

LOTTE MEINERT

USUND VIDEN?

Sundhedsundervisning og medicinsk praksis blandt itesobørn i Uganda

Først gik jeg hen på klinikken, hvor min faster arbejder, men der var ingen sygeplejersker, jeg kendte... Så gik jeg over i kiosken og købte for 100 shillings klorokin og 100 panodil. Jeg skyndte mig hjem og gav min søster to af hver... Da min mor kom hjem fra begravelsen, sagde hun, det var godt, jeg havde købt medicin til min søster, da hun ikke var hjemme, for min søster kunne være blevet meget syg... (uddrag af interview med dreng på 12 år).¹

Advarslen „Bør opbevares utilgængeligt for børn“, står især i den vestlige verden på mange pilleglas på forskellige sprog. Det primære sigte med denne advarsel er selvfølgelig børnenes sikkerhed. Bag dette sikkerhedshensyn ligger imidlertid stereotype billeder af henholdsvis børn som uvidende og skrøbelige samt af medicin som potentielt farlig substans, som det kræver ekspertviden og magt at håndtere. Som interviewuddraget illustrerer, er mange børn² i Uganda imidlertid aktive brugere og købere af forskellige former for medicin. Medicin kan købes i de fleste landsbykiosker af alle, der har penge, og udleveres som regel stykvis i små stykker avispapir. På trods af børns praktiske involvering i medicinbrug fastholder Ugandas skolesundhedsprogram alligevel forestillingen om, at børn og medicin ikke har noget med hinanden at gøre. I skolen undervises der ikke i brug af medicin, men kun i hygiejne og anden sygdomsforebyggende praksis. Det, der oprindeligt var tænkt som et sikkerhedshensyn, bliver således nærmest et paradoks, fordi børn og andre lægfolk formenes adgang til viden om medicin, men har fri adgang til brug af medicin.

Skolesundhedsprogrammet i Uganda har til formål at forebygge sygdom og fremme sundhed. Det antages, at børn kan viderebringe sundhedsbudskaber til deres familier og derved igangsætte sygdomsforebyggende adfærd i lokalsamfundet. Ideerne bag programmet bygger på tre internationale politiske diskurser om 1) børns rettigheder, 2) forebyggelse frem for behandling og 3) sundhed for alle og er baseret på idealet om et velfungerende og tilgængeligt sundhedsvæsen.

I løbet af et års feltarbejde i 1997 blandt itesobørn i og omkring tre landsbyskoler i det østlige Uganda blev det stadig tydeligere for mig, at børn spiller en anden rolle i sundhedskommunikation og -praksis, end det antages i skolesundhedsprogrammet. Børn deltager ikke bare i en forebyggende praksis, men er også aktive i en behandlingspraksis, hvor de køber og bruger både farmaceutisk medicin og lokale urter og passer de syge i familien. Børns muligheder for at ændre familiens daglige vaner, som det forventes i

skolesundhedsprogrammet, begrænses betydeligt af deres placering nederst i familiens hierarki. Beslutninger om at forbedre eksempelvis toiletforholdene i en familie beror som regel på faderens autoritet og kræver ressourcer, som børn ikke kan mobilisere. Til gengæld er børns aktive involvering og potentiale i familiens kurative sygdomspraksis ganske overset i skolesundhedsprogrammet. Børnene bruger kompetencer, de har opbygget på andre områder, til at handle inden for behandlingsområdet.

De børn og voksne, jeg har interviewet og været iblandt, er enige om, at det ville være bedst, hvis læger var tilgængelige i lokalområdet, ordinerede medicin og behandlede, men en sådan service er ikke i udsigt. Farmaceutisk medicin er til gengæld let tilgængelig i kioskerne til en overkommelig pris. Hjemme- og selvmedicinering er derfor blevet en vigtig del af landbefolkningens behandlings- og overlevelsesstrategier. Selvmedicinering er uønskelig og farlig set fra et biomedicinsk perspektiv, men opleves som nødvendig fra et lokalt perspektiv, og derfor fortsætter denne praksis på trods af forskellige tiltag over for de uautoriserede medicinsælgere.

Både studier i Kenya (Geissler et al. 1998) og mit feltarbejde i Uganda viser, at børn ved en hel del om hvilken medicin, der virker mod hvilke symptomer, men er meget usikre og begår mange fejl, hvad angår doseringen af biomedicin. Børnenes handlinger udgør således på én gang et potentiale og en fare.

Skole og sundhed blandt iteso

Den etniske gruppe iteso udgør i Tororo distrikt ca. 100.000 mennesker. Ligesom de andre etniske grupper i distriktet (banyole, jopadhola og basamia) er de fleste mennesker – voksne såvel som børn – bønder og småhandlende. Som noget nyt går hovedparten (cirka 90%) af børn mellem 5 og 18 år også i skole. Siden begyndelsen af 1997 har staten implementeret et grundskoleuddannelsesprogram (Universal Primary Education), hvori en stor del af skoleudgifterne dækkes for fire børn fra hver familie (UNICEF 1997). Det betyder, at skolerne er stuvende fulde med gennemsnitligt én lærer til 80 elever. Skolesystemet er gennem de sidste årtier blevet forringet og nedslidt på grund af politisk og økonomisk ustabilitet. Lærerjobbet er ikke, som det var engang, en stolt profession, men et underbetalt og ifølge lærerne utaknemmeligt arbejde. Derfor er de fleste lærere nødt til at arbejde ved siden af for at kunne overleve. Det nye skoleinitiativ følges med stor årvågenhed, fordi alle er bekymrede for, om skolestandarden vil blive yderligere forringet. Den store tilgang til skolerne ses på den anden side som en vigtig mulighed for at forbedre sundhedstilstanden i befolkningen. Det er derfor interessant at se på, hvad det forventes og er realistisk, at børn lærer og videreformidler om sundhed og sygdom.

Børn udgør mere end halvdelen af Ugandas befolkning (Grauballe & Balslev 1998: 12) og spiller vigtige roller i familiens sundheds- og sygdomspraksis. Herudover vil mange børn i skolealderen blive forældre inden for den nærmeste fremtid. Børn i skolealderen anses derfor fra politisk hold som en strategisk vigtig gruppe at nå i kommunikationen af forebyggende sundhed. Børn nævnes ofte i skolesundhedsprogrammer som fremtidens håb og sundhedens ambassadører, både fordi de bliver uddannet, har overlevet de kritiske tidlige barndomsår og som den eneste aldersgruppe er næsten hivsmittefri.

Sygdom og død er en del af itesobørns dagligdag. De mest almindelige sygdomme blandt børn er malaria, luftvejssygdomme, diarré, mæslinger, ernæringsforstyrrelser og

mave-tarminfektioner. For børn i skolealderen er kvæstelser og sår også et stort problem. Den dårlige sundhedstilstand viser sig blandt andet ved, at hvert femte barn ikke når at blive fem år, og ved en gennemsnitlig levealder på 41 år (Barton & Wamai 1994). Sygdommene, der er årsag til den høje dødelighed og sygelighed, er alle principielt forebyggelige, men i praksis kræver forebyggelse ressourcer og investeringer af både tid, penge og viden, hvilket mange familier har svært ved at mobilisere kontinuerligt.

Det offentlige sundhedssystem er gennem de sidste årtier blevet nedslidt og ringetaget blandt folk. I de seneste år er der indført formel brugerbetaling på de offentlige klinikker, hvilket har været med til at begrænse brugen af klinikkerne yderligere. Folk har søgt andre muligheder for sygepleje, og som konsekvens heraf er masser af private klinikker og medicinkiosker skudt op, ofte som overlevelsesstrategier for underbetalt personale fra det offentlige system. Behandling hos lokale helbredere samt brug af urtemedicin er også almindeligt udbredt. Langt den største del af al sundheds- og sygdomspleje inklusive selvmedicinering med vestlige farmaceutika foregår dog stadig i den hjemlige sfære (Whyte 1991; Adome, Whyte & Hardon 1996).

Barndom i Tororo

Ideen om barndom som en livsfase for leg og skolegang, friholdt fra arbejde, økonomiske og sociale ansvar (Ennew 1995) er langt fra børns virkelighed i det østlige Uganda. Børn erhverver sig de mest livsnødvendige kundskaber ved at følge ældre børn og voksne i familiens daglige arbejde (se også Nieuwenhuys 1994). Børnenes arbejde i hjemmet er en del af deres roller og socialisering som piger og drenge i familiefællesskabet og slægtskabssystemet. Generelt bruger børnene det meste af deres tid sammen med andre børn, også i skolen, da læreren ofte ikke er til stede. Ældre børn tager sig af de yngre mange timer hver dag, og alle familiemedlemmer, også de mindre børn, er involveret i husholdnings- og markarbejdet.

Børns hverdag på landet er på den ene side præget af travlhed, på den anden side af venten på voksne. En venten, der ofte bliver forvandlet til legetid. De fleste børn i skolealderen står op med solen ved sekstiden, vasker op, fejer omkring hytten, tager køerne på græs og hjælper forældrene i marken. Derefter haster de fleste til skolen uden morgenmad. Kommer børnene for sent i skole, vanker der prygl eller ekstra arbejde. Efter børnenes rengøring af skolen synger alle nationalsang, flaget hejses, og der bedes. Nogle morgener inspicerer lærerne alle børnene for lus, snavs og lange negle. Derefter går alle børn i klasser og venter på læreren. Er man heldig, kommer der en lærer inden for den første time, og så begynder undervisningen. I pausen løber næsten alle ud for at lede efter en mango til at stille sulten. Skolen har fem latriner i blikskure til de ca. 500 elever. Nogle vælger at bruge latrinerne, andre finder lugten og fluerne for væmmelige og finder i stedet en busk i det fjerne, selvom de får at vide, at det er sundest at bruge latrinen. Der er langt til den nærmeste vandkilde, så håndvask efter toiletbesøg er ofte noget, børnene blot hører om i klasselokalet.

I frokostpausen går nogle børn hjem og venter, ofte forgæves, på at få et måltid mad, nogle vander køer, andre bliver hængende på skolen og køber et sukkerrør at gnave. Er et barn blevet sygt i løbet af dagen, går han eller hun enten hjem for at finde hjælp til behandling eller går selv over i kiosken på den anden side af vejen og køber et par tabletter.

I kiosken er der et lille udvalg af, hvad skolebørn kan have brug for: kladdehæfter, kuglepenne, slik, kiks og forskellige slags biomedicin. Eftermiddagene i skolen er som regel sløve. Både elever og lærere er sultne, og varmen er trykkende under taget af bølgeblik. Sidst på eftermiddagen er der sportsaktiviteter for de store børn, der endnu har energi til at motionere kroppen, og de små har fri. Til slut samles flokken og får fri efter en lang skoledag. Mange af drengene spiller fodbold, når de får fri fra skole, mens pigerne kigger på med en lillebror eller -søster på ryggen, som de er sat til at passe. Før aftensmaden skal pigerne hente vand, samle brænde og hjælpe til med madlavningen. De ældre søskende bader og bærer rundt på de yngre søskende og henter køer og geder hjem. Når skolebørnene kommer hjem, er det nemlig mødrenes tur til at sætte sig ned, nyde generationshierarkiet, der på visse punkter overgår kønshierarkiet, og slappe af. Mange fædre drikker lokalt hirseøl et sted i nabolaget, indtil kvinderne og pigerne serverer maden. Efter aftensmaden skrues tempoet ned, nogle snakker, de flittige børn læser lektier, hvis der er olie til lampen, leger eller synger, og de trætte sover på sivmætter i hytternes kroge. Myggenestikker, for her er ingen myggenet, og måske heller ikke noget tæppe at dække sig med. Nogle børn har set et myggenet hos familie i byen eller i en bog i skolen, men de færreste gør sig håb om at få råd til et selv. Er der sygdom i familien, er det ofte et ældre barns rolle at passe og pleje patienten: hente vand til at bade den syge med, vaske tøj, lave mad og hente medicin i kiosken eller finde urter. Meget fravær i skolerne skyldes, at børnene er hjemme for at passe et andet sygt barn eller familiemedlem.

I weekenderne kan især drenge være heldige at tjene lidt penge ved at smugle benzin, øl, sodavand eller mel over grænsen til Kenya ca. 5 km væk. Pengene gemmer de måske for senere at bruge dem til medicin eller andre fornødenheder. Piger hjælper ofte deres mødre med at brygge og sælge hirseøl, men tjener kun sjældent penge selv, hvorfor de for det meste må bede andre familiemedlemmer om penge, hvis de er syge eller har brug for at købe personlige ting. Søndag klæder man sig i sit bedste tøj, går i søndagsskole og kirke, enten den protestantiske, den katolske eller i de frelstes kirke, og beder for sin egen og familiens succes og sundhed.

Børnenes hverdag udspiller sig inden for disse ofte sundhedsfarlige vilkår, der er kendetegnet af mangel på mad og dårlige fysiske faciliteter. Det er nødvendigt, at børnene er aktivt involveret i en række sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende praksiser såsom rengøring, madproduktion, vedligeholdelse af kroppen og psyken (personlig hygiejne, sport og bøn) samt en del sygdomsbehandlende aktiviteter såsom køb og brug af medicin og pasning af syge.

Lav status, høj værdi

Der er stærke positive kulturelle værdier knyttet til det at føde og have mange børn blandt itesoerne ligesom i andre afrikanske samfund (Kilbride & Kilbride 1990). „Et hjem³ uden børn er ikke noget hjem... et hjem med mange børn er et rigt hjem med mange håb“, forklarer en far. Itesobørn udgør imidlertid ikke noget sentimentalt omdrejningspunkt i familien, men er nærmere en del af et system af udveksling og gensidige forpligtelser i slægtskabsrelationer. I det sociale hierarki i familien befinder børn sig i den nederste del. Slægtskabsstrukturen er patrilineær og ægteskabet virilokalt og ofte polyamt, hvilket for børnene betyder, at de bor hos og tilhører deres far og hans brødres klan. Hvis foræl-

drene bliver skilt, bliver børnene som regel boende hos faderens klan. Hvis faderen dør, overtages forældreskabet af en af hans brødre.

Et nyfødt barn betragtes som en kostbar gave, men omkring 2-års-alderen, ofte i forbindelse med, at det næste barn i søskenderækken bliver født, falder barnets sociale værdi. Efterhånden som der investeres mad, tøj og uddannelse i barnet, og i takt med at barnets arbejdssevne udvikles, stiger den sociale værdi igen. Værdien kulminerer, når barnet nærmer sig giftealderen (15-25 år), fordi familien, der gifter en datter bort, vil modtage køer i brudepris, og familien, der betaler brudepris for en pige til deres søn, vil blive udvidet med en kone inklusive hendes produktive og reproduktive kræfter.

Den lave status, som itesobørn har i familiehierarkiet, gør det vanskeligt for de fleste at være initiativtagere i hjemmet i forbindelse med sygdomsforebyggelse, der involverer investeringer og social mobilisering af familiemedlemmer højere placeret i aldershierarkiet. „Børn skal ikke tro, at de kan komme og tale til voksne, så bliver de bare hovmodige og upopulære“, siger itesovoksne. Børnene skal adlyde voksnes ordrer, opføre sig ydmygt og *bør* ikke tage selvstændige beslutninger. I praksis tager børn dog mange beslutninger, hvori voksne ikke er involverede, fordi de voksne i mange tilfælde ikke er til stede. Børn tager ikke store beslutninger, der ændrer ved familiens levevilkår, men mindre beslutninger, der dog også kan have en vigtig betydning for familiens sundhed såsom, hvor de henter vand, og hvordan de passer mindre søskende og syge familiemedlemmer. De finder måder at omgå og undgå autoriteterne, men det ændrer dog ikke ved det sociale vilkår, at børn er nederst i familiens hierarki. Til gengæld kan børn have stor reel indflydelse på hinandens sygdomsforebyggende praksis. Store skolebørn lærer de mindre at vaske hænder, børste tænder og andre vigtige vaner gennem både leg, imitation, reprimander og drillierier. Ældre børn køber medicin eller samler urter og forsøger at kurere sig selv og i nogle tilfælde mindre søskende for forskellige sygdomme. Ofte vælger de den relevante medicin til de aktuelle symptomer, men det er et stort problem, at den dosis, de tager eller giver, i langt de fleste tilfælde er fejlagtig.

Børns høje sociale værdi er knyttet til forældrenes forventninger om, at børn vil berige familien både socialt og økonomisk. Itesovoksne ønsker ikke, at børnene kommer hjem og belærer forældrene om sundhed, men forventer at børnene på lang sigt – når de bliver voksne – kan være med til at opbygge, hvad de kalder et smart og udviklet hjem. Børn har med andre ord ikke magt til at indfri de forventninger i skolesundhedsprogrammet, der angår videreformidling af sygdomsforebyggelse til den voksne befolkning. De har imidlertid indflydelse på andre børn, tager mange mindre beslutninger, der har indflydelse på familiens sundhed, og kan på langt sigt i takt med deres opstigen i aldershierarkiet være med til at tage større beslutninger om forebyggelse af sygdom i familien. Børns involvering i behandlingspraksis udgør ligeledes et potentiale for forbedret familiesundhed, men har været overset i skolesundhedsprogrammet i Uganda. Programmet er inspireret af den internationale skolesundhedsdiskurs, hvor forebyggelse har været i højsædet, og hvor tanken om, at børn kan håndtere medicin, har været utænkelig. Det sundhedsfelt, som itesobørn bevæger sig rundt i, er langt bredere, end skolesundhedsprogrammet antager; det strækker sig over både lokale og internationale former for forebyggelse og behandling, hvilket jeg skitserer i det følgende.

SUNDHEDSFELTET



Sundheden som felt

For at give et overblik over det sundhedsfelt, som børn i Østuganda manøvrerer i, forsøger jeg at vise dette grafisk og tænke det analytisk som et socialt felt, inspireret af sociologen Pierre Bourdieus teori om felter som strukturerede systemer af sociale positioner mellem individer og institutioner, hvor der manøvreres omkring specifikke ressourcer eller kulturelle goder (Bourdieu 1990; Wacquant 1989; Jenkins 1992). Den symbolske kapital, der er på spil i dette felt, er sundheds- og sygdomskundskab, eller sagt med andre ord, kompetence til at begå sig og få den behandling eller sundhedstilstand, man ønsker. Ligesom voksne lærer børn at begå sig i feltet ved at deltage, betragte og imitere de forskellige former for praksis.

Feltet spænder mellem en international og lokal dimension samt en præventiv (forebyggelses-) og en kurativ (behandlings-) dimension. Der er tale om et kontinuerligt rum af internationale og lokale kundskabstraditioner (jf. Barth 1993), fordi folk ofte bruger og kombinerer forskellige traditioner samtidig, og fordi de i høj grad smitter af på hinanden. Børn bruger og doserer ofte den internationale biomedicin baseret på deres erfaringer med lokal urtebehandling og omvendt, og de lokale helbredere anvender til tider indsprøjtninger med biomedicin i deres behandlinger. Itesobørnene betegner de internationale kundskabstraditioner som udviklede, vestlige eller moderne over for de lokale som

traditionelle eller særligt itesoprægede. Jeg har her valgt termen internationale kundskabstraditioner, fordi biomedicin, skolegang samt kristendom er internationale i den forstand, at de fungerer over store dele af verden helt ned på lokalt niveau. De lokale kundskabstraditioner er præget af de internationale og påvirker samtidig folks brug af de internationale kundskabstraditioner, men begrænser sig i udbredelsen til lokalområdet.

Den vandrette akse udgør spændingsfeltet mellem præventiv og kurativ praksis. Det kurative og det præventive indvirker på hinanden på forskellige leder. Behandlingspraksis har ofte en positiv, præventiv virkning, fordi børnene følger sygdomsforløb i familien eller blandt venner på nært hold, og „bliver bange for sygdommen og derfor passer bedre på sig selv“, som en mor udtrykte det. Forebyggelse skulle principielt foregribe behandling, men i praksis er det ofte ikke let at skelne eller af betydning for den enkelte, om en handling er forebyggende eller behandlende, når blot handlingen virker, og der ikke opstår sygdom. For eksempel fortalte en pige på 13 år: „Når jeg begynder at føle hovedpine, tager jeg altid to klorokin, det holder malariaen nede“. Hun forebygger dels, at hovedpinen ikke bliver til en alvorlig sygdom, og dels er hun i gang med at behandle en sygdom, som hun har selvdiagnosticeret som malaria. Sundhedsfeltet udgør således en række mere eller mindre forbundne praksiser. Undtagelsen fra kontinuiteten mellem forskellige praksiser er skolesundhedsundervisningen, der begrænser sig til det internationale, præventive domæne og distingverer sig fra de andre dimensioner: international behandlingspraksis samt lokal behandlings- og forebyggelsespraksis.

I det følgende beskrives sundhedsfeltet, og hvordan børn deltager og manøvrerer heri. Vi begynder i det præventive, internationale domæne,⁴ går videre uret rundt gennem det kurative, internationale domæne, det kurative, lokale og det præventive, lokale domæne for til slut at vende tilbage til udgangspunktet i skolen.

Skolesundhed

Når jeg spørger børn, hvad sundhed hedder på ateso, bruger de ordet *alaus*, der også kan oversættes som smart, ren og hygiejnisk. Usund kaldes *mam elai*, hvilket direkte oversat betyder ikke-god og bruges om noget, der er beskidt. Det er tydeligt, at børnenes talen om *alaus* er moralsk og associeret med det at være lærd, kristen og moderne. Skolebørnene trænes i skolen i at opremse og forklare, hvilke forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter de udfører: feje huset og gården, vaske op, bade, børste tænder osv. Disse er imidlertid daglige gøremål, som de fleste har lært, før de begynder at gå i skole. Hvis børnene ikke er bekendte med skolesundhedsdiskursen, er denne forebyggende praksis en del af dagliglivet, som de vurderer moralsk: Et godt hjem er *alaus*, fordi familien gør alle de daglige gøremål, man bør. Men børn, der ikke går i skole, kan sjældent forklare, hvorfor man bør gøre sådan: „Sådan gør man bare... fordi det er dårligt og pinligt at lade være“. Skolebørnenes forklaringer er som regel længere og indeholder en form for årsags-sammenhæng mellem hygiejne og sundhed eller mikrober og sygdom. Sundhedsundervisningen i skolen sætter således de præventive aktiviteter ind i et andet forklarings-system, hvor blandt andet *ekuru* (mikrober) spiller en vigtig rolle.

I undervisningsvejledningen lægges der vægt på, at undervisningsmetoderne skal være praktiske, så børn ikke bare erhverver sig viden, men også færdigheder til at føre deres lærdom ud i livet med. Det anbefales blandt andet, at skolen har en demonstrations-

have, hvor eleverne dyrker ernæringsrigtige grøntsager efter moderne produktionsmetoder. De fleste lærere er bevidste om, at de bør bruge praktiske metoder, men gør det sjældent. Selv siger de, at der er for mange elever i klasserne, at det kræver ekstra forberedelse, og at der ikke er tid til at eksperimentere, hvis man skal nå pensum inden eksamen. En anden grund, som skolelederne ofte påpeger, er, at der i undervisningssystemet, blandt lærerne, eleverne og forældrene er en træghed, som gør forandringer vanskelige. Holdningen til praktisk arbejde er generelt negativ, og manuelt arbejde bliver ofte brugt som afstraffelsesmetode i skolerne. Hvis forældrene kommer forbi skolen og ser børn i gang med at tilplante en mark, drager de den konklusion, at børnene har været uartige, eller at læreren udnytter deres arbejdskraft, fordi sådan har det ofte været tidligere. „I skolen skal børnene lære at læse, vi kan godt lære dem at dyrke jorden og gøre rent herhjemme“, siger mange forældre. Sundhedsundervisningen forbliver således en teoretisk snak, der ofte står i modsætning til, hvad børnene ser og erfarer på skolen: Der er ikke vand til at vaske hænder efter toiletbesøg, skolehaven dyrkes ikke, lærerne bruger ikke myggenet, drikkevandet koges ikke osv.

Selvom skolesundhedsprogrammet ikke fungerer, som det var planlagt, har det at gå i skole og den teoretiske fokusering på sundhed alligevel en positiv effekt. Børnenes teoretiske viden fører ganske vist sjældent til, at familien ændrer praksis, men er med til at bevidstgøre børn om deres sundhedsrelaterede handlinger. Skolen har således en effekt i forhold til børns sundhed på den måde, at børn, der har gået eller går i skole føler, at de ved noget om sundhed, opfatter sig selv som lærde, hvilket giver dem selvtillid i interaktioner med sundhedsinstanser og en tro på, at de kan opbygge et sundt hjem i fremtiden. Skolesundhedsundervisningen er således en teoretisk diskurs om forebyggelse af sygdom og fremme af sundheden, hvortil der er knyttet en særlig kulturel kapital. Denne kapital eller med andre ord sociale kompetence, som børn kan oparbejde ved at være i skole, bruger de aktivt i andre områder af sundhedsfeltet. Et af disse områder er køb og brug af biomedicin, selvom dette område formelt er ekskluderet fra skolesundhedsundervisningen.

Behandling med biomedicin

Uden for skolen i hjemmene, kioskerne og klinikkerne deltager børn ligesom andre lægfolk i behandling af sygdomme. Det kurative domæne er lidt af en jungle, eller med Long og Longs udtryk, en vidensslagmark (Long & Long 1992). Behandlingsmulighederne spænder over det offentlige sundhedssystem, de private klinikker, de uformelle medicin-kiosker, hjemmebehandling med vestlige farmaceutika eller urtemedicin, behandling hos traditionelle helbredere (*emurok*) og andre specialister. Børn lærer forskellige facetter af den kurative praksis at kende, først og fremmest ved at følge med i, hvordan familiemedlemmer og naboer vælger at behandle forskellige sygdomme, og hvordan de evaluerer behandlingen. Med alderen markerer børn sig med stigende autonomi i den kurative praksis.

„Hvis man er syg, er det bedst at tage på klinikken, men hvis man ikke har mange penge og ingen tid til at vente, er det lettere at købe medicinen selv“, forklarer en 12-årig skoledreng. Det er ofte børn i skolealderen, der sendes til den lokale kiosk, hvor man kan købe mange forskellige former for medicin: antibiotika, antimalariamedicin, smertestil-

lende og febernedsettende produkter, medicin mod orm og andre parasitter. Her findes også sprøjter, nåle og injektionsvæske. Alle kan reelt købe medicin. I nogle kiosker gives der råd om, hvordan medicinen skal doseres og tages, hvis kunden spørger. Oftest kommer dosis dog an på, hvor mange penge kunden har. De fleste børn kender, som drengen fra indledningen, navnet på den medicin, de skal købe, rækker en pengeseddel over disken og beordrer: „Klorokin og panodil“, andre siger navnet på sygdommen (malaria) eller symptomerne (feber), de skal have medicin imod. Køb og brug af farmaceutika er en meget udbredt praksis i børns hverdag, og de fleste, ældre skolebørn kender og bruger alle ovennævnte typer medicin. Men de er som sagt ofte på galt spor, når det gælder dosering af medicin. Fejlmedicinering (både under- og overdosering samt brug af irrelevante medikamenter) kan være årsag til forlængede, komplicerede og i værste tilfælde fatale sygdomsforløb. Der er en stigende udvikling af resistens over for malariamedicin og antibiotika især på grund af underdosering. Fejlmedicinering er dog ikke et særligt børnefænomen, men et almindeligt problem i den brede befolkning. Børn under 12-13 år tager sjældent medicin helt på egen hånd. Oftest er en voksen eller et ældre barn involveret i beslutningen og finansieringen af medicin.

Behandling hos lægen og til dels også hjemmebehandling med vestlig medicin forbindes af børnene med det at være moderne og skolet i modsætning til brug af urtemedicin og traditionel helbredelse. „Hos lægen skriver de ligesom i skolen, og de bruger maskiner [stetoskoper] og sprøjter og taler om alaus“, forklarer en 13-årig dreng. Børns manøvrer i det biomedicinske, kurative område af sundhedsfeltet afhænger således dels af deres økonomiske kapital – eller adgang til andres økonomiske kapital via deres egen sociale kapital (ofte er det den samme farbror eller onkel, et barn beder om penge til medicin), dels af deres kulturelle kapital i form af skoleerfaring eller eksempelvis erfaring med brug af urtemedicin.

Urter og ånder

Traditionel helbredelse og urtemedicin tilhører en anden kundskabstradition end skole-sundhedsundervisningen, hvilket skolebørnene er meget bevidste om. Lokal medicin og behandling er ikke noget, der tales åbent og positivt om i skolen. Kirken, der som institution er historisk og geografisk nært forbundet til skolen, har spillet og spiller en fremtrædende rolle i fordømmelsen af „overtro, hekseri og urter“ som noget primitivt og djævelsk. Børnene var i lang tid tilbageholdende med at fortælle mig om deres brug af og viden om urtemedicin og traditionel behandling, dels fordi de lærte mig at kende gennem skolen, og dels fordi den hvide hudfarve ofte minder folk om missionærer og deres kristne budskaber. Det var i forbindelse med en urtemedicinsk videnstest, som vi gennemførte i skolerne, at børnene, der er vældigt konkurrencemindede, for alvor afslørede deres deltagelse i denne kundskabstradition.

Viden om de mest almindelige, medicinske urter erhverver børn sig hovedsageligt fra forældre- og bedsteforældregenerationen. Læresituationerne opstår oftest spontant, når der er sygdom i familien, som skal behandles med urter. Børn, som er interesserede eller udpeges af læremesteren, følger med i, hvordan urterne indsamles, forarbejdes og indtages. Når de har set processen et par gange, og børnene måske selv er syge, bliver de med lidt vejledning bedt om at finde urterne og forberede medicinen. Læringsprocessen er

næsten udelukkende ikkeverbal, og eleven lærer ved at afprøve sin ny erhvervede viden. Behandling med urter er almindelig praksis blandt ældre børn i de fleste familier, til tider fordi der ikke er råd til vestlig medicin, til tider fordi urtemedicin anses som den bedste til bestemte sygdomme. De fleste børn siger, at behandling med urter virker, men vestlig medicin virker hurtigere og er stærkere. Et mindretal af børn og voksne heriblandt nogle af lærerne bruger slet ikke urtemedicin og siger, at de hverken har tid eller tillid til disse „gammeldags metoder“.

Der er mere udbredt skepsis, men samtidig megen interesse blandt børn i forhold til behandling hos emurok, de lokale helbredere. En 14-årig dreng mener: „...en heksedoktor prøver bare at snyde folk. De siger, familien skal komme med en hvid hane, en hvid ged, tyr eller hvad ved jeg. Men heksedoktoren giver bare patienten nogle nyttesløse blade at tygge på – hvad hjælper det? Disse folk [emurok] spiser bare folks penge – dét er deres arbejde“.

Langt de fleste patienter hos de to helbredere, jeg kendte, er voksne eller småbørn. Mange børn har imidlertid klare ideer om, hvordan helbredere arbejder med forfædreånderne ved brug af trommer og trance, fordi traditionelle behandlinger næsten altid er en familiebegivenhed, hvor børn også er til stede om end i periferien. Helbrederens viden er dog ikke offentlig tilgængelig, men „en evne, der bliver i klanen“. Når en helbreder dør eller holder op med at arbejde, udvælger forfædreånderne efter en tid et nyt medie. Børn og børnebørn af en helbreder ved derfor, at der er en vis sandsynlighed for, at de bliver kontaktet af ånderne og måske bliver emurok. Disse børn ved ofte mere om traditionel behandling end andre (se også Whyte 1996).

Selvom de lokale behandlingstraditioner ikke altid spiller en umiddelbart synlig rolle i børns hverdag, er de altid til stede som en valgmulighed og påvirker den måde, man tackler sygdom og ulykke. De kan også, som den følgende case viser, opfattes som en trussel mod et barns udvikling. En pige på 14 år blev „indlagt“ hos en helbreder, fordi hun havde opført sig mærkeligt den sidste tid, havde gået nøgen omkring og talt i vildelse. Familien mistænkte forfædreånderne for at forstyrre pigen og tog hende derfor i skoleferien til en helbreder for at få afklaret sagen. Under diagnosticeringsprocessen blev det ikke klart, hvad pigen fejlede. Helbrederen fortalte senere, at ånderne ville have pigen til at arbejde som emurok, fordi dette hverv havde været opgivet i flere år inden for klanen. Pigens sygdom var det første tegn på, at hun var blevet udvalgt. Helbrederen mente dog, at pigen stadig var for ung til at arbejde som emurok, og at familien ville have svært ved at betale ånderne for at få adgang til den hemmelige viden på nuværende tidspunkt. Så helbrederen ville forsøge at forhandle med ånderne om udsættelse. Pigens sygdom eller besættelse var således måske begyndelsen på hendes læretid. Helbrederne siger ganske vist, at deres viden kommer direkte fra ånderne, men indrømmer, at de selv løbende har lærlinge, og der derfor er et etableret system til videreførelse af denne kundskabstradition til yngre generationer. Pigens forældre var ikke glade for udviklingen: „Vi har ikke uddannet denne pige i skolen, for at hun skulle ende som heksedoktor, [...] hvis det ikke kan være anderledes, vil vi bede til, at ånderne venter, så hun i det mindste kan få sin grundskoleeksamen“.

Børns manøvrer og læreprocesser inden for de lokale kundskabstraditioner er således præget af deres kulturelle kapital som eksempelvis skoleerfaring og deres sociale kapital. Er der for eksempel en dygtig urtespecialist eller healer i familien eller klanen, er det mere sandsynligt, at børnene kender og kommer til at anvende denne kundskabstradition.

Endelig er den økonomiske kapital, et barn har med sig via sit familienetværk, også af stor betydning for brug af de lokale kundskabstraditioner, da det ofte er en kostbar affære at gå til behandling hos en helbreder.

De lokale kundskabstraditioner har også en præventiv side, der kommer til udtryk ved, at traditioner og sociale forpligtigelser skal overholdes for at undgå sygdom og ulykke. En 12-årig pige fortalte mig, at hun var bekymret for sin families ve og vel, fordi alle begravelsesritualerne for hendes afdøde mor endnu ikke var udført. Børn har imidlertid ikke nogen indflydelse på, hvorvidt og hvornår ritualer skal udføres. Da jeg spurgte, hvad hun kunne gøre for at hjælpe sin familie, svarede hun: „Når jeg bliver voksen, vil jeg afslutte alle begravelsesritualerne i familien“, og tilføjede „og altid sørge for, at der er klorokin og panodil i huset“. Pigens tilføjelse om at have medicin i huset eksemplificerer sundhedsfeltets kompleksitet: Børn kombinerer internationale og lokale kundskabstraditioner i praksis og tanker, og forebyggelse og behandling af sygdom kan være to sider af samme sag. Med dette i tankerne vendes nu tilbage til en diskussion af sundhedsundervisningens placering i sundhedsfeltet.

Viden med praktisk værdi

Jeg vil til slut sammendrage betydningen af at se børns praksis i sundhedsfeltet som beskrevet og herved argumentere – set fra et lokalt perspektiv – for sammenhængen og det fordelagtige i, at børn lærer om medicin i skolerne, og desuden diskutere, hvorfor de ikke kan videreformidle viden til voksne om forebyggelse, men måske om behandling.

Skolebørn og deres forældre ser det at gå i skole og bruge hospitalssystemet samt biomedicin som del af det samme fænomen, hvilket de kalder udvikling eller modernitet (de internationale kundskabstraditioner). Skolen promoverer indirekte brugen af biomedicin, hvilket blandt andet viser sig ved, at folk, som har gået i skole, bruger mere medicin end folk, der ikke har gået i skole. Det synes derfor oplagt, at børn også kunne lære om bedre brug af medicin i skolen.

Der er ikke noget modsætningsforhold mellem „børn“ og „medicin“ i den lokale forståelse af sundhed. Børn er med til at finde og bruge urtemedicin, fordi adgang til specialiseret viden er lige så afhængig af personlighed som af alder. Viden om urter og medicin opfattes ikke per se som vanskelig og forbeholdt autoriserede eksperter. Fra et lokalt perspektiv anses det derfor ikke som nogen konflikt, at børn lærer om medicin. Den erfaring børn har om dosering af en type medicin, konverterer de til ideer om, hvordan man doserer andre typer medicin. De bruger således aktivt kompetencer fra et domæne i et andet. Børn manøvrerer ligeledes i det internationale, kurative domæne netop på baggrund af deres skoleerfaringer. Ikke i så høj grad baseret på deres skolesundhedsviden, der er teoretisk og præventiv, men på baggrund af den implicite læring i skolen, der blandt andet viser sig som selvtillid og tillid til institutioner. Eller med Bourdieus ord, på baggrund af den kulturelle kapital, der oparbejdes ved det at gå i skole (Bourdieu 1986:243ff.).

I det lokale liv er der i høj grad tale om overlappende kurativ og præventiv praksis. Sammenhængen mellem forebyggelse og behandling af sygdom, som børn oplever i hverdagen, kunne afspejles i skolesundhedsundervisningen. Der er således en lokalt funderet sammenhæng i, at skolen beskæftiger sig med behandling, fordi disse områder anskues som del af den samme udviklingsdiskurs. Den lokale sammenhæng og motivation

til at inkorporere medicin i sundhedsundervisningen har imidlertid svært ved at trænge igennem til det nationale niveau, hvor curriculumbeslutninger tages, fordi ideerne om skolesundhedsundervisning er præget af den internationale sundhedsdiskurs om børn og medicin som adskilte områder og om forebyggelse frem for behandling.

Grunden til, at det er vanskeligt for børn at viderefremde sundhedsbudskaber i hjemmet, er vigtig at se i lyset af, at viden om forebyggelse ikke har nævneværdig værdi i hjemmet, fordi den handler om det almindelige hverdagsliv. Herimod kunne børns viden om behandling få høj værdi i krisituationer med sygdom i familien. Formidlingen af denne viden ville formodentlig stadig være præget af børnenes placering nederst i familiens hierarki, hvorfor det ville være til størst gavn for børnene selv og deres fremtidige familier at lære om medicin i skolen. Man kunne imidlertid også antage, at børnenes viden om behandling ville få en praktisk værdi, og de derfor netop i krisituationer, hvor der til tider vendes op og ned på hierarkier, ville blive hørt af forældrene.

Et børneperspektiv på sundhedsfeltet?

At se sundhedsfeltet i Uganda som et socialt felt bidrager især med en begrebsliggørelse af, hvordan kompetencer fra et domæne kan konverteres til handlekompetence på et andet domæne. Selvom der kan være modsætningsforhold mellem institutioner i sundhedsfeltet på et diskursivt niveau (eksempelvis mellem biomedicinens og urtemedicinens institutioner), kan børn anvende kompetencer opbygget inden for det ene domæne til at manøvrere inden for et andet (eksempelvis erfaringer med dosering). Jeg har her især koncentreret mig om, hvordan den kulturelle kapital fra skolen og urtebehandlingsområdet konverteres til medicindomænet, og været inde på, hvordan et barns sociale kapital er præget af positionen nederst i aldershierarkiet, samt hvordan børns økonomiske kapital er med til at sætte rammerne for, hvordan de handler inden for sundhedsfeltet. Konverteringen af forskellige former for kapital eller kompetencer fra et domæne til et andet er ikke et fænomen, der er begrænset til børns manøvrer i feltet, men kendetegner også voksnes handlinger, vil jeg hævde. Nogle voksne har flere erfaringer fra sundhedsfeltet end børn, men der er tilsyneladende lige så store forskelle mellem voksne indbyrdes, som der er mellem børn og voksne. Desuden er sundhedsfeltet i stadig forandring, hvilket betyder, at de voksnes erfaringer ikke altid forbliver relevante for at begå sig på ny. Det særlige karakteristikum, der imidlertid samler itesobørnene som en gruppe af sociale aktører på feltet, er den lave, sociale status i aldershierarkiet samt det vilkår, at langt de fleste går i skole og er i gang med en formel læreproces.

Den lokale-internationale samt præventive-kurative dimension i sundhedsfeltet er udarbejdet på baggrund af materiale om itesobørns manøvrer i feltet, men er sandsynligvis af mere almen karakter. Ved at se disse dimensioners samspil i et felt har jeg forsøgt at indfange sammenhængen frem for modsætningen mellem forskellige sundheds- og sygdomspraksiser. Det er stadig et spørgsmål, hvorvidt der er flere ligheder end forskelle mellem børns og voksnes måder at begå sig på og mellem positioner og læreprocesser i sundhedsfeltet i Uganda. Uanset svaret er det imidlertid tydeligt, at der både er noget børnespecifikt såvel som alment menneskeligt at lære i forskningen med børn.

Noter

1. Citater er oversat fra iteso og engelsk af en lokal oversætter og forfatteren.
2. Børn henviser i denne artikel til den generationsgruppe blandt itesoerne, som er i skolealderen. Den sociale kategori „børn“ er ikke primært baseret på alder, da mange ikke kender deres alder i år, fordi årene sjældent er relevante i dagligdagslivet. Børn som itesokategori er nærmere baseret på livsfase og familiesituation. Mange af børnene, jeg skriver om, er aldersmæssigt teenagere og fysisk i puberteten, men socialt set er de børn på grund af den familiesituation og livsfase, de befinder sig i. Eksempelvis er en 15-årig pige, der bliver gift og flytter til ægtemandens hjem, ikke længere et barn, mens en pige på samme alder, der bor hos sine forældre og måske går i skole, stadig betragtes som et barn.
3. Hjemmet, familien og slægten bruges ofte som synonyme begreber af itesoerne. Jeg skelner i artiklen heller ikke analytisk mellem disse begreber.
4. Kirkegang og bønner, der også tilskrives både forebyggende og helende kræfter, er placeret i feltet, da disse praksiser spiller en lokalt anerkendt rolle i sundheden. Jeg kommer imidlertid ikke nærmere ind på dem her.

Litteratur

- Adome, Richard O., Susan Whyte & Anita Hardon
1996 Popular Pills. Community Drug Use in Uganda. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.
- Barth, Frederik
1993 Balinese Worlds. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Barton, Tom & Gimono Wamai
1994 Equity and Vulnerability: A Situation Analysis of Women, Adolescents and Children in Uganda, 1994. Kampala: Government of Uganda.
- Bourdieu, Pierre
1986 The Form of Capital. I: J. G. Richardson (red.): Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. New York, Westport Connecticut & London: Greenwood Press.
1990 The Logic of Practice. Cambridge: Polity Press.
- Ennew, Judith
1995 Workshop on Child Research Methods and Protocol Development on Visual Perception and Cognition for School Aged Children. Background notes for presentation on child research methods. Kisumu. (Upubliceret).
- Geissler, Wenzel, Kate Nokes, Ruth Prince, Jens Aagaard & John Ouma
1998 Self Treatment of Common Illnesses among Kenyan Primary School Children. København. (Upubliceret).
- Grauballe, Lotte & Mikkel Balslev
1998 Mere end den halve verden. Børn og unge i den danske udviklingsbistand. København: Dansk Ungdoms Fællesråd.
- Jenkins, Richard
1992 Pierre Bourdieu. London & New York: Routledge
- Karp, Ivan
1978 Fields of Change among the Iteso of Kenya. London, Henley & Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Kilbride, Philip Leroy & Janet Capriotti Kilbride
1990 Changing Family Life in East Africa. Women and Children at Risk. University Park & London: The Pennsylvania State University Press.

- Lawrence, J. C. D.
1957 The Iteso: Fifty Years of Change in a Nilo-Hamitic Tribe of Uganda.
London: Oxford University Press.
- Long, Norman & Anne Long
1992 Battlefields of Knowledge. London: Routledge.
- Nieuwenhuys, Olga
1994 Children's Lifeworlds. Gender, Welfare and Labour in the Developing World.
London & New York: Routledge.
- Reynolds, Pamela
1996 Traditional Healers and Childhood in Zimbabwe. Athens: Ohio University Press.
- Trakas & Sanz (red.)
1992 Studying Childhood and Medicine Use: Perceptions and Attitudes. COMAC Workshop
on Medicines and Childhood. Athens: ZHTA.
- UNICEF & The Republic of Uganda
1997 Implementing Universal Primary Education (UPE).
- Wacquant, L. D.
1989 Towards a Reflexive Sociology: A Workshop with Pierre Bourdieu. *Social Theory* 7.
- Whyte, Susan Reynolds
1989 The Power of Medicines in East Africa. I: S. Van der Geest & S. R. Whyte (red.): *The
Context of Medicines in Developing Countries*. Amsterdam: Kluwer.
- 1991 Medicines and Self-Help: The Privatization of Health Care in Eastern Uganda.
I: Hansen & Twaddle (red.): *Changing Uganda. The Dilemmas of Structural Adjustment
and Revolutionary Change*. London: James Currey.