gaze»).

involverer ren oppfattelse av sykdom i kroppens ulike bestanddeler og en kartlegging av kroppens indre. Symptomanalyse har slik blitt grunnlagt i objektive og identifiserbare kroppslige funn, og på denne måten gitt medisinen vitenskapelig objektivitet. Foucault omtaler dette som «likets diskursive rom». Det medisinske blikket er altså et blikk hvor medisinsk kunnskap om kroppen synes å hvile på en stabil, synlig og legitim basis. Sykdom blir her ikke lenger sett i relasjon til metafysikk og dens dimensjoner for ondskap, men er knyttet til forestillinger om vitenskapelig objektivitet. Død blir heller ikke lenger sett i relasjon til kulturdimensjonen, men blir kroppsliggjort i individers kropper. Dette er grunnlaget for Foucaults kroppsdiskurs: «... from the integration of death into medical thoughts is born a medicine that is given as a science of the individual» (2003:243).

Fremveksten av den medisinske vitenskapen er ikke bare knyttet til hvordan den forstår mennesket metodisk, men også ontologisk ved at den gir en splittet tilnærming til mennesket som bestående av objekt- versus subjekt-dimensjon (lik de to polene «kropp versus sinn»). Denne forestillingen mener Foucault (2003) må forstås gjennom et relativistisk (kulturelt) perspektiv: «Hence the fundamental place of medicine in the over-all architecture of the human sciences: it is closer than any of them to the anthropological structure that sustains them all» (2003:244).

Pediatrien hviler også på det objektive biomedisinske blikket som Foucault beskriver, og som han hevder kan forstås relativistisk. For å forklare hva jeg mener, må vi gå enda dypere inn i Foucaults (2003) beskrivelse av hva dette «blikket» er. Foucault bruker «det anatomiske atlas» som metafor for hvordan den medisinske kroppsdiskursen representerer en objektiv kartlegging av kroppens indre, hvor sykdom knyttes til spesifikke organer. Gjennom det anatomiske atlas har det vokst frem et skille mellom det Foucault kaller «sykdommens konfigurasjon» og «sykdommens lokalisering» i kroppen. Sykdommens konfigurasjon handler om dreininger i kroppsdiskursen: Oppdagelsen av formelle likheter mellom symptomer antas nå å utgjøre spesifikke lidelser, og avstanden som separerer én sykdom fra en annen, kan måles gjennom grader av likhet (som også inkluderer ulike klassifiseringer innenfor én sykdom). Sykdommens lokalisering handler om hvor sykdommen befinner seg i kroppen fysisk sett, for eksempel i nyrene eller i hjertet. Utviklingen av legenes kunnskapsbase gjør at deres blikk ikke lenger favner kroppen de behandler, men intervaller i naturen – hull, avstander, hvor lidelser fremframtrer, tegn som skiller én sykdom fra en annen, sannhet fra ikke-sannhet og det syke fra det ikke-syke. Dette viser seg også i medisinsk terminologi: «In a space articulated by language, it reveals the profusion of bodies and their simple order» (Foucault 2003:244).

Utviklingen av det anatomiske atlas har løst sykdommens essens fra pasienten som person. Klassifisering av en pasients sykdom innebærer hvordan sykdom kan kroppsliggjøres med pasientens objektive kropp. Litt annerledes formulert kan man si at sykdom, definert gjennom sin plass i et sykdomshierarki ut fra et likhetsprinsipp (i symptomer), blir plassert i

organismen (i pasienten). Dette kaller Foucault (2003) «den sekundære romliggjøring av det patologiske», og det involverer en tankegang om at spesifikke sykdommer eksisterer uten at sykdommens tilstedeværelse befinner seg i ett spesifikt organ. Kroppen har altså blitt «leselig» innenfor den medisinske vitenskapen, og dens «virkelighet» blir ikke bare etablert gjennom den som leser den (for eksempel en lege).

Det ligger maktaspekter i biomedisinens måte å diagnostisere og behandle kropp på. Diagnostiseringsteknikker for å undersøke kroppen innebærer overvåking: Kroppen inspiseres for å evaluere dens status, den analyseres for å identifisere mangler og overvåkes for å evaluere dens funksjon (Armstrong 1983), slik man for eksempel gjør i skolens helsetjeneste i dag. Foucault (i Armstrong 1983:6) mener at slik makt viser til spesifikke «strategiske relasjoner» i et gitt samfunn, og at en slik overvåking fungerer som et maskineri. Det er dette maskineriet som produserer makt og distribuerer individer.

Det er innenfor dette biomedisinske blikket at barns kropp i dag overvåkes, analyseres og behandles i pediatrien. Det er objektive målinger av kropp, løsrevet fra pasientene (barna) selv, men knyttet til statistiske storskalaanalyser, som er grunnlaget for å si om et barn følger normal vekst og utvikling. Armstrong (1983) hevder på sin side at pediatrien har beveget seg bort fra sin spesialisering ved å se barns organiske sykdom i relasjon til «voksnes sykdom» etter at man oppdaget viktigheten av barns og spedbarns utvikling. Jeg mener at dette ikke er helt presist fordi pediatrien også bruker det medisinske blikket som eksisterer innenfor generell biomedisin, for å diagnostisere og behandle barns spesifikke sykdommer og lidelser. Selv om Armstrong sier at utviklingspediatri har blitt «fundamentet» for pediatrien, og slik på noen måter har «oppfunnet» det normale barnet, vil jeg hevde at dette er en variant av det Foucault kaller «den sekundære romliggjøring av det patologiske». Målinger av barns kropp og utvikling er i likhet med biomedisinens «anatomiske atlas-diskurs» biologisk fundert. Lik medisinsk sykdomslære handler målingene om en objektiv tro på intervaller i naturen – «hull og avstander», og hvordan normalvariabler kan si oss noe om et barns normale eller abnorme helsetilstand og utvikling.

Den anatomiske atlas-diskurs representerer et syn på sykdom hvor dens konfigurasjon ikke er i en individuell kropp, men kroppsliggjøres med kroppen. Det finnes altså et sett av sykdommer «der ute», for eksempel diagnosen diabetes, og denne sykdommen kan «entre» en kropp ved diagnostisering. Dette gjelder også for pediatriens bruk av vekst- og utviklingskurver som bygger på statistisk materiale «der ute», og som kan kroppsliggjøres med barns kropp i en behandlings- eller utredningskontekst. Barn kan ligge innenfor eller utenfor slike vekst- og utviklingskurver, og kan sykkeliggjøres dersom de ikke ligger innenfor «normalen». Man kan kanskje kalle pediatriens fokusering på måling av barns vekst og utvikling for «den sekundære romliggjøringen av det ikke-patologiske – altså en romliggjøring av generelle standarder for barns normale kropp som den individuelle kropp

kan sammenlignes med. Også disse standardene, i likhet med patologiske sykdommer, er som sagt biologisk fundert.

Pediatriens fokus på «det målbare barnet» for å undersøke barns vekst og utvikling er med på å underbygge forestillingen om barn som en egen sosial kategori i samfunnet. Men er det slik at pediatrien står i en særstilling med å utskille barnet på denne måten? Også andre historiske dreininger og fenomener har forsterket denne kategoriseringen. Samtidig vil jeg hevde at pediatrien i stor grad har påvirket våre forestillinger om barns *helse* og *utvikling*.

Forestillinger om barn og barndom

Står pediatrien i en særstilling med å utskille barnet som egen sosial kategori, eller må vi se det i lys av andre samfunnsmessige endringer? Selv om historikeren Philippe Ariès i 1962 hevdet at barndom, som en distinkt samfunnsmessig kategori, ikke oppsto før etter middelalderen og var et resultat av fremveksten av «den barnesentrerte familien» (James og Prout 1990), er det vel mer presist å si at barndom ikke er et «naturlig faktum», og som sagt finnes det store krysskulturelle variasjoner i forståelsen av hva et barn er (James mfl. 1998), også i historisk tid. Hippokrates studerte for eksempel barns fysiologi allerede 400 e.Kr., lenge før barn ble utskilt i en egen medisinsk gren (Mahnke 2000). Qvortrup (2002) hevder at barndom kan ses på som en permanent sosial kategori. Ved å redegjøre for endringer i ulike sosiale parametere mener han vi kan se hvordan forestillinger om barn og barndom endrer seg.

Pediatrien oppsto som en selvstendig medisinsk gren samtidig med fremveksten av den store institusjonaliseringen av barn i Vesten, som obligatorisk skolegang og kontroll over barndommens «rom» (byen og hjemmet) (James mfl. 1998; Lee 2001; Qvortrup 2002). Innenfor nyere barne- og barndomssosiologi finnes flere artikler som beskriver essensielle samfunnsendringer som har påvirket dagens forestillinger om barn og barndom de siste 250 år, for eksempel Qvortrup (2002) og Lee (2001). De viktigste omhandler demografiske endringer (at det ble født færre barn og eksisterte flere voksne) og endringer på grunn av den industrielle revolusjon, stor økonomisk vekst, voksende sekularisering, utvikling av demokrati, utdanningsmuligheter og obligatorisk skolegang, nye sosiale reformer (for eksempel pensjon, som var et steg i retning av en togenerasjons kjernefamilie), fremveksten av ideologien om familien som viktigste påvirkning på barns utvikling, vekst i profesjonalisering på områder forbundet med barn (for eksempel pediatri, pedagogikk og utviklingspsykologi) og at klassisk barnearbeid ble avskaffet til fordel for skolegang av barn i stor skala. Qvortrup (2002) mener at disse historiske transformasjonene har gitt en institusjonalisering – en samfunnsfabrikk – som separerer barn fra voksenverdenen. James og Prout (1990) sier i denne sammenheng: «There can be no concepts of childhood which are socially and politically innocent.» Qvortrup hevder noe tilsvarende: «childhood is in principle

exposed to the same societal forces as adulthood, but in particular ways» (2002:48). Dette vil si at forestillinger om barndom påvirkes og formes av endringer innenfor makrososiale forhold som økonomiske krefter, miljø, politiske beslutninger og lignende, og disse påvirker ofte hverandre gjensidig.

Man kan derfor ikke si at pediatrien har stått i en særstilling når det gjelder konstruksjonen av barn og barndom som en sosial kategori i moderne tid. Den har imidlertid hatt stor slagkraft for den forståelsen av barns helse og vekst og utvikling som vi ser i dag. Det bør også nevnes at også utviklingspsykologien har gitt store bidrag innenfor utviklingsteorier om barn (som også har påvirket allmenne forestillinger om barn og barndom), men dette ble muliggjort ved å adoptere den medisinske vitenskapens metodikk (Jenks 2005). Utviklingsteoretikere har i likhet med den medisinske vitenskapen benyttet systematisk forskning for å etablere «objektive fakta» ved å utvikle teorier om barn og teste dem ved hjelp av observasjon og eksperimenter. Fokuset har vært utvikling av standardiserte utviklingsskalaer for å måle barns «normalitet» basert på deres ferdigheter og atferd i ulike aldersstadier (Jenks 2005).

Pediatriens (og utviklingspsykologiens) bruk av standarder for måling av barns vekst og utvikling er som nevnt tidligere koblet med utviklingen av, eller i alle fall medvirkningen i, sosiale og politiske samfunnsreformer. Jenks (2005) hevder at disse er med på å avgrense barn som en sosial kategori, og at de skaper og gjenskaper grensene mellom barn og voksne: Barnet betraktes og fremstilles som ulikt og partikulært, og det bygger på en iboende forestilling om at barnet senere skal trå inn i de voksnes samfunn. Denne tenkemåten mener Jenks innehar en paradoksal karakter fordi vitenskaper som pediatri og utviklingspsykologi er fundamentert på en sterk, men ikke forklart, «kunnskap» om (ulike typer av) barndom. Barnet blir i stedet sett som noe «naturlig» i tråd med metaforen om «vekst», og det er de fysiske tegn og anatomiske endringsprosesser hos barn som anses som indikatorer for sosial overgang fra barndom til voksenlivet. Barndom blir derfor sett som et stadium, som en strukturert prosess mot det å bli noe annet (altså voksen). Qvortrup (1990) identifiserer slike forestillinger om barn som «human becomings» heller enn «human beings» – barn er «uferdige voksne». Denne forståelsen av barnet finnes også blant pediatere:

Children are often touted as being very important members of society because they represent our future. Optimizing their health outcomes has the potential for huge impact on public health because children are at an early stage in the life trajectory (Klassen mfl. 2008).

Her ligger en klar forestilling om barn som «human becomings». Pediatrien er slik med på å reproducere forestillinger om barn og barndom og forståelse av deres helse og «normale» utvikling. Dette synet på barn var som nevnt tidligere lenge regjerende også innenfor samfunnsvitenskapelige disipliner, og den nye sosiale barne- og barndomsforskningen kom som en motreaksjon på dette (James og Prout 1990; Rogers 2003): Fokuset skiftet til å se på barn og barndom i lys av sosialkonstruktivistiske perspektiver (Rogers 2003), hvor man er

mer opptatt av ideer, heller enn fakta, om barn (Montgomery 2003). Min analyse av pediatri som en barnemedisinsk spesialitet representerer en slik analyse.

Makrostrukturer som innehar forestillinger om barnet, lik allmenne forestillinger om barns helse i et gitt samfunn, vil alltid påvirke barn og barndom både indirekte og direkte. Generell lovgivning om barnet blir ofte laget uten at man tar hensyn til barna selv (James mfl. 1998; Qvortrup 2002). Pediatrien har hatt et skifte i diskurs fra sykdomspatologi til fokus på overvåkning av barns normale vekst og utvikling (Armstrong 1983), som inkluderer utviklingen av og perspektiver fra politiske og sosiale reformer (Mahnke 2000). Den kan derfor ikke sies å være en ren medisinsk vitenskap. Pediatri er også en barnemedisinsk vitenskap, som skiller barn fra voksne, og hvor barnas foresatte og helsepersonale tar medisinske avgjørelser på barnets vegne. Utøvelsen på, og overvåkingen av, barns helse er også nedfelt i konkrete institusjoner som barneavdelinger på sykehus, skolens helsetjeneste (Armstrong 1983) samt helsestasjoner for de aller minste. Qvortrup (2002) hevder at barn og barndom generelt kan karakteriseres som en minoritetskategori, fordi medlemmene er marginalisert i relasjon til de voksnes samfunn og utsatt for paternalistisk behandling, uten at barnas konstruktive evner tas særlig hensyn til. Barn blir ikke sett som verdiproduerende aktører, men blir utsatt for kollektiv bedømmelse og behandlet ulikt voksne. Selv om dette synet kanskje kan kritiseres for å være for generalisert, så hevder Connolly (1998) at slike kulturelle forestillinger vil påvirke barns identiteter (eller «habitus») fordi de inneholder språklige konfigurasjoner, kunnskap og konkrete institusjoner som utøver makt over barnet. Innenfor pediatrien vil slik makt bli utøvet gjennom medisinsk terminologi (språk), ideer om barns normale vekst og utvikling (forskningsbasert kunnskap) og opprettelsen av helsestasjoner, egne barneavdelinger på sykehus og skolehelsetjeneste (institusjoner).

Pediatrien har ikke oppstått i et vakuum

Vi har i dette kapitlet sett at pediatrien har hatt en rolle i konstruksjonen av forestillinger om barn og barndom, særlig når det gjelder forestillinger om barns helse og utvikling. Pediatri skiller seg fra biomedisin (for voksne) ved at den fokuserer på barns normalitet (vekst og utvikling) heller enn at den bare fokuserer på sykdomspatologi. Jeg har forsøkt å redegjøre for denne dreiningen ved å se på hvordan pediatri som vitenskap har utviklet seg, og også ved å peke på historiske samfunnsendringer som kan ha påvirket spesialitetens innhold. Barns «målbare kropp» innenfor pediatrien er en kategorisering av barn som bygger på det biomedisinske kunnskapssystemet hvor objektiv målbarhet står i sentrum, samtidig som barn blir sett som «uferdige voksne» (i vekst og utvikling mot å bli voksne). Det er dette som ligger til grunn for utskillelsen av barnet som egen sosial kategori i pediatrien i dag, slik at barn innenfor vestlig biomedisin behandles annerledes enn voksne.

Qvortrups (2002) posisjon hvor barn ses som aktive og medkonstruerende i kulturelle forståelser av barn og barndom, er viktig innenfor nyere barne- og barndomsforskning, og må

antas relevant for pediatriens utvikling; legers erfaringer fra utredning, diagnostisering og behandling av barn vil også ligge til grunn for hvordan pediatrien har utviklet seg, og vil utvikle seg, som medisinsk gren. For å gripe slike prosesser kan man foreta etnografiske studier på aktørnivå. Dette kan ifølge Qvortrup (2002) gi barn en mer direkte stemme og deltakelse i produksjon av kunnskap om barn og barndom. Analyser av historiske endringer i forestillinger om, og behandling av, barn og barndom, lik min fremstilling av pediatriens utvikling, er nyttige for en forståelse av rollen til medisinske institusjoner, slik som den pедиатriske. Sosialkonstruktivistiske perspektiver, som ligger til grunn for min analyse, kan minne oss om at barn og barndom ikke er «naturlige fakta», men også sosiale konstruksjoner (Rogers 2003), konstant skapt i samfunnet i sin samtid. Dekonstruktivistiske analyser av forestillinger om barn, holdninger, forventninger og forståelse av hva og hvem de er, kan skape refleksjon og kritisk tenkning som kan skape bedre oppvekst, helse og miljø for barn.

Om kapitlet

Kapitlet er skrevet som en del av Ellen M.I. Ersfjords doktorgradsarbeid *A social anthropological study of children with obesity – When a complex illness meets biomedicine*. Doktorgradsarbeidet utføres ved Norsk senter for barneforskning (NOSEB), NTNU. Jeg vil rette stor takk til Marianne Trondsen, Aksel Tjora og Pål Årsand for innspill i skrivingen og revideringen av dette kapitlet. Jeg vil også takke Tord Larsen, Vebjørng Tingstad, Randi Dyblie Nilsen og Tora Korsvold for innspill under skriveprosessen.

Referanser

- Alanen, L. (2007) 'Theorizing children's welfare', i Wintersberger, H. (red.) *Childhood, Generational Order and the Welfare State: Exploring Children's Social and Economic Welfare* (27–45). COST A19: Children's Welfare Vol. 1. Odense: University Press of Southern Denmark.
- Armstrong, D. (1983) *Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Connolly, P. (1998) *Racism, Gender Identities and Young children: Social Relations in A Multi-Ethnic, Inner-City Primary School*. London: Routledge.
- Den norske legeforening (2009) *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for barnesykdommer*, [www.legeforeningen.no http://www.legeforeningen.no/id/1214.1210](http://www.legeforeningen.no/id/1214.1210) (lesedato: 15.10.2010).
- Dwork, D. (1987) *War is Good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898–1918*. London: Tavistock.
- Foucault, M. (2003) *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London: Routledge.
- Hem, E. (2003) 'Tilbake til Hippokrates?' *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123 (24): 3577–3578.
- James, A., Jenks, C. og Prout, A. (1998) *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- James, A. og Prout, A. (1990) *Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood*. London: Falmer Press.

- Jenks, C. (1996) *Childhood*. London: Routledge.
- Jenks, C. (2005) *Critical Concepts in Sociology*. London and New York: Routledge.
- Klassen, T.P., Hartling, L., Craig, J.C. og Offringa, M. (2008) 'Children are not just small adults: the urgent need for high-quality trial evidence in children', *PLoS Medicine*, 5 (8): 172.
- Lee, N. (2001) *Childhood and society: growing up in an age of uncertainty*. Buckingham: Open University Press.
- Mahnke, C.B. (2000) 'The growth and development of a specialty: The history of pediatrics', *Clinical pediatrics*, 39 (12): 705.
- Montgomery, H. (2003) *Understanding Childhood. An interdisciplinary approach*. Chichester: Wiley The Open University.
- Pawluch, D. (1983) 'Transitions in pediatrics: A segmental analysis', *Social Problems*, 30 (4): 449–465.
- Prout, A. og James, A. (1997) 'A new paradigm for the sociology of childhood? Provenance, promise and problems', i James, A. og Prout, A. (red.) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood* (s. 7–33). London: Falmer Press.
- Qvortrup, J. (1990) *Childhood as a social phenomena: An introduction to a Series of National Reports*. Vienna: European Centre.
- Qvortrup, J. (2002) 'Sociology of childhood: conceptual liberation of children', i Mouritsen, F. og Qvortrup, J. (red.) *Childhood and Children's Culture* (s. 43–78). Odense: University Press of Southern Denmark.
- Reid, A. (2002) 'Infant feeding and post-neonatal mortality in Derbyshire, England, in the early twentieth century', *Population studies*, 56 (2): 151–166.
- Rogers, W.S. (2003) 'What is a child?', i Woodhead, M. og Montgomery, H. (red.) *Understanding childhood: an interdisciplinary approach* (s. 1–43). Chichester: Wiley The Open University.
- Strong-Boag, V.J. og Warsh, C.L.K. (2005) *Children's health issues in historical perspective*. Waterloo Ont.: Wilfrid Laurier University Press.
- von Tetzchner, S. (2001) *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Viner, R. (1999) 'Using the History of Pediatrics', *Health and History*, 1 (2): 162–168.

‘Look mommy, I’m eating the plate model!’ Biopedagogies and coping with obesity through objectification

Ellen Margrete Iveland Ersfjord

*Norwegian Centre for Child Research, Department of Education and Lifelong Learning,
Trondheim, Norway*

Abstract Childhood obesity is increasing in many parts of the world. For the child, obesity often involves major social challenges. Within the framework of social studies of children and childhood and employing the concept of biopedagogies, I explore how children with severe obesity who participate in a long-term rehabilitation programme changed the perception of their bodies from ‘being fat’ to ‘suffering from obesity’ by embracing the biopedagogies involved. Due to this transformation, ‘obesity’ was made into an entity – ‘a thing’ that the children could work on –, which was used for coping and change. The article is based on an ethnographic field study of a Norwegian randomized medical intervention trial for children with obesity.

A virtual abstract of this paper can be viewed at: https://www.youtube.com/channel/UC_979cmCmR9rLrKuD7z0ycA

Keywords: child obesity, obesity treatment, biopedagogies, objectification, entification, social studies of children and childhood

Introduction

The World Health Organization considers obesity as one of the world’s major health challenges (WHO 2012), affecting adults and children. About 15–20 per cent of Norwegian children are classified as being overweight or obese (The Norwegian Institute of Public Health 2014). Obesity is a relatively new life style disease.¹ Over the last decade, the Norwegian media has increasingly been preoccupied with obesity (Tingstad 2009), and anti-obesity discourses are common in Norway (Grønning *et al.* 2012, Wathne *et al.* 2013, Malterud and Ulriksen 2010). In the western world, being fat tends to be seen as representing laziness, poor health, greed, and lack of self-control (Kirk and Tinning 1994). Seen as scripts, obese bodies tell a story about the self – how a person appears physically is seen as reflective of that person’s character and values (Kirk and Tinning 1994, Wathne 2011). Based on these discourses and conceptions, children with obesity are viewed and acted upon in a certain manner.

Scholars have questioned the ‘truth’ of the obesity epidemic by pointing to the non-conclusive medical evidence of causality between obesity and illness (Ourahmoune 2017, Wright 2009), and claim it is a result of a moral panic (see for example Evans *et al.* 2008, Alexander *et al.* 2015, Kontopodis 2013, Martin 2015, Rail *et al.* 2010). Even though this literature is

important, it ignores the fact that children with obesity often have a low quality of life – they are exposed to stigma and bullying (Puhl and Latner 2007, Steinsbekk 2010) and struggle with physical challenges in their daily lives (Wathne 2011). One US study showed that children with obesity have the same health-related quality of life as children diagnosed with cancer and receiving chemotherapy (Schwimmer *et al.* 2003). In this article, my focus is how children with severe obesity experience and are affected by long-term rehabilitation.

Norway does not have a long tradition for treating child obesity, and few rehabilitation programmes are offered by the Norwegian health care service. To gain more knowledge about how to treat and rehabilitate child obesity, two different randomised medical trials for children between 6 and 11 years old were performed in Norway in recent years. I performed ethnographic studies in relation to these trials in three different locations; one hospital ward and two rehabilitation centres. This article is mainly based on the fieldwork I did at a rehabilitation centre with a specific set of children with obesity and their families over a period of nearly two years. To my knowledge, until now no ethnographic study has used participant observation as main method to explore child-parental-rehabilitation team relations – specifically focusing on children’s perspectives and experiences – within a long-term rehabilitation intervention for children with severe obesity.

I found that the children seemed to internalise a medical and objectified perspective of themselves and their condition, and used this for coping with their obesity. This happened despite the fact that parents were the main targets of the intervention, which is common in paediatric obesity treatment (Skelton *et al.* 2012). In this article, I highlight children’s experiences by exploring the following question: How did the children’s interpretations of new knowledge about diet, physical activity, and obesity change the children’s perception of their bodies and the way they coped?

My work is localised within the framework of social studies of children and childhood (James *et al.* 1998). I understand childhood as a socially constructed phenomenon within different local, cultural, and generational contexts (Wilhelmsen and Nilsen 2015), and I see children as competent social actors with agency (Alanen 2001). This perspective is combined with the relative new concept of biopedagogies, which builds on Foucault’s concept of biopower, described by Wright (2009: 1) as ‘the governance and regulations of individuals and populations through practises associated with the body’.

Biopedagogical literature is concerned with how the obesity epidemic is associated with pedagogies and practices that place the individual and the population under constant surveillance (Rail 2009, Wright 2009). With increased knowledge about obesity related risks, people will start monitoring themselves in regards to ‘eating healthy’ and ‘staying active’ (Wright 2009). Such social meanings can become inscribed in people’s bodies and offer a way ‘to *understand* themselves, *change* themselves and *take action* to change others and their environment’ (Wright 2009: 2). Biopedagogical instructions thus have the potential to affect people’s subjectivities and identities (Wright 2009).

Biopedagogical literature emphasises the dangers involved with conveying biopedagogical messages towards children, claiming it can lead to unhealthy self-monitoring strategies (see for example Alexander *et al.* 2015, Burrows 2017, Powell and Fitzpatrick 2015, Wright 2009). In my study, the biopedagogies involved in the rehabilitation programme did indeed affect most children towards monitoring themselves in relation to food intake and physical activity. But in contrast to other biopedagogical literature, I take a controversial stance and claim that this self-monitoring should not always be understood as negative or dangerous. I claim that it can also be productive and help children with obesity cope.

The children’s self-monitoring, I argue, is connected to a process of ‘entification’ of obesity. Entification means that something ‘inchoate congeals into a thing (Latin: *ens*), a unit, a

category with discernible boundaries' (Larsen 2010: 155). By learning new terminologies and knowledge about obesity as a medical condition, food, and physical activity (the 'boundaries'), 'being fat' is transformed into an entity – obesity. This entity became a 'thing' that children could work on. Second, the internalisation was also related to new body experiences in relation to food and physical activities during rehabilitation. Highlighting the agency of the children, I discuss how the children's newly attained knowledge and bodily experiences were used for coping and for trying to change their own and their family's lifestyle.

Theoretical approaches

In this article, I argue that the biopedagogies involved in the rehabilitation programme placed the children under constant surveillance, which led to increased self-monitoring and coping of their medical classified condition. This is explored within the concept of biopedagogies, which is understood as practices and values embedded in both informal and formal education that work to regulate, normalise, instruct, and construct understandings of the physical body and the virtuous 'bio-citizen' (Wright and Halse 2014).

Within the biopedagogical approach, one examines how discourses and ideas connected to the obesity epidemic work to govern bodies and affect how people come to understand others and themselves (Wright 2009). The concept of biopedagogies takes modern identity theory into account in regards to how the western neo-liberal project of self-making is connected to ideas about 'free choice' and 'individual responsibility' for one's own health (Wright and Halse 2014). Within the biopedagogical literature, this is evident in how scholars emphasise the dangers involved in communicating biopedagogical messages towards children (Wright 2009). It is believed that it can lead to unhealthy self-monitoring strategies in relation to weight and physical activity by enhancing feelings of shame, guilt, and fear (Wright 2009), or that children will develop an impaired relationship with physical activity and 'play', their bodies, and the self (Alexander *et al.* 2015, Powell and Fitzpatrick 2015). However, I believe that these claims should be challenged. Firstly, findings mostly stem from qualitative interview studies performed with children (who are not necessarily obese), rather than longitudinal ethnographic studies focusing on children's health-related behaviour. Second, studies of changes in children with obesity's health-related quality of life due to treatment show opposite findings – that it is associated with reduced depression, increased self-esteem (see for example Rimke *et al.* 2011, Knöpfli *et al.* 2008), and a positive altering in obese children's eating behaviour (Braet and Winckel 2000). Third, the arguments of the dangers involved with increased self-monitoring may be connected to western cultural ideas about children and childhood, grounded in an underlying view of children as dependent and in need of protection of 'harmful' issues that might affect them in negative ways (Qvortrup *et al.* 1994) – in our case from biopedagogical messages that have the potential to alter their sense of self. Such a view of children is commonly described within the social studies of children and childhood as 'human becomings' (Qvortrup *et al.* 1994), indicating that children are not understood as fully human, but rather as going through a structured process towards adulthood (Jenks, 1982). Children are not seen as 'beings' or active subjects in their own right (Coad and Evans 2008). Rather, they are understood as vulnerable 'becomings' in need of protection and 'proper' socialisation from adults in charge of their care, and they are not considered responsible for their own health until they grow older (become adults) (Coad and Evans 2008).

Scholars from the social studies of children and childhood have problematised these constructions of children as 'becomings'² by pointing to the fact that there are varying cross-cultural understandings of children and childhood (Brady *et al.* 2015). Instead, children and

childhood could be interpreted as socially constructed phenomena and as a social (minority) group (James and Prout 1997, Qvortrup *et al.* 1994). Also, children should be understood as social and competent actors with agency and with the ability to influence, and be influenced by, the societal structures and power relations within which they are living (Brady *et al.* 2015). This was also the starting point for my research. I aimed to grasp the point of view of children with obesity and examine what role they had or took (their agency) in their family's life style change process, as well as how they were affected by the power-relations and the biopedagogical messages involved in rehab. As we will see, the children attending the long-term rehabilitation used their newly attained knowledge about nutrition, physical activity, and obesity for coping and trying to change a difficult situation, at least during the period observed. The biopedagogies involved also resulted in an entification and medicalisation of their condition so that 'I am fat' was transformed into 'I suffer from obesity', which seemed to unburden their emotions of shame, fear, and guilt rather than enhancing them as is suggested in the literature.

The methodological and analytical approach

The setting explored in this article, a rehabilitation centre in Norway, was one of two centres taking part in one of the randomised medical trials observed. The trial was initiated by the Norwegian specialist health care service. My research was an independent doctoral project and (economically) independent of the randomised trial.

Families were recruited through a randomised trial, and the target group were children between 6–11 years old with medically diagnosed severe obesity. Nine families participated in this trial. The families' rehabilitation period lasted for two years, and consisted of one two-week-long summer camp and five additional long weekend stays, distributed over a two-year period. The families also had follow-ups from their local primary health-care service providers during this period.

In agreement with the randomised study's project leader, I used participant observation as main method for data collection. Interviews or other methods common in social studies of children and childhood for data collection were not used³ because these methods were too close to the intervention and may have affected the medical trial outcome.⁴ During the families' stays at the rehabilitation centre, I lived with them, ate with them, attended the children's activities, and used the role configuration – 'the least adult' to enter the children's world(s). The least adult is a role configuration often used within social studies of children and childhood when the researcher tries to access children's social lives as a fully active participatory member (Mandell 1991). It implies trying to put all aspects of being an adult aside except from physical size (Mandell 1991). The role configuration is based on the conviction that the differences between adults and children are more ideological than actual, and that there is room for negotiating an adult's role (Mandell 1991, Warming 2005). The method is often used in long-term fieldwork because it takes time for children to get used to seeing a researcher as a non-authoritative participant (Fine and Sandstrom 1988). A motivation for adopting such a role is the desire to give children a voice (Warming 2005). 'Listening to children' implies both listening to what children say verbally and what they express through bodily language (Warming 2005). The role configuration can give the researcher insight into children's culture and enable the researcher to ask good questions as well as interpret what children say and do (Warming 2005).

Using role configuration as the least adult, I did not initiate activities and tried not to set boundaries around children's interactions. I also did not start conversations or ask questions

about their size unless the children initiated it. I rather ‘tagged along’ and tried to blend in. I also tried to imitate the children’s behaviour and bodily actions in a manner that felt natural to me, but without trying to act as a child or as an obese child. My physique differed from the children with obesity, being slim, but many siblings participating were also slim, so I did not stand out. To gain insight into the embodied experiences of a high degree of daily physical activity, I tried to compensate for my slim body size by always performing to the max and by trying to be a good team player.

Imitating informants’ behaviour and bodily actions is a well-known phenomenological method that anthropologists also often use during fieldwork (Lidén 2000). In this way the researcher can gain insight into informants’ physical and emotional experiences and look for meaningful aspects that are integrated in their non-articulated experiences (Lidén 2000, Warming 2011). As did the children, I suffered daily from muscle aches due to high degree of physical activity level as well as stomach-aches due to the fibre-rich diet, and I lost weight. I tried to relate to the children as my peers and remove myself from my assumptions about what it is like to be a child. Inspired by sociologist Anne Solberg (1996), I tried to put my ideas about age aside. Slowly, but surely, I got accepted as ‘a different adult’ or maybe as an ‘ageless’ person and playmate, which gave me unique insight into the children’s experiences during rehab.

My study was approved by the Norwegian Social Science Data Services (NSD) and was evaluated by the regional committees for medical and health research ethics in Norway. Both children and parents received verbal as well as written information about the project. Informed consent was gained from parents. Parents were urged to read and explain the information sheet together with their child/children. Families as well as children were also informed that they could opt out at any time without any consequences for treatment.

Analytical approach

During fieldwork, I took notes during all classroom-based activities as well as during family consultations. When participating in physical activities and during meals and spontaneous play activities during evenings, I wrote down bullet points and quotes that I considered important. Field notes were written every evening after the families had settled for the night. The data were analysed using a thematic analysis (Fielden *et al.* 2011), which involved of a process of repeated reading (Braun and Clarke, 2006) and a subsequent coding phase where data were categorised according to repeated patterns. Finally, data were categorised by themes followed by a detailed analysis (Fielden *et al.* 2011). The themes were then related to theoretical concepts and perspectives and to previous research (Wilhelmsen and Nilsen 2015). Two key themes were identified when exploring children’s point of view: changes in children’s terminology about food, physical activity, and their physique, as well as how they were taking, or trying to take, an active role in their family’s life style change process. These findings will be explored in the following sections.

From ‘being fat’ to ‘suffering from obesity’

From the data, it was clear that children attending the rehabilitation programme gradually started to use new terminologies about food, physical activity, and their condition. In the beginning of the fieldwork, their language about their bodies was rather limited, basically using the word ‘fat’ – ‘I am fat’ or ‘I am here because I am fat’. This suggests that their size

initially was part of their embodied subjectivity, which probably was a result of their previous experiences in relation to their body, including having been subject to stigma and bullying. An illustrating example of this embodied subjectivity is how a six-year-old boy drew himself as a 'gingerbread-boy' in the beginning of fieldwork, when the children were asked by the rehab team to draw a full body picture of themselves and decorate them in any way they pleased. This boy chose to draw himself as something edible, as consisting of food – or as 'being' food – a high calorie snack in the shape of a person. Due to altered knowledge and experiences in relation to food and physical activity, the children's terminology changed. For example, many children went from stating 'I am fat' to proclaiming 'I suffer from obesity'. This indicates a transformation of their lived 'fat' bodies into what can be characterise as 'a medicalised body' or a transformation from a social fat body into a biologically classified obese body (Sachs 2001). The concept entification captures this transformation, and in the following, I will describe how this transformation happened.

The emergence of 'obesity' as a medical diagnosis has gone through a process of 'medicalisation' (Ourahmoune 2017). Medicalisation of obesity can be seen as a process 'whereby a previously non-medical issue – here, body fat – comes to be understood in medical terms, and upon which the medical gaze and its plethora of diagnostic tools and solutions come to be used in its evaluation and "treatment"' (Paradis 2016: 3). This will affect the way practitioners understand and act upon persons. Research has shown that practitioner's frameworks and how they explain a medical condition to children can affect the child's identity (Brady 2004) and also how they become actively involved in the management of their condition (e.g. Bluebond-Langner 1978, Brady 2014, Gabe *et al.* 2002, Mogensen and Mason 2015). Many of the children with obesity participating in rehab also used their newly attained knowledge actively to try to change their own and their family's lifestyle. In observations of parental and group consultations, I listened to parents telling many stories about how their children enacted their agency in new ways, for example in relation to food. Many parents stated that their children pointed out when the parents 'broke the rules', for example when shopping for groceries, buying sweets on weekdays, or not choosing the 'nøkkelhull' – a green 'healthy option' icon on the packages of food items. Several children also started calling home when visiting friends and being offered sweets to ask for the parents' permission. Some children insisted on eating meals at specific hours, copying the rehabilitation centres' recommended daily meal rhythm. Many also tried to encourage or arrange physical activities for their whole family.

Children's agency in relation to how they interpret health risks is often underestimated, and adults are often unaware how children interpret health information and make it meaningful for their lives (Brady *et al.* 2015). Research shows that children are competent referents in relation to health experiences and they can understand complex information if presented in an age appropriate manner (Brady *et al.* 2015). In the rehab context for this fieldwork, it was not the children, but their parents who were the main target for the intervention. Influencing children's weight-related behaviours indirectly through the parents is a common approach in paediatric obesity treatment (Skelton *et al.* 2012). The adults are understood as being responsible for their children's health, while children are seen as receivers of adult care and supervision, as dependent and passive subjects, as vulnerable beings in need of nurturing and protection by adults (Christensen 2004).

The children mostly attended physical activities arranged by the rehabilitation team, while parents participated in classroom-based sessions where they could learn 'facts' about food and physical activity. Parents also attended group and individual counselling/therapy. According to the trials protocol, the children were expected to gain knowledge about diet and physical activity through play activities initiated by the rehabilitation team. These were either outdoor or indoor (at the rehabilitation centre's gym) activities such as ball games, cycling and walking

trips, fishing, canoeing, and being in the woods. Sometimes parents participated as well, especially in outdoor trips. It was believed that physical activities like these would contribute positively towards the children's food choices in the sense that they would become more aware of their hunger and fullness. The activities were meant to allow for positive physical experiences and assure the children that physical responses to it (sweating, muscle aches) were risk free. My research indicates that the trial achieved this for most children. Through the play activities, many slowly changed their attitudes towards being more physically active. Initially, several children tried to make themselves 'invisible', likely due to bad previous experiences with sports activities and especially PE at school. Many also complained about backaches, headaches, and stomach aches. Some children had never experienced rapid pulse, and were alarmed by this at the beginning of rehab. As the days, months, and years passed by, most became increasingly physically active. They complained less and appeared to find increasing enjoyment in the physical activities arranged by the rehabilitation team. It is possible that the children learned, through new bodily (relational) experiences, to better handle their large bodies. They learned this by processing the meanings ascribed to their bodies and their bodily 'messages' (Favretto and Zaltron 2014), being told by the rehabilitation team that these aches and pains were caused by their weight and new diet, and that they did not present a risk.

Still, positive experiences with physical activity were not the only reason why most children became active participants in both their own and their family's life style change process. They also picked up and started talking differently about physical activity, food, and their body, indicating an adoption of the biopedagogies involved. The children picked up these biopedagogies and related terminologies used by the rehabilitation team. For example, they started using the terminology 'physical activity' for all activities arranged by the rehabilitation team, while using the terminology 'play' ('let's go out to play') during breaks. One time we went to the zoo, and a girl (aged nine) proclaimed: 'This is a great physical activity! I am not even noticing that I am physically active!' Some children also started using physical activity as a bargaining chip with their parents in between rehabilitation stays. For example, one girl negotiated buying a lollipop in return for walking or cycling to the local grocery shop, and one boy made a deal with his parents – he would watch TV while cycling the parents' ergometer bike, enabling him to watch TV longer than he normally would be allowed. This indicates an understanding of the concept of energy in equals energy out as a means to avoid further weight increase. Many children also started categorising physical activity into mild, moderate, and hard and tried to estimate physical activity in relation to energy used and energy intake, often in relation to calories. This reclassification of play and/or physical activity was picked up from the rehabilitation team, as it was part of the team's everyday speech and biopedagogies.

Children also started reclassifying, or broadening their terminology, about food and food intake. For example, the children practiced and learned a new meal rhythm, consisting of breakfast, lunch, dinner, supper, and three snacks, as well as what and how much the different meals should be. A snack, or a 'mellommåltid' (Norwegian), which directly translates as 'in-between-meal', should consist of one piece of fruit or a handful of nuts or vegetables. The children even started using the rehab teams' abbreviation for the word snack – 'mellommål' – which does not exist in people's everyday speech. Dinners that were eaten at the rehab centre's canteen followed 'the plate model', consisting of a certain amount of carbohydrates, proteins, and vegetables. At the end of the first summer camp during dinner, a boy served himself and then yelled out to his mother, holding his plate up high: 'Look mommy, look mommy! I am eating the plate model!' His plate held the 'correct' amount and division of food on the plate. This indicates a reclassification from 'eating dinner' to eating a 'plate model', which was a new and abstract conception for the children consisting of the three different food constituents.⁵ One time, driving go-carts, a boy made a joke that we should all drive with our

mouths open for the proteins in the vast amount of mosquitos around us. The other children's laughter in response indicates a common, and advanced, understanding of the concept of animal protein.

The children's reclassification of food and food intake could also be explained in light of how they experienced their bodies' change due to a new diet and meal rhythm. All children lost weight during summer camp and they often discussed with each other how their waistline had shrank. Weight was also a theme for conversation amongst the children during the long weekend stays during the two-year period they attended rehabilitation, but most often out of their parents' or the teams' earshot. They often asked each other how much weight they had lost since the last time they saw each other and many also exchanged life style change tips. The children also used their newly achieved knowledge about diet strategically to try to change, or maintain changes, in their own and their family's diet between rehabilitation stays. Many parents shared that they found it hard to maintain motivation for the rehabilitation centre's recommended diet and meal rhythm over time. Amongst other things, parents were encouraged to write up a weekly dinner plan for the family and stick it on the fridge for the whole family to see. Most parents managed to do this the first two or three months of the rehabilitation period, but then stopped because of the hassle. This often led to discussions and arguments with the children with obesity about what to eat for dinner, and several urged the parents' to maintain the practice with weekly dinner plans. Still, few parents succeeded.

The children were not explicitly taught, but mostly picked up the implicit biopedagogies about food and physical activity from the rehab team, and this sometimes had unexpected outcomes. One boy almost stopped eating all together, not knowing the dangers involved. A girl's parents had received calls of concern from her friends' parents, due to her 'obsessive' interest in the content of her friend's refrigerator, and her lecturing about 'how to eat' (i.e. 'healthy' food choices). However, the parents insisted that the girl only conveyed 'regular' dietary advice to the family, and were not concerned by her behaviour. One boy often searched for his father's candy stash, which he hid from him in drawers and cupboards, demanding a candy 'destruction' (throwing it away), supervised by him. Another girl was permitted by her parents and her teacher to teach her classmates about the importance of eating several meals a day (i.e. the rehabilitation centre's recommended diet and meal rhythm) in order to improve the body's metabolism and regulate one's hunger and fullness, which was quickly taken up by the children in her class. In this way, she did not stand out from the other children when eating several meals during the school day, and she indicated that this had increased her popularity at school. Before, she would hesitate to eat at all at school because food intake in front of her classmates normally would expose her to bullying.

From my data, it is clear that the children with obesity developed and used coping strategies in relation to their medical classified disease – a phenomenon previously described as common by scholars exploring children's health related behaviour (e.g., Bernays *et al.* 2015, Bluebond-Langner 1978, James 2000, Mogensen and Mason 2015). Even though the children's strategies can be interpreted as functional, not all of them should be interpret as a 'positive' change in their health related behaviour (for example the boy who almost stopped eating). My research suggests that their strategies were based on the simplistic notion of energy in equals energy out. The reason is probably that the children did not gain full insight into the complexities of their condition and how their coping strategies could affect their bodies due to not participating in the lessons about diet and physical activity. It may have also been connected to the explanatory model presented by the team for why the children had developed obesity – that it was caused by an imbalance between physical activity and energy intake, meaning that their caloric intake was too high and physical activity level too low.⁶ This can explain the case of the boy who almost stopped eating all together and who believed that it would make him slim.

As stated by Brady (2014), 'Lay concepts of health and illness have their own logic, integrity and complexity; they have an important influence on how people evaluate medical care and practice, and have a huge relevance on compliance with medical treatment (Brady 2014: 223).

The children's coping strategies were used to bring about change in their daily lives, which for many were characterised by great strains. Many children shared stories about severe bullying, both physical and emotional. Some shared that they had no friends. Adopting the biopedagogies involved helped the children internalise and classify experiences both during and between rehabilitation stays and made up identifiable borders for how they understood their condition as suffering from obesity (a medicalised body), rather than being fat. I should mention that in Norway, obesity (in Norwegian: *fedme*) is not a common word amongst children – it is medical jargon. Yet I often overheard children classifying the condition as obesity. For example, during a bike ride, I overheard two six year olds talking to each other: 'Are you here because of obesity ('*fedme*'), or are you here with your family?' 'I am here with my family; my sister is obese'.

As mentioned, biopedagogical literature is concerned with the dangers of communicating biopedagogical messages to children, claiming it can lead to unhealthy self-monitoring strategies. As this study demonstrates, biopedagogies can also work productively to bring about change for children diagnosed with obesity. By embracing new knowledge about their condition, nutrition, and physical activity, the children changed their view of their fatness and developed coping strategies based on the biopedagogies presented to them.

The transformation of the children's fat bodies into a medicalised obese body can be explained by using the concept of entification. According to Larsen (2010: 155), entification can occur 'in such a way that my qualities, my behaviour or my views are turned into properties which I can attach and detach at will'. He describes this way of producing 'thinghood' as a historically specific one, related to the emergence of the liberal self, which is seen as a prerequisite for management and governmentality: Entification 'opens up a gap between my 'self' and its properties which exist at a distance from the acting and choosing I' (Larsen 2010: 155). Wright (2009) also acknowledges this by stating that biopedagogies can turn individuals towards monitoring themselves, giving people a way to 'understand themselves, change themselves and take action' (Wright 2009: 2). Larsen (2010) claims that when there is a demand for management of a new disorder or new identities, new 'manageable' entities will develop. The changes that have taken place with regards to peoples' body size have created a need for managing this new phenomenon. A few decades ago, fat people were mostly treated for obesity related sequelae, but today we find specialised treatment offers and clinics for treating people with obesity. Today, people can even be offered treatment without having developed obesity-related comorbidities. Because of the demand for the management of this 'new' corporeal state, there has been a process of entification of being fat into obesity as a medical classified disease. This entification of being fat (i.e. obesity) is increasingly gaining foothold, especially within the medical domain, but it is also a term increasingly used in peoples' everyday speech.

My research suggests that when the phrase 'being fat', which is laden with social meaning, is replaced by the medical term obesity, then the relationship between self and fatness is transformed. When the children say they 'suffer from obesity', they have turned their 'being fat' into an external entity that is only loosely attached to their being. The gap that is opened between themselves and their obesity makes it easier for them to handle and get a grip on their condition – it allows for increased agency in (trying to) change their own, and their family's life style.

My data also show that there can be dangers involved in conveying biopedagogical messages to children with obesity. The boy who almost stopped eating all together had limited

knowledge about the complexity of his condition and developed an unhealthy coping strategy. Also, the children might develop an unfounded fear of the health of other family members or take too much responsibility (Burrows 2017) for the family's life style change process, making it a burden that may be too big to handle. Still, research has shown that paediatric obesity treatment is associated with a positive change in obese children's eating behaviour and a reduction in the development of eating disorders (Braet and Winckel 2000). It also increases children's self-esteem and reduces depression (Knöpfli *et al.* 2008, Rimke *et al.* 2011). In addition to this, multiple studies show that children with obesity are more prone to becoming obese as adults (Biro and Wien 2010). Involving children in treatment and viewing them as agents in their own right might have the potential for a better prognosis and handling of their condition.

Concluding remarks

In this article I have explored how children with medically diagnosed severe obesity experienced long-term rehabilitation for this condition. I explored how children internalised a medical and objectified perspective on themselves and their condition, resulting in a transformation of a perception of 'being fat' into a medicalised body. They achieved this by adopting the biopedagogies underlying treatment. Most children used the biopedagogies actively and strategically to change their situation and gain and maintain a life style change for themselves and their families, indicating they were far from passive agents in this process. This happened despite the fact that they were acted upon as vulnerable, dependent, and passive agents by the rehabilitation team – not the children but their parents were assumed to be the main agents for the family's life style change, and parents were offered education regarding diet and physical activity as well as group based and individual counselling/therapy. Children mostly attended physical activities arranged by the rehabilitation team.

Although I did not track the children with obesity after the two-year rehabilitation period, the findings have important implications for family based approaches to paediatric obesity treatment. Today, family-based approaches trying to influence children's weight-related behaviours indirectly through the parents are becoming the 'gold standard' (Skelton *et al.* 2012). Research shows that treatment is not based on the more prominent family theories, that is, theories in which families are understood as a system with interdependent units (Skelton *et al.* 2012), a collection of actors that can exert agency. Modern identity theory is not incorporated in treatment either. Still, in order to say whether children exert agency in a similar way within other long-term child obesity treatment settings with family-based approaches, whether my findings are culture specific, or whether there are long-term dangers involved in conveying biopedagogical messages to children with obesity, more research is needed. I wish to accentuate the potential of the coupling of the framework of social studies of children and childhood and the concepts of biopedagogies and entification as a promising approach to gain further insight.

Based on my findings and knowledge of the permeating biopedagogies surrounding both children and adults in Norwegian society and western world in general, I question if one should continue, and whether it is possible, to shield children in obesity treatment from these biopedagogies. In Norway, children are already surrounded by societal anti-obesity discourses and initiatives. Even though several theorists have claimed that the internal logic of biopedagogies can lead to an increased and negative self-monitoring and create feelings of shame, guilt, and fear and an impaired relationship to the body and the self, my research indicates that biopedagogies can also be a resource for children with obesity and give them a sense of

control and agency. My study also indicates that health personnel need to reflect on the impact of their biopedagogical messages and monitor children's health related behaviour to refine their approaches to children with obesity in treatment. This, in turn, might enable them to make healthier choices and enjoy better quality of life. I would also like to point out that a greater recognition of children's agency within paediatric obesity treatment would mirror the increasing trend to involve children in treatment, for example for diseases like cancer, diabetes, lung diseases, and mental health challenges.

Address for correspondence: Ellen Ersfjord, Norwegian Centre for Child Research, NTNU NO-7491 Trondheim, Trondheim 7491, Norway. E-mail: ellen.ersfjord@gmail.com

Acknowledgements

The author would like to thank the anonymous peer reviewers and editors for their valuable feedback on earlier version of this article. She would also like to thank the families' and health personnel participating in her study while attending The Family Based Intervention in Childhood Obesity and the Finnmark Activity School. The author is also grateful for commentary from Petter Almklov, Tanja Plasil, Tord Larsen and Vebjørng Tingstad. This work is supported by Norwegian Centre for Child Research, Department of Education and lifelong Learning, Norwegian University of Science and Technology.

Notes

- 1 Child obesity is classified as a disease if the body mass index (or ISO-BMI) is ≥ 30 (Júliusson *et al.*, 2009).
- 2 Some scholars within the social study of children and childhood argue that all humans should be seen as becomings. See for example Lee (2001).
- 3 Within the social studies of children and childhood, children are often involved in research in different ways. For example, a researcher can facilitate activities for children like taking photographs, creating drawings, performing role plays, write diaries or the like, with a subsequent discussion with the children to create reflection or insight into several topics (Clark 2005).
- 4 As mentioned, parents were considered the main targets for the intervention. Therefore, child friendly methods were considered as potentially involving children too much in the intervention.
- 5 During dinner, the kitchen staff made a visual representation of a plate model containing a representation of today's dinner for everyone to see. Even though the children did not learn the 'proper' term for this representation directly, some had overheard the use of the term 'plate model' and started using it.
- 6 It should be mentioned that I observed another explanatory model in the other Norwegian randomised trial for treating child obesity. Here genes was formulated as the main explanatory factor for developing obesity, that is, that your genetic imprint will affect the possibility for developing obesity if you eat too many calories per day. Also, the concept of energy in equals energy out can be criticised as being an overly simplistic and even misleading idea of how the body works. Children's eating behaviour should not be understood as one-sided biologically, because it is also shaped by children's physical and social environment, like parent feeding behaviors, cultural norms and other complex social factors (French *et al.* 2012).

References

- Alanen, L. (2001) Explorations in generational analysis. In Alanen, L. and Mayall, B. (eds) *Conceptualizing Child-adult Relations*. London: Routledge.

- Alexander, A., Fusco, C. and Frohlich, K.L. (2015) You have to do 60 minutes of physical activity per day ... I saw it on TV': Children's constructions of play in the context of Canadian public health discourse of playing for health, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 227–40.
- Bernays, S., Seeley, J., Rhodes, T. and Mupambireyi, Z. (2015) What am I 'living' with? Growing up with HIV in Uganda and Zimbabwe, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 270–83.
- Biro, F.M. and Wien, M. (2010) Childhood obesity and adult morbidities, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 5, Suppl, 1499S–505.
- Bluebond-Langner, M. (1978) *The Private Worlds of Dying Children*. New Jersey: Princeton University Press.
- Brady, G. (2004) ADHD diagnosis and identity: A sociological exploration, *Clinical Psychology*, 40, 42–4.
- Brady, G. (2014) Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis, *Children and Society*, 28, 218–30.
- Brady, G., Lowe, P. and Lauritzen, S.O. (2015) Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: Introduction, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 173–83.
- Braet, C. and Winckel, M. (2000) Long-term Follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children, *Behaviour Therapy*, 31, 1, 55–74.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3, 3, 77–101.
- Burrows, L. (2017) Children as change agents for family health, *Health Education*, 99, 2, 61–70.
- Christensen, P. (2004) Children's participation in ethnographic research, *Children and Society*, 18, 2, 160–76.
- Coad, J. and Evans, R. (2008) Reflections on practical approaches to involving children and young people in the data analysis process, *Children and Society*, 22, 1, 41–53.
- Evans, J., Rich, E., Davis, B. and Allwood, R. (2008) *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse: Fat Fabrications*. London: Routledge.
- Favretto, A.R. and Zaltron, F. (2014) Health in everyday life. The competences and autonomy of children and adolescents in treatment practices. *Italian Journal of Sociology of Education*, 6, 3, 219–43.
- Fielden, A.L., Silence, E. and Little, L. (2011) Children's understandings' of obesity, a thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6, 3, 1–14.
- Fine, G.L. and Sandstrom, K.L. (1988) *Knowing Children. Participant Observation with Minors*. Newbury Park, CA: Sage.
- French, S.A., Epstein, L.H., Jefferey, R.W., Blundell, J.E., *et al.* (2012) Eating behavior dimensions. Association with energy intake and body weight. A review, *Appetite*, 59, 2, 541–9.
- Gabe, J., Bury, M. and Ramsay, R. (2002) Living with asthma: The experiences of young people at home and at school, *Social Science & Medicine*, 55, 9, 1619–33.
- Grønning, I., Scambler, G. and Tjora, A. (2012) From fatness to badness: The modern morality of obesity, *Health*, 17, 3, 266–83.
- James, A. (2000) Embodied being(s): Understanding the self and the body in childhood. In Prout, A. (ed) *The Body, Childhood and Society*. London: Macmillan.
- James, A., Jenks, C. and Prout, A. (1998) *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press.
- James, A. and Prout, A. (eds) (1997) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood* (2nd edn). London: Falmer Press.
- Jenks, C. (1982) Introduction: constituting the child. In Jenks, C. (ed) *The Sociology of Childhood. Essential Readings*. London: Batsford.
- Júliusson, P.B., Roelants, M., Eide, G.E., Moster, D., *et al.* (1994) Embodied self-identity, healthy lifestyles and school physical education, *Sociology of Health & Illness*, 16, 5, 602–24.
- Knöpfli, B.H., Radtke, T., Lehmann, M., Schätzle, B., *et al.* (2008) Effects of a multidisciplinary inpatient intervention on body composition, aerobic fitness, and quality of life in severely obese girls and boys, *Journal of Adolescent Health*, 42, 2, 119–27.
- Kontopodis, M. (2013) Biomedicine, psychology and the kindergarten: Children at risk and emerging knowledge practices, *Sport, Education and Society*, 18, 4, 475–93.

- Larsen, T. (2010) Acts of entification. The emergence of thinghood in social life. In Rapport, N. (ed) *Human Nature as Capacity. Transcending Discourse and Classification*. Oxford: Berghahn Books.
- Lee, N. (2001) *Childhood and Society: Growing Up in an Age of Uncertainty*. Milton Keynes: Oxford University Press.
- Lidén, H. (2000) Fortolkninger av kroppslige og følelsesmessige erfaringer, *Barn*, 1, 41–56.
- Malterud, K. and Ulriksen, K. (2010) ‘Norwegians fear fatness more than anything else’ – a qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health, *Patient Education and Counseling*, 81, 1, 47–52.
- Mandell, N. (1991) The least-adult role in studying children. In Waksler, F. (ed) *Studying the Social Worlds of Children*. London: Falmer Press.
- Martin, G.M. (2015) Obesity in question: understandings of body shape, self and normalcy among children in Malta, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 212–26.
- Mogensen, L. and Mason, J. (2015) The meaning of a label for teenagers negotiating identity: experiences with autism spectrum disorder, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 255–69.
- Ourahmoune, N. (2017) Embodied transformations and food restrictions: The case of medicalized obesity, *Journal of Business Research*, 75, 192–201.
- Paradis, E. (2016) ‘Obesity’ as process: The medicalization of fatness by Canadian researchers, 1971–2010. In Ellison, J., McPhail, D., and Mitchinson, W. (eds) *Obesity in Canada: Critical Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Powell, D. and Fitzpatrick, K. (2015) ‘Getting fit basically means, like, nonfat’: Children’s lessons in fitness and fatness, *Sport, Education and Society*, 20, 4, 463–84.
- Puhl, R.M. and Latner, J.D. (2007) Stigma, obesity, and the health of the nation’s children, *Psychological Bulletin*, 133, 4, 557–80.
- Qvortrup, J., Bardy, M., Sgritta, G. and Wintersberger, H. (eds) (1994) *Childhood Matters: Social Theory, Practice, Politics*. Aldershot: Avebury Press.
- Rail, G. (2009) Canadian youth’s discursive constructions of health in the context of obesity discourse. In Wright, J. and Harwood, V. (eds) *Biopolitics and the ‘Obesity Epidemic’*. New York: Routledge.
- Rail, G., Holmes, D. and Murray, S.J. (2010) The politics of evidence on ‘domestic terrorists’: Obesity discourses and their effects, *Social Theory and Health*, 8, 3, 259–79.
- Rimke, C.V., Huisman, S., Houdijk, M. and Wit, J. (2011) The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity, *Quality of Life Research*, 21, 9, 587–94.
- Sachs, L. (2001) From a lived body to a medicalized body: Diagnostic transformation and chronic fatigue syndrome, *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*, 19, 4, 299–317.
- Schwimmer, J.B., Burwinkle, T.M. and James, W.V. (2003) Health-related quality of life of severely obese children and adolescents, *The Journal of the American Medical Association*, 298, 14, 1813–9.
- Skelton, J., Buehler, C., Irby, M. and Grzywacz, J. (2012) Where are family theories in family-based obesity treatment? Conceptualizing the study of families in pediatric weight management, *International Journal of Obesity*, 36, 7, 891–900.
- Solberg, A. (1996) The challenge in child research from ‘being’ to ‘doing’. In Combrinck-Graham, L. and Sack, W.H. (eds) *Children in Families: Research and Policy*. London: Falmer Press.
- Steinsbekk, S. (2010) Fedme hos barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis, *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 47, 1, 23–8.
- The Norwegian Institute of Public Health (2014) *Folkehelse rapporten 2014: 4*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, pp 1–272.
- Tingstad, V. (2009) Discourses on child obesity and TV advertising in the context of the Norwegian welfare state. In James, A., Kjørholt, A.T. and Tingstad, V. (eds) *Children, Food and Identity in Everyday Life*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Warming, H. (2005) Participant observation: a way to learn about children’s perspectives. In Clark, A., Kjørholt, A.T. and Moss, P. (eds) *Beyond Listening: Children’s Perspectives on Early Childhood Services*. Bristol: Policy Press.
- Warming, H. (2011) Getting under their skins? Accessing young children’s perspectives through ethnographic fieldwork, *Childhood*, 18, 1, 39–53.

- Wathne, K. (2011) Movement of large bodies impaired: The double burden of obesity: somatic and semi-otic issues, *Sport, Education and Society*, 16, 4, 415–29.
- Wathne, K., Mburu, C.B. and Middelthun, A. (2013) Obesity and minority – changing meanings of big bodies among young Pakistani obesity patients in Norway, *Sport, Education and Society*, 20, 2, 1–19.
- WHO (2012) Obesity and overweight fact sheet. [online] Available at: [http //www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#) (Last accessed 22 October 2015).
- Wilhelmsen, T. and Nilsen, R.D. (2015) Parents' experiences of diagnostic processes of young children in Norwegian day-care institutions, *Sociology of Health & Illness*, 37, 2, 241–54.
- Wright, J. (2009) Biopower, biopedagogies and the obesity epidemic. In Wright, J. and Harwood, V. (eds) *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'*. New York: Routledge.
- Wright, J. and Halse, C. (2014) The healthy child citizen: Biopedagogies and web-based health promotion, *British Journal of Sociology of Education*, 35, 6, 837–55.



Taking children's humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight

Childhood
2018, Vol. 25(2) 189–202
© The Author(s) 2018
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0907568218760379
journals.sagepub.com/home/chd



Ellen Margrete Iveland Ersfjord

Norwegian Centre for Child Research, Department for Education and Lifelong Learning, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Norway; Center for Obesity, Department of Surgery, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Norway

Abstract

Within the social studies of children and childhood, children's humor is an under-explored area. In this article, I explore the use of humor by children diagnosed with severe obesity while attending long-term rehabilitation together with their families. In the children's use of humor, I found a transition from the use of "fat jokes" to "biopedagogical humor," which involved jokes about instructions related to food and physical activity as conveyed by members of the rehabilitation team. I interpret their humor as signifying how they were affected by the biopedagogical messages involved in treatment and how they started self-monitoring their food intake and physical activity. I claim that their humor also can point to a process of medicalization of their condition, where their understanding of themselves as "fat" was replaced by "I suffer from obesity."

Keywords

Biopedagogies, childhood obesity, humor, medicalization, social studies of children and childhood

Introduction

Humor is an important aspect of human behavior (Berger, 1997; Watson, 2015), also in children. Although some sociological and anthropological studies have explored humor indirectly while researching children's play¹ (McGhee, 1983), humor is an

Corresponding author:

Ellen Margrete Iveland Ersfjord, Department of Education and Lifelong Learning, Norwegian Centre for Child Research, IPL, NTNU, NO-7491, Trondheim, Norway.
Email: ellen.ersfjord@gmail.com

under-explored area within childhood studies (Kunze, 2014). The phenomenon has been more extensively explored in psychology as an indicator of children's overall development (cognitive skills) (Bergen, 2007; Wimsatt, 2014), but research on children's use of humor in natural social settings is lacking (Loizou, 2007; McGhee, 1983; Wimsatt, 2014). In this article, I try to fill this gap by examining the joking culture of children diagnosed with severe obesity (6–11 years old) while attending a 2-year rehabilitation program, consisting of long-term life style treatment, together with their families.² I explore their spontaneous and situation-specific humor, meaning their use of sarcasm, irony, and witty remarks (Janhonen, 2017), which was a frequently used means of communication. Highlighting my overall focus on the children's experiences, I ask the following question: "Is the humor used by the children influenced by their social context, and if so, in what way, and what did their humor signify?"

My study shows that the children's jokes revolved around the jocular themes of the fat body, food, and physical activity. I claim that their humor can be interpreted in light of their overall experiences during rehab, and that their jokes reveal, or offer a glimpse into, the various ways in which the children were affected by the biopedagogical messages that the rehab team tried to convey.

My work is situated within the social studies of children and childhood, in which childhood is understood as socially constructed and in which children are seen as social actors with agency and the ability to influence the world they live in (James et al., 2009). This framework is combined with the framework of biopedagogies. This is a critical sociological approach that is based on the argument that the obesity epidemic and its associated practices depend on various biopedagogies that place individuals under constant surveillance and that promote self-surveillance in relation to food intake and physical activity (Wright, 2009).

Most children in my study did indeed adopt self-monitoring strategies by embracing the biopedagogies involved in rehab. This happened even though the parents, and not the children, were considered the main targets for the intervention. The parents received lessons in biopedagogical "*bios of instructions*," while the children mostly attended physical activities arranged by the rehab team. Bios of instructions involves pedagogical instructions on how to live a healthy life, for example, by eating healthy and being physically active (Harwood, 2009). Still, the children picked up the biopedagogical discourses, concepts, and instructions used by the rehab team and started using them actively. According to the parents, the children also started using their new knowledge about food and physical activity to try to change their own and their families' life styles. The changes in the children's language was also noticeable in the children's humor, which gradually relied more and more on subtle incongruities of language and concepts connected to the biopedagogies involved in rehab.

Humor, biopedagogies, and the social studies of children and childhood

Humor is a difficult subject to study (Apte, 1985). Laughter does not necessarily indicate the presence of humor, and people do not laugh at the same things (Janhonen, 2017). Also, humor may serve many *functions* at the same time (Chapman, 1983), for example,

creating group solidarity (Apte, 1983), strengthening peer relationships (Cunningham, 2005), separating insiders from outsiders (Fine and De Soucey, 2005), regulating people's social behavior (Fine, 1983), relieving social tension, or be used as a bonding mechanism (Bergen, 2007). A single joke can consist of many levels of meaning simultaneously, which can be hard to grasp (Ersfjord, 2007). Despite humor having many functions for people (Apte, 1985; Chapman, 1983), research on children's humor has to a large degree focused on exploring humor as an indicator of children's overall development in psychology (Bergen, 2007). As such, studying children's use of humor in natural social settings can provide new insights into humor studies as well as children's worlds and experiences. The social studies of children and childhood, which is occupied with exploring children's worlds and point of views (Prout and James, 1997), are therefore an applicable site for research.

The most prominent researcher within the field of humor in children is the developmental psychologist Paul McGhee. Inspired by Piaget, he put forward a developmental stage model for children's humor (McGhee, 1983, 2002). In short, he explored children's humor in relation to underlying cognitive developmental changes, meaning that when new levels of cognitive skills are achieved, new forms of appreciation and comprehension of humor will emerge (McGhee, 2013). Several experiments have demonstrated these developmental shifts, and there is a general consensus that children do not have the cognitive capacity of modulating their use of humor according to social context before they reach school age (Cunningham, 2005). Still, McGhee (1983) questioned his own developmental schemata by saying that children's humor, at any age level, might vary and be influenced by the social situation in which it occurs. Some research also suggests this. For example, Loizou (2005a, 2005b, 2007) found that infants appreciated incongruity and other kinds of "surprises" that resulted in laughter, indicating that their humor reflected more advanced cognitive abilities than formerly believed (Loizou, 2007). Her research showed that the infants' display of a sense of humor signified an awareness of rules and expectations of their environment, and that they empowered themselves, for example, using humor as a means to attract the attention of caregivers and peers (Loizou, 2007). Kunze (2014) has criticized the notion within humor research that younger children's humor is different from adults', which tends to be perceived as more advanced and relying on recognition of subtle incongruities in language and concepts. Instead, she claims that also children's humor "can go beyond wordplay and nonsense to draw upon satire, intertextuality and irony" (Kunze, 2014: 7) and that children can "perform original comic content" (Kunze, 2014: 7).

Within the field of humor studies, it is agreed that humor is a *social* phenomenon (Carty and Musharbash, 2008; Loizou, 2007). A characteristic of humor is that it is a spontaneous restructuring of sociocultural elements (Apte, 1985; Berger, 1997)—it involves some form of discrepancy or incongruity (Apte, 1985)—a manipulation with existing cultural codes that results in a humorous response (Porteous, 1989). If humor involves a manipulation with such codes, we can discover the underlying norms by analyzing the infractions (Porteous, 1989). In accordance with these arguments, analyses of children's use of humor can offer insight into children's understandings of "appropriate behaviour and rules and their attitudes towards institutional norms" (Janhonen, 2017: 3). Adults typically present such rules and norms, which become "behavioural scripts" for

children's relationships with peers (Koch, 2017). Still, children should not be understood as passive recipients of such scripts (Koch, 2017). For example, Koch (2017) has written about children's use of humor to challenge adult norms and rules to affect their own status in their peer group.

The children in my study should also not be understood as passive recipients of the behavioural scripts while in rehab. Although they did not receive lessons about food and physical activity like their parents, they picked up the team's bios of instructions and started using them actively to try to change their own and their families' life style according to the parents. This suggests that they were affected by the biopedagogical messages conveyed by the rehab team. This was also obvious in their jokes, which revolved around food, physical activity, and their bodies, indicating that the biopedagogical social setting they found themselves in influenced the children's use of humor and behavior to a great extent.

The notion of biopedagogies brings together Foucault's concept of "*biopower*" and "*pedagogies*" to understand the body as a political space (Wright, 2009). Biopower can be defined as "the governance and regulation of individuals and populations through practices associated with the body" (Wright, 2009: 1) and is about how the body is affected by institutional and discursive powers (Wright, 2009). The term pedagogies refers to the term "body pedagogies," which can be defined as "any conscious activity taken by people, organizations or the state that are designed to enhance individuals' understandings of their own and others' corporeality" (Evans et al., 2008: 17). The framework allows us to understand biopedagogies as "those disciplinary and regulatory strategies that enable the governing of bodies in the name of health and life" (Wright, 2009: 8). It is not about how the obesity epidemic can be understood as a social construction, although this is considered an important contribution (Wright, 2009). Rather, it is a framework for analyzing how ideas and discourses related to the obesity epidemic work to govern bodies because it provides social meanings for how to understand one's self and others; It allows us to analyze how obesity related "truths" become recontextualized in different social and cultural sites (Wright, 2009).

In this article, I combine the social studies of children and childhood, the biopedagogical framework, and humor studies to explore how and in which ways children diagnosed with obesity were affected by the biopedagogies involved in rehab. My overall goal is to explore their humor and what it *signified*. My findings suggest that the children's humor can give a glimpse into a process of increased self-monitoring and how their "fatness" was transformed into "obesity" due to a process of medicalization of their condition.

Methodological and analytical approach

This article draws on my study of children's (6–11 years old) experiences of attending rehab for their medical classified condition of severe obesity. They attended rehab together with their siblings and parents. The rehab period extended over one summer camp and additional four long weekends stays spread over a 2-year period. Families were recruited through a randomized trial.

My fieldwork took place at two different rehabilitation centers in two different places in Norway with three different sets of families attending (all in all 32 families, including

dropouts). I attended three summer camps and four additional long weekend stays. I used participant observation as main method for data collection. Child-friendly methods often used within the social studies of children and childhood were not used because they were considered too close to the intervention and as such potentially affecting the outcome of the medical trial. I performed three preparatory studies at a rehab center and a hospital ward treating children diagnosed with obesity and their families for a total of 17 days to design my methodological approach. I found it important to gain insight into child–adult–rehab teams' relations and point of views to grasp essential elements embedded in and affecting the children's experiences of rehab. During my main fieldwork, I observed and participated in parental activities during one summer camp and two long weekends stays. The parents attended individual and group consultations, lessons in diet and physical activity, and some common activities together with the children (most often physical activities arranged by the rehab team). I also worked alongside the team during a summer camp with another set of families attending rehab. To grasp the rehab teams' point of views, I used their biopedagogical approaches to encourage life style changes for the families, which included encouraging parents to not bring unhealthy food to the home, monitor their child's food intake and physical activity level, or how to reward "desired behavior." It also involved using behavioral approaches aiming at strengthening parenting skills.

In accordance with the social studies of children and childhood, my main focus was on exploring and collecting data on children's experiences and points of views and to do so I lived with a third set of families in their common lodgings during their rehab stays over a period of almost 2 years. Then, my focus was on gaining insight into the children's worlds. To achieve, this, I used the role configuration "the least adult," which means putting as many aspects of being an adult aside and trying to enter children's world(s) as a fully active participatory member (Mandell, 1991). This method also involves trying to submit to other adults' authority (Mandell, 1991). I ate the same food and attended the children's activities, and I spent time with them during evenings and participated in their self-initiated activities until bedtime. While being in the role configuration of the least adult, I did not initiate conversations about their size, nor did I initiate any activities or put boundaries for the children's interactions. Rather, I tried to blend in by imitating their behavior and bodily actions in a manner that felt natural to me, and I tried, inspired by Solberg (1996), to put my ideas about age aside, treating the children as my "peers." Because I am slim, I tried to compensate for my body size by performing to the maximum of my physical abilities and by being a good team player. The goal was to try to experience the same degree of suffering and effort as the children diagnosed with obesity, to obtain insight into their bodily experiences. I suffered daily from muscle and stomach aches due to the high level of physical activity and fiber-rich diet, and I lost weight, as did the children. Slowly but surely, I was accepted as a member of the children's group—or maybe as "a different adult" or an "ageless" person and playmate. In this way, I gained unique insight into the children's worlds.

As mentioned, the aim of my analysis for this article was to explore how children diagnosed with obesity were affected by the biopedagogies involved in rehab through exploring their spontaneous and situation-specific humor (their sarcastic, ironic, and witty remarks). Laughter from others (other children, parents, rehab team members, and myself) was used to identify jokes. I used a thematic analysis (Fielden et al., 2011). The

first step in this analysis consisted of a process of repeated reading (Braun and Clarke, 2006) and subsequent coding phase, where I sorted the data according to repeated patterns (Fielden et al., 2011). Moments of laughter were highlighted for further analysis. The data were then categorized by theme followed by a detailed analysis (Fielden et al., 2011). This revealed that jokes repeatedly referred to “food” (intake), “physical activity,” and “the fat body.” I also discovered that these jokes were related to the social contexts of the children, and I carried out an additional coding phase, where I connected jokes to relevant situations or experiences to explain the reasons for the laughter in response to the joke. This was followed by another detailed analysis, and finally, I related my findings to theoretical concepts and perspectives and previous research.

The study was evaluated by the Regional Committees for medical and health research ethics in Norway and was approved by the Norwegian Social Science Data Services. I obtained informed consent from parents. Children and parents received written and verbal information about my project and were informed that they could opt out at any time without any consequences for treatment.

The randomized trial was initiated by the Norwegian specialist health care services. My research was conducted as an independent doctoral project and was financed by the Norwegian Centre for Child Research.

From fat jokes to jokes involving “bios of instructions”

Among the children, a joking culture developed over time. It is somewhat hard to grasp how this joking culture manifested, but jokes in the beginning of fieldwork indicate that the content of humor revolved around the fact that the children had a common understanding of attending “fat camp,”³ and also that the intervention was aimed at them. For example, one child uttered on the first day, “Welcome to the place of evil!,” resulting in laughter and giggling from the other children. Another child jokingly classified it as “a concentration camp.”⁴ At the first information meeting with parents and children attending the summer camp, one of the rehab team members talked about what would happen to the children’s bodies if they increased their levels of physical activity—among other things “you will build muscles.” A boy then stated, “Well, I don’t have a six-pack, but I sure have a two-pack!,” which was followed by explosive laughter. These examples show that already in the beginning of rehab, the children’s humor was related to their biopedagogical context.

As early as during the first summer camp, a silent consensus seemed to develop about what the children could joke about: the fat body, physical activity, and food. Handelman and Kapferer (1972) have identified the existence of repeated jocular themes in different cultures and claim they exist within “category-routinized joking frames.” In such cases, people’s jokes are interpreted as anchored in cultural and normative social conventions and connected to the actors’ identities in a particular social setting (Handelman and Kapferer, 1972). Within these frames, there is a high degree of consensus among participants about *when* you can joke, *who* is permitted to joke, and *what* you can joke about (Handelman and Kapferer, 1972). This issuing of “licenses to joke” is rooted in shared experiences, and there is no need for negotiating every new joking sequence because they are already known by the participants of the group (Handelman and Kapferer, 1972).

Put differently, one can say that the comic discourse becomes “historicized” for the group (Fine and De Soucey, 2005).

The “two-pack” joke mentioned above is one of many examples from the early days of fieldwork when the children’s fat bodies were the source of jokes. Another example of a “fat joke” happened during a canoeing trip. One of the canoes overturned close to shore, and the whole family got wet from the waist down. Before the adults managed to clear out the water, a boy with severe obesity climbed back into the canoe, which then sank. This made the other children laugh. Then, the boy stood up, held up his arm, and started doing hip-hop while the canoe slowly sank to the bottom of the sandbank, until only its top end was visible above the water. This made the children laugh even more, but instead of laughing at him, they were now laughing with him.

Another example of a fat joke from the first summer camp came from a boy who fell off his bike. The following day, he shared in plenum that he had visited the emergency ward for stitches, and he said, “I got a hole in my pants as well—and the fat came *pouring* out of it!” (laughter). Later that day, another boy shared that he often went to the local swimming pool and that he sometimes jumped from a three meters high diving board. “And then, I wash all the old ladies onto shore!” (laughter). At another occasion the children, their siblings, and I were playing “slåball”—a Norwegian game that resembles baseball and cricket. A boy knew that he would not be able to catch the ball should it come his way. Instead of trying when it did, he “ran” in slow motion, making the other children laugh. By joking, he avoided potential disapproval for not catching the ball.

These examples illustrate how “the fat body” became a historized and repeated jocular theme within the children’s joking culture. The examples also indicate that the children had a license to joke and make fun of their fat bodies when they found themselves in situations where they otherwise may have been exposed to ridicule or bullying. This license to joke was embedded in the emergent negotiated joking frame, which had roots in the children’s common experiences—not only in rehab, which put a special focus on their large bodies, but also from the past experiences, which helped them foster functional strategies to avoid bullying and ridicule. This can explain why the license for fat jokes was established again and again among the children.

Within the children’s joking culture, it was clear *who* had a license to perform fat jokes (the children with obesity) and *what* they could joke about (the fat body). One example that shows a violation of the joking license illustrates this point.⁵ One evening when the children and their normal weight siblings were playing slåball at the football field located at the rehab center, one of the siblings used his mobile phone to play a Norwegian famous song where the chorus goes as follows:⁶

Oh, so fat you have become!
Yes you’ve put on a little weight
You used to be as thin as a tile
Now you have become fat like a Christmas pig
Oh, so fat you’ve become

Two other siblings standing close by started giggling along with the music-playing sibling, but none of the children diagnosed with obesity laughed or giggled. Instead, they

responded with a wall of silence and accusatory glances. They found it quite upsetting, interpreting it as a bullying episode. But just a few days later, a boy with severe obesity sung in front of the other children: “Oh, *I* have become sooo fat!, yes *I* have put on a little weight. *I* used to be as thin as a tile, but now *I* have become fat like a Christmas pig ...” This time, children with obesity and the normal weight siblings laughed. This example shows how the license to make fat jokes belonged only to the children diagnosed with obesity.

Fat jokes were part of the *communitas* that developed among the children. Their jokes about the fat body mediated and created *social rupture* by drawing borders between “us” (the children diagnosed with obesity) and “them” (their normal weight siblings) and demarcated difference (Carty and Musharbash, 2008) based on the characteristics of, or the social identity, as “fatsos.” The children’s fat humor contributed to group solidarity and group identity in the first summer camp. It became a bonding mechanism, making it easier for them to share common experiences and negotiate understandings of their “fatness.” An important finding in my empirical data is how the children’s perception of themselves as “fat” changed as time went by due to the biopedagogies involved in rehab. This became notable in the children’s language, when the phrasing “I am fat” was, over time, replaced with “I suffer from obesity.”⁷ I claim that this indicates a process of *medicalization* of their condition.⁸ Medicalization is a process “when certain behaviors or conditions are defined as medical problems (rather than moral or legal problem)” (Ourahmoune, 2017), often presented as a “disorder” or an “illness” (Paradis, 2016). Through a biomedical lens, people with an excessive percentage of body fat are diagnosed as “obese” and become targets for medical treatment and rehabilitation (Ourahmoune, 2017). This was the case for the children diagnosed with obesity and their families in my study, and they were subject to specific bios of instructions as means of rehabilitation due to their medically classified condition.

After a while, the children’s fat jokes seemed to wear off and they were gradually replaced with humor involving manipulations of language and concepts connected to the bios of instructions involved in rehab. For example, a girl wanted to show me her family’s lodgings during summer camp. Among other things, she showed me their bedroom and pointed to the upper bunk bed that had the sign “100 kg max” and said, while laughing, “Well, my father cannot sleep there for sure!” This example indicates that the girl was well aware that her father was obese and weighed more than 100 kg, indicating an understanding of the concept of (excessive) body weight. Weight became a topic that was increasingly discussed among the children during the rehab period. Most often, this happened when no adults (except me) were present. For example, during the first summer camp, the children started to discuss how their pants had become too big around the waist. They also compared how much they needed to tighten their belts. During long weekend stays, I also overheard children asking each other how much weight they had lost since their previous stay at the rehab center. They also exchanged tips for maintaining or increasing weight loss.

Another example signifying how the children were affected by the bios of instructions, is how a girl jokingly stated one morning that “Here [at camp], you have to cycle two kilometers before you can have breakfast.” The subsequent laughter in response originates from a common understanding of the concept “energy in equals energy out,”

which was a point of instruction, repeatedly conveyed by the rehab team, trying to establish an understanding of the importance of a “balance” between *food intake* and *physical activity*.

The observable changes in the children’s behavior are also supported by stories told by the parents during parental group conversations with the team. Here, they shared stories about how most children took, or tried to take, a lot of responsibility for the family’s life style change process between rehab stays, for example, by pestering their parents on the importance of buying the healthiest options at the grocery store or encouraging the whole family to be more physically active. Many parents admitted to struggle to maintain the rehab team’s recommended life style changes over time, making the children use different strategies to get the family to do or uphold the changes.

Empirical examples of “food jokes” also show that the children were affected by biopedagogies involved. In the beginning of rehab, jokes involving food were mostly performed while eating or in relation to conversations about food among the children, suggestive of their “common love of food.” For example, a girl made a “beard” out of pasta (without sauce), creating a light humorous atmosphere among the children during the first day at camp. The second day, I overheard some children discussing what was for dinner, and a girl said that it was veal.⁹ Then, a boy joked, “Too bad for the calf, hurray for us!” (laughter). Another day in the early days of fieldwork, a boy stated that he wanted to rebuild a soft ice cream machine into a lasagna machine, followed by affirmative grins by the children. But as time passed, such food jokes were replaced with food jokes involving elements from bios of instructions as conveyed by the rehab team. For example, halfway through summer camp, a boy yelled before going on a long outdoor trip, “I need motivation!!! I need Burn!!!”,¹⁰ causing hysterical laughter in the children. The children’s overwhelming laughter response is hard to understand without knowing about their previous experiences at camp. First, it was clearly associated with how the rehab team often used the word “motivation” in relation to “physical activities.” The children picked up these biopedagogical concepts and their interrelation and started using them actively (and humorously). Second, it was related to how the rehab team often talked about the importance of avoiding high calorie drinks. Again, this joke signifies an awareness of the link between food intake and physical activity, pointing to the biopedagogical message of “energy in equals energy out.”

I also observed a family rehearsing, making a weekly plan for all their meals as instructed by the rehab team. When discussing what to eat for Saturday,¹¹ the mother suggested popcorn. The dad disapproved by stating it could not be classified as “food.” Then their son—diagnosed with obesity—said, “Well, corn is a vegetable!,” making the whole family (and me) laugh. The boy’s statement was especially funny because this specific family hardly ate any vegetables before starting rehab—a topic that had been discussed with them on several occasions.

In general, *all* the children attending rehab were urged to eat more vegetables. For dinner, they were supposed to follow “the plate model” recommended for children struggling with obesity—a quarter of the plate is taken up by carbohydrates, one quarter by proteins, and half of it is taken up by vegetables. One day during the end of summer camp, a boy made a witty remark in the canteen to his mother, holding his plate of dinner above his head and yelling, “Look mommy, look mommy—I am eating the plate model!”

making people grin and giggle. Instead of eating dinner (together with his mother), he was claiming to eat an abstract concept, which originated from the bios of instructions conveyed by the rehab team (Ersfjord, 2018).

Jokes about food and food constituents became increasingly common as time passed. For example, a boy proclaimed during a long weekend stay, “I have a new nickname now: Brelett!”¹² During a trip to the local go-cart park close to the end of the first summer camp, one boy proclaimed that everyone should drive with their mouths open to eat the vast amount of mosquitoes in the air “to get enough proteins” (laughter) (Ersfjord, 2018). The children’s laughter suggests a rather advanced, and common, understanding of the concept of animal protein, which stemmed from their new knowledge about the plate model and its constituents (Ersfjord, 2018). Yet another episode happened while a team member talked about the importance of drinking milk (but within certain limits). A girl then made this ironic remark: “And if you don’t like milk, you can eat a milk chocolate bar!”¹³ Her joke was followed by laughter due to her creative wordplay separating the word “milk” from “chocolate bar,” making an “unhealthy” food item into partly “healthy” and in this way somewhat fulfilling the rehab team’s bios of instructions of food.

Many of the examples mentioned above illustrate how the children’s humor also was a form of *ridicule* of the biopedagogies involved in rehab. Indeed, their humor may have represented a form of resistance toward the bios of instructions, indicating that the children did not internalize them uncritically. As stated by Berger (1997), a social order is vulnerable for degradation, and humor can threaten a “supposed reality” and become disruptive (Berger, 1997). On the other hand, this ridicule might just represent a “break” from the social structure surrounding them (Berger, 1997; Douglas, 1968)—as a means of relieving social pressure or tension (Driessen, 2001). In many ways, rehab represented a “made up-world” for the families—an “ideal world,” aimed at learning how to become “healthy citizens.” The behavioral scripts were strict and very different from their everyday lives. Many parents talked about rehab stays as “being in a bubble,” indicating that it was very different from their ordinary world. The children diagnosed with obesity also seemed to be aware of this. During a fishing trip, one of the rehab team members gutted and prepared a fish, and at a certain point, he cut out the eyes and showed the children how it was possible to see the world “upside down through its eyes.” Then, a boy stated, “Well, the world [here] *is* up-side down!,” followed by affirmative grins and giggling by the other children.

Discussion and concluding remarks

In this study, I have explored the use of humor by children diagnosed with severe obesity while attending long-term rehabilitation together with their families. The goal was to explore if, and in what ways, the children’s humor was affected by the social context (rehab) using participant observation as method to explore the children’s world(s). Scholars from the social studies of children and childhood are occupied with the importance of listening to children’s voices to gain insight into their lives, learning, and experiences (Harcourt and Einarsdottir, 2011). As my data show, the children’s humor during rehab changed from using fat jokes to involving humorous incongruities originating

from the bios of instructions involved in rehab. I claim that this change can be understood as signifying how the children were affected by the biopedagogies conveyed by the rehab team and how they developed self-monitoring strategies to cope with their condition. Their biopedagogical humor also offers insight into how the children went through a transformation from viewing themselves as “being fat” to “suffering from obesity” due to the medicalization of their condition. The identifiable changes in and within the jocular themes suggest this, as they gradually relied more on the biopedagogies involved. An important point is that these biopedagogical discourses relied on a biomedical constructed view of obesity as an “illness” or “condition.”

My findings have several implications. First, my research can provide new insights into humor studies in regards to how children’s humor is linked to the social environments children are located in (i.e. studies of children’s humor in natural social settings). Second, it can contribute to the social studies of children and childhood, where children’s humor is an under-explored area (Loizou, 2007). Above all, it can contribute to future studies exploring humor and *children’s learning* within different childhood settings and how it might affect them, creating new knowledge about children’s worlds. Third, my research offers insight into how children diagnosed with obesity are affected by biopedagogies within rehabilitation and treatment of child obesity settings. My findings might also have implications for the use of family based approaches in pediatric obesity treatment, which usually focuses on *parents* as main life style change agents and contains a view of children as “human becomings”—as vulnerable and dependent beings rather than “active subjects” in their own right (Ersfjord, 2018). Instead, families should be understood as a collection of actors that are interdependent, and where all members can exert agency and play a part in life style change (Ersfjord, 2018).

Within the theme of children’s humor and the social studies of children and childhood, there are many gaps that could be explored further, for example, if there are observable gender differences in joking. Research suggests that boys use more humor than girls (Bergen, 2007). This was also the case for the children in my study, but beyond the scope of examination in this article. Another interesting approach could be using insights from “children’s play” to develop a framework for exploring children’s humor in social settings. Loizou (2005a) claims that humor is closely connected to play because it is a form of “playful activity,” involving playful production of fantasy incongruities (Loizou, 2005b). Still, play does not trigger laughter the same way as humor does (Berger, 1997). Insight from children’s learning in other childhood settings within the field of the social studies of children and childhood might be another interesting approach.

What is clear from my research is that children’s humor is complex and advanced, and that the children performed original comic content (Kunze, 2014). My research also shows that the children’s humor is a way for them to strengthen or maintain peer relations and that it can be a way to reflect on experiences. Humor *is* an important tool for communication for children and as such needs to be taken seriously.

Acknowledgements

The author would like to thank the anonymous peer reviewers and editors for their valuable feedback on earlier version of this article. She would also like to thank the families and health

personnel participating in her study while attending The Family Based Intervention in Childhood Obesity and the Finnmark Activity School. She is also grateful for commentary from Tanja Plasil, Ero Karlsen, Tord Larsen, and Vebjørng Tingstad.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work is supported by Norwegian Centre for Child Research, Department of Education and Lifelong Learning, Norwegian University of Science and Technology, and Center for Obesity, Department of Surgery, St Olavs Hospital, Trondheim University Hospital.

Notes

1. See, for example, Strandell (1997), Varga (2000), and Bergen (2002).
2. The life style treatment program took place at a Norwegian rehab center. In this article, I use the terminology “rehab team,” “rehabilitation program,” and “rehab” because this was the terminology used by the staff.
3. Only the children termed the summer camp as “fat camp.” The parents and the rehabilitation team used the “proper” term of “summer camp.”
4. This rehab center was located in what was previously a military camp.
5. No adults were present during this experience (except me).
6. The chorus is from a song made by the Norwegian band Ole Ivars and is translated into English by the author.
7. “Obesity” (Norwegian: *fedme*) is not commonly used in Norwegian but rather a term used within a medical discourse.
8. See also Ersfjord (2018)
9. In Norwegian, veal is termed as “*kalvekjøtt*,” that is, “calf meat.”
10. Burn is an energy drink.
11. In Norway, Saturday is considered the only day during the week when children can eat sweets.
12. Brelett is a light margarine that contains fewer calories than “ordinary” butter.
13. In Norwegian, we use the phrasing “*melkesjokolade*” for “chocolate bar,” which is directly translated as “milk chocolate.”

References

- Apte M (1983) Humor Research, methodology, and Theory in Anthropology. In: McGhee P and Goldstein J (eds) *Handbook of Humor Research*. New York, NY, USA: Springer-Verlag, pp. 183-212.
- Apte M (1985) *Humor and Laughter: An Anthropological Approach*. London: Cornell University Press.
- Bergen D (2002) Finding humor in children’s play. In: Rooparine J (ed.) *Conceptual, social-cognitive, and contextual issues in the Fields of play (Play and Culture Studies)*. Vol 4. Westport, CT, USA: Ablex, pp. 209-220.
- Bergen D (2007) Humor as a facilitator of social competence in early childhood. In: Saracho O and Spodek B (eds) *Contemporary Perspectives on Socialization and Social Development in Early Childhood Education*. Charlotte, NC, USA: Information Age Publishing, pp. 19–38.

- Berger P (1997) *Redeeming Laughter: The Comic Dimension of Human Experience*. Berlin; Boston, MA, USA: De Gruyter.
- Braun V and Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(3): 77–101.
- Carty J and Musharbash Y (2008) You’ve got to be joking: Asserting the analytical value of humor and laughter in contemporary anthropology. *Anthropological Forum* 18(3): 209–217.
- Chapman A (1983) Humor and laughter in social interaction and some implications for humor research. In: McGhee P and Goldstein J (eds) *Handbook of Humor Research*. New York, NY, USA: Springer, pp. 135–157.
- Cunningham J (2005) Children’s humor. In: Scarlett G, Naudeau S, Saloni-Pasternak C, and Ponte I (eds) *Children’s Play*. London: SAGE, pp. 93–109.
- Douglas M (1968) The social control of cognition: Some factors in joke perception. *Man* 3(3): 361–376.
- Driessen H (2001) Jokes and joking. In: Smelser N and Baltes P (eds) *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Exeter: Elsevier, pp. 7992–7995.
- Ersfjord E (2007) *Praksissfærene. En Antropologisk Studie Av Diagnostisering Av Magesmerter, Kommunikasjon, Papirflyt, Kroppsdiskurs Og Humor I Et Akuttinntak På Et Norsk Universitetssykehus*. Trondheim: Sosialantropologisk institutt, NTNU.
- Ersfjord E (2018) “Look mommy, I’m eating the plate model!” Biopedagogies and coping with obesity through objectification. *Sociology of Health and Illness*. (Accepted paper)
- Evans J, Rich E, Davies B, et al. (2008) *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse: Fat Fabrications*. London; New York, NY, USA: Routledge.
- Fielden A, Sillence E and Little L (2011) Children’s understandings’ of obesity, a thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 6(3): 1–14.
- Fine G (1983) Sociological approaches to the study of humor. In: McGhee P and Goldstein J (eds) *Handbook of Humor Research*. New York, NY, USA: Springer, pp. 159–181.
- Fine G and De Soucey M (2005) Joking cultures: Humor themes as social regulation in group life. *Humor* 18(1): 1–22.
- Handelman D and Kapferer B (1972) Forms of joking activity: A comparative approach. *American Anthropologist* 74(3): 484–517.
- Harcourt D and Einarsdottir J (2011) Introducing children’s perspectives and participation in research. *European Early Childhood Education Research Journal* 19(3): 301–307.
- Harwood V (2009) Theorizing biopedagogies. In: Wright J and Harwood V (eds) *Biopolitics and the “Obesity Epidemic.”* New York, NY, USA: Routledge, pp. 15–20.
- James A, Kjørholt A and Tingstad V (2009) Introduction: Children, food and identity in everyday life. In: James A, Kjørholt A, and Tingstad V (eds) *Children, Food and Identity in Everyday Life*. London: Palgrave Macmillan, pp. 1–12.
- Janhonen K (2017) The roles of humour and laughter in youth focus groups on school food. *Journal of Youth Studies* 20, 1127–1142.
- Koch A (2017) Children’s perspectives on happiness and subjective well-being in preschool. *Children & Society* 32, 73–83.
- Kunze P (2014) Kidding around: Children, comedy and social media. *Comedy Studies* 5(1): 2–11.
- Loizou E (2005a) Humor: A different kind of play. *European Early Childhood Education Research Journal* 13(2): 97–109.
- Loizou E (2005b) Humor as a means of regulating one’s social self: Two infants with unique humorous personas. *Early Child Development and Care* 177(2): 195–205.
- Loizou E (2007) Infant humor: The theory of the absurd and the empowerment theory. *International Journal of Early Years Education* 13(1): 43–53.

- McGhee P (1983) Humor development: Toward a life span approach. In: McGhee P and Goldstein J (eds) *Handbook of Humor Research*. New York, NY, USA: Springer, pp. 109–134.
- McGhee P (2002) *Understanding and Promoting the Development of Children's Humor*. Dubuque, IA, USA: Kendall-Hunt.
- McGhee P (2013) Humor across the life span: Sources of developmental change and individual. In: Nahemow L, McCluskey-Fawcett K, and McGhee P (eds) *Humor and Aging*. Orlando, FL, USA: Academic Press, pp. 27–51.
- Mandell N (1991) The least-adult role in studying children. In: Waksler F (ed.) *Studying the Social Worlds of Children*. London: Falmer Press, pp. 38–59.
- Ourahmoune N (2017) Embodied transformations and food restrictions: The case of medicalized obesity. *Journal of Business Research* 75: 192–201.
- Paradis E (2016) “Obesity” as process: The medicalization of fatness by Canadian researchers, 1971–2010. In: Ellison J, McPhail D, and Mitchinson W (eds) *Obesity in Canada*. Toronto, ON, Canada; Buffalo, NY, USA: London: University of Toronto Press, pp. 56–88.
- Porteous J (1989) Humor and social life. *Philosophy East and West* 39(3): 279–288.
- Prout A and James A (1997) A new paradigm for the sociology of childhood? Provenance, promise and problems. In: James A and Prout A (eds) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London; New York, NY, USA: Routledge; Falmer Press, pp. 7–33.
- Solberg A (1996) The challenge in child research from “being” to “doing.” In: Combrinck-Graham L and Sack W (eds) *Children in Families: Research and Policy*. London; Washington, DC, USA: Falmer Press, pp. 53–65.
- Strandell H (1997) Doing reality with play: Play as children’s resource in organizing everyday life in daycare centres. *Childhood* 4(4): 445–464.
- Varga D (2000) Hyperbole and Humor in Children’s Language Play. *Journal of Research in Childhood Education* 14(2): 142–151.
- Watson C (2015) A sociologist walks into a bar (and other academic challenges): Towards a methodology of humour. *Sociology* 49(3): 407–421.
- Wimsatt M (2014) *Humor and Friendship Quality in Middle Childhood*. PhD thesis, University of Maryland, College Park, MD, USA.
- Wright J (2009) Biopower, biopedagogies and the obesity epidemic. In: Wright J and Harwood V (eds) *Biopolitics and the “Obesity Epidemic”: Governing Bodies*. New York, NY, USA: Routledge, pp. 1–14.