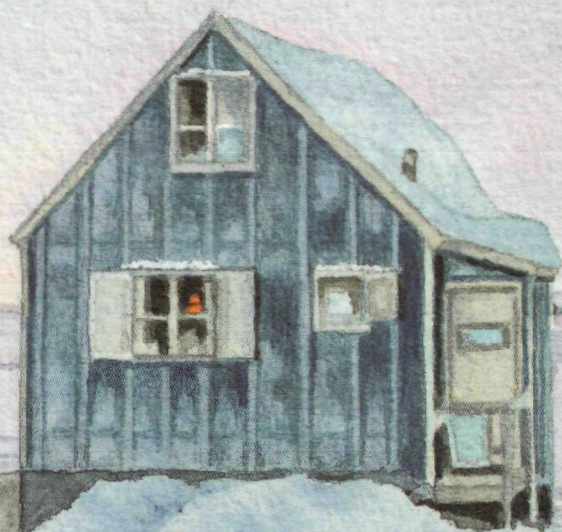


Familie, børn og sundhed i Grønland



DIKE

Tine Curtis
Kim Moesgaard Iburg
Peter Bjerregaard

DIKEs Grønlandsskrifter nr. 9

Familie, børn og sundhed i Grønland

Tine Curtis
Kim Moesgaard Iburg
Peter Bjerregaard

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi
Svanemøllevej 25
2100 København Ø

Landsstyreområdet for
Sundhed, Miljø og Forskning
Box 1160, 3900 Nuuk

Familie, børn og sundhed i Grønland

Tine Curtis, Kim Moesgaard Iburg, Peter Bjerregaard

Copyright © DIKE, København 1997

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Rapporten kan fås ved henvendelse til:

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE)
Svanemøllevej 25, 2100 København Ø
Telefon 31 20 77 77 - Telefax 31 20 80 10

Direktoratet for Sundhed og Forskning
Box 1160, 3900 Nuuk
Telefon 2 30 00 lokal 4202 - Telefax 2 55 05

Tryk: Gentofte Tryk

Omslag: Frank Senderovitz

ISBN: 87-89662-95-4

Forord

Den grønlandske sundhedsprofil er en stor undersøgelse, der blev påbegyndt i 1992 som et samarbejde mellem Grønlands Hjemmestyre og Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE). Undersøgelsens formål er at beskrive og analysere helbred, levevilkår og livsstil i Grønland. Den har resulteret i megen ny viden, som nu bliver præsenteret for et fagligt publikum i en serie temarapporter.

Et så stort projekt som sundhedsprofilen har ikke kunnet gennemføres uden støtte fra mange sider. En baggrundsgruppe med deltagelse fra Direktoratet for Sundhed, Embedslægeinstitutionen i Grønland, Direktoratet for Sociale Anliggender og Arbejdsmarked, Grønlands Statistik og Ilisimatusarfik har deltaget i diskussioner af undersøgelsens tilrettelæggelse. En mindre gruppe personer har været involveret i det praktiske arbejde med dataindsamlingen: Louise Mattaq Kristiansen, Kunuunn-guaq Olsen, Christian Roepstorff, Karo Thomsen, Tine Pars og Frank Senderovitz. Mariane Petersen og Jørgen Fleischer har oversat og tilbageoversat spørgeskemaerne. Mette Madsen og Niels Kr. Rasmussen har sikret det faglige bagland. Til denne temarapport har Preben Homøe bidraget med sin viden om børns øresygdomme i Grønland. Endelig har alle interviewerne ydet et stort arbejde, og en særlig tak skal rettes til de mange mennesker i Grønland, der har ofret deres tid på at lade sig interviewe. Susanne Brenaa, Tina Henriksen og Tekla Canger har stået for renskrivning og layout af manuskriptet.

Sundhedsprofilen er finansieret af Karen Elise Jensens Fond og gennemført af DIKE, Afdeling for Grønlandsforskning, for Grønlands Hjemmestyre, Direktoratet for Sundhed og Forskning. Der har været tale om et tæt samarbejde, men det videnskabelige ansvar for resultaterne og konklusionerne ligger helt og holdent hos DIKE.

Finn Kamper-Jørgensen
direktør
DIKE

Martha Abelsen
direktør
Direktoratet for Sundhed
og Forskning

Indholdsfortegnelse

	side
Forord	3
Resumé	7
1. Introduktion	
Om undersøgelsen	9
Repræsentativitet	11
Analyse og statistiske metoder	12
Gruppering af befolkningen	14
2. Familie og sociale kontakter	
Den nære familie	19
Familiereationer	21
Øvrige sociale kontakter	24
Sociale relationer og sundhed	25
3. Fødsler og amning	
Fertilitet	29
Moderens uddannelse og erhverv	32
Regionale forskelle	33
Amning	34
4. Børns hverdag og helbred	
Børnene i familien	39
Børnenes trivsel i skole og fritid	42
Børns helbred	43
5. Børns opvækstvilkår 1920-1975	
Sociale forhold og uddannelse	51
Fire opvækstgrupper	54
Alkohol og seksuel vold	56
Opvækstforhold og helbred i voksenalderen	57
Litteratur	61

Resumé

Rapporten er den fjerde temarapport fra projektet sundhedsprofil for Grønland. Kapitel 1 beskriver baggrunden for undersøgelsen. Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94 ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer og udfyldt 661 børneskemaer. Det lykkedes ikke for interviewerne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe (grønlandere og danskere) og geografisk region præsenteres, og kriterierne for inddeling i familietyper beskrives.

Kapitel 2 handler om familie og andre sociale relationer: om familiedannelse, om hvor ofte man selv ser familie og venner og om hvilken betydning man tillægger disse relationer. Både i by og bygde bor mange mennesker i kernefamilier (42%). I bygderne bor flere end i byerne i udvidede familier, mens der i byerne er flere enlige og par uden børn. De fleste (74%) angiver, at gode familieforhold betyder meget for dem i deres liv og over halvdelen har daglig kontakt med familien uden for husstanden. Kvinder har oftere end mænd kontakt med familie, mens mænd oftere end kvinder har kontakt med venner. Der kan påvises sammenhænge mellem at føle sig uønsket alene og dårligt helbred.

Kapitel 3 der handler om fødsler og amning viser, at fertiliteten varierer regionalt og med kvindens alder, skolegang og erhverv. Ældre kvinder bosat i bygder, med en kort skoleuddannelse og uden erhverv, har i gennemsnit født flest børn.

Sundhedsprofilens materiale kan dog ikke belyse årsagsrækkefølgen bag fordelingen af antallet af fødte børn. Der kan konstateres et fald i grønlandske kvinders gennemsnitlige amningstider fra 1940'erne til i dag. I de seneste år er der dog færre og færre mødre, som ammer i under 3 måneder, men 1/4 af alle spædbørn bliver stadig ammet i meget kortere tid end det anbefales.

I kapitel 4 præsenteres analyserne af undersøgelsens børneskema. Skemaet er besvaret af børnenes mødre og indeholder spørgsmål om børnenes hverdag i familien, i skolen og i fritiden samt spørgsmål om børnenes helbred. Hvorvidt børn passes hjemme, i institution eller er alene hjemme afhænger af bopæl (by-bygd), af familietype og for de 3-8 årige børns vedkommende af moderens erhvervstilknytning.

Godt halvdelen af fædrene tager sig, i følge moderen, ligeså meget af børnene, som mødrene selv. Halvdelen af de store børn (9-12 år) deltager regelmæssigt i arbejdet i husholdningen. Næsten alle mødre mener, at børnene trives godt i skolen. Efter skoletid leger de fleste børn, mens knap 1/5 laver aktiviteter sammen med deres forældre eller andre voksne. Halvdelen af børnene deltager ind i mellem i traditionelle grønlandske beskæftigelser.

Næsten halvdelen af alle børn har i en 14-dages periode været generet af smerter eller symptomer, 15% har ligget i sengen eller været hjemme fra skole eller børnehave på grund af sygdom, og 8% har fået medicin. 33% af børnene har på et tidspunkt i deres liv haft ondt i øret, og 22% har haft flydeøre. Der er større hyppighed af flydeøre blandt børn, der passes i institution.

Kapitel 5 påpeger en række forandringer i børns opvækstvilkår i perioden 1920-1975. Den radikale ændring af det grønlandske samfund i dette århundrede viser sig bl.a. ved ændringen i andelen af personer, der er født i bygder, fra 70% af grønlandere født før 1930 til 26% af dem født efter 1970. Med udgangspunkt i en række forhold under opvæksten kan befolkningen inddeles i fire grupper. Disse fire opvækstgrupper adskiller sig markant med hensyn til levevilkår og helbred. Forekomst af alkoholproblemer og seksuel vold i barndommen rapporteres med tiltagende hyppighed af de yngre fødselsårge. Disse forhold viser tæt sammenhæng med forekomsten af selvmordstanker.

1. Introduktion

Den grønlandske sundhedsprofil er en landsdækkende interviewundersøgelse, der er gennemført i 1993-94. Formålet med undersøgelsen er at beskrive den grønlandske befolknings helbred, som det opleves af folk selv, og at relatere sundhed og sygdom til levevilkår, hverdagsliv og brug af sundhedsvæsenet. Initiativet til undersøgelsen blev taget i forbindelse med Nuna Med '91, den første konference om grønlandsmedicin, afholdt i Nuuk. Undersøgelsen, sundhedsprofil for Grønland, er gennemført af Afdeling for Grønlandsforskning på Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE) i samarbejde med Direktoratet for Sundhed og Forskning. Hjemmestyret har bedt DIKE om at gennemføre undersøgelsen og har skaffet støtte fra en privat fond, men DIKE har haft det videnskabelige ansvar og har haft helt frie hænder til at indsamle og vurdere oplysningerne.

Denne rapport er den fjerde i en serie temarapporter, der hver behandler et af den grønlandske sundhedsprofils emneområder. De øvrige temarapporter handler om:

- Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland (december 1995)
- Sundhedsvæsenet i Grønland (marts 1996)
- Sygdom og helbred i Grønland (februar 1997)
- Vold
- Metodologiske aspekter

Om undersøgelsen

De data, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil, stammer fra interview, hvor interviewere udspørger enkeltpersoner efter et struktureret spørgeskema (hovedskemaet), interview af mødre om deres 0-12 årige børn efter et struktureret spørgeskema (børneskemaet) og et selvudfyldt spørgeskema med spørgsmål om emner, der forventedes at være for sensitive til at lade en interviewer spørge direkte (selvudfyldt skema). De tre spørgeskemaer er udarbejdet specielt til sundhedsprofilen og indeholder dels spørgsmål fra en tilsvarende undersøgelse i Danmark og fra to tilsvarende undersøgelser i arktisk Canada, dels nye spørgsmål udarbejdet til den grønlandske sundhedsprofil.

Stikprøven af personer til interview er udtrukket af Grønlands Statistik fra befolkningsregisteret over alle personer med bopæl i Grønland. Undersøgelsen omfatter principielt hele Grønland, men af praktiske og økonomiske årsager er der foretaget

nogle begrænsninger. I første omgang er Ivittuut kommune og områder udenfor kommunalinddelingen valgt fra. Alle øvrige byer indgår i undersøgelsen. I anden omgang er fangstpladser, fåreholdersteder, stationer og bygder med mindre end 50 indbyggere valgt fra. Tre bygder, der ikke er klassificeret i sektorplanen for bygdernes udvikling, er heller ikke medtaget. Af de resterende 49 bygder er 24 udvalgt tilfældigt. Materialet omfatter oplysninger fra samtlige 17 byer og 21 af de 24 bygder, altså 38/41 (93%) af de udvalgte byer og bygder (tabel 1.1). Den oprindelige stikprøve var på 3137 personer, men på grund af dødsfald og fraflytning i interviewperioden er stikprøven reduceret til 3025.

Oversigt over emnerne i den grønlandske sundhedsprofil.

Hovedskema

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Baggrund | Alder, køn, familieforhold, bopæl, fødested og opvækst, uddannelse og erhverv. |
| 2. Helbredsstatus | Generelt helbred, sygdom, gener, behandling og medicinbrug i de sidste 14 dage, langvarig sygdom, funktionsevne (hjælpemidler, syn, hørelse, tyggeevne), højde og vægt. |
| 3. Brug af sundhedsvæsenet | Kontakt sidste 3 måneder, utilfredshed, klager, tilfredshed med konkrete forhold, kommunikation og tolkning, ønsker vedrørende fødsler, forslag til forbedringer. |
| 4. Livsstil og adfærd | Sprogfærdighed og -brug (grønlandsk, dansk, engelsk), rejser, fangst, religion, samfundsændringer, prioriteringer af levevilkår, socialt netværk, fysisk aktivitet, fritidsulykker, forebyggelse af ulykker, rygevaner, kostvaner, ejendele, forebyggelse af sygdom, sundhedsmål. |
| 5. Levevilkår | Arbejde, bolig. |
| 6. Spørgsmål til kvinder | Fødsler, amning. |

Selvudfyldt skema

Psykisk tilstand, selvmordsforsøg, vold og seksuel vold, alkoholvaner, hashvaner, seksualliv, graviditet og kvindesygdomme.

Børneskema

Sygdom og symptomer sidste 14 dage, ørelidelser, dagligdag, pasning, trivsel i skolen.

Tabel 1.1 Byer og bygder, der indgår i den grønlandske sundhedsprofil 1993-94. *) markerer bygder, hvor der ikke er interviewet.

Nanortalik	Qeqertarsuaq
Aappillattoq	Ilulissat
Alluitsup Paa	Qeqertaq *)
Qaqortoq	Saqqaq
Saarloq *)	Uummannaq
Narsaq	Niaqornat
Paamiut	Ukussissat
Nuuk	Illorsuit
Qeqertarsuatsiaat	Nugaatsiaq
Kapisillit	Upernavik
Maniitsoq	Upernavik Kujalleq
Napasoo	Tasiusaq
Sisimiut	Kullorsuaq
Sarfannguit	Qaanaaq
Kangaatsiaq	Savissivik
Attu	Ammassalik
Ikerasaarsuk *)	Isortoq
Niaqornaarsuk	Kulusuk
Aasiaat	Sermiligaaq
Akunnaaq	Ittoqqortoormiit
Qasigiannguit	

De udfyldte skemaer blev sendt til Direktoratet for Sundhed, hvor svarene på de åbne spørgsmål blev skrevet rent og oversat til dansk, og svarene på en række halv-åbne spørgsmål fra de grønlandske skemaer blev oversat til dansk. En dobbeltsproget lægesekretær gennemgik oversættelsen af sygdomsbetegnelserne. Skemaerne blev herefter sendt til DIKE, hvor de blev kodet i henhold til en kodenøgle, hvilket vil sige, at der blev sat talkoder på en del af spørgsmålene. De kodede skemaer blev sendt til et professionelt indtastningsbureau, der foretog dobbelt indtastning af materialet.

Repræsentativitet

Det er en almindelig epidemiologisk fremgangsmåde at udtale sig om en hel befolkning på grundlag af forholdene i en stikprøve, men er det i det aktuelle tilfælde rimeligt at tro, at de 1728 udfyldte spørgeskemaer, som indgår i materialet, beskriver hele den voksne grønlandske befolkning på mere end 38.000 personer? En forudsætning for dette er, at den udtrukne stikprøve svarer til et gennemsnit af befolk-

ningen. En anden forudsætning er, at de personer fra stikprøven, som er interviewet, ikke adskiller sig på væsentlige punkter fra den samlede stikprøve.

Den samlede svarprocent for sundhedsprofilen er 57,1%, idet der er opnået interview med 1728 personer fra en revideret stikprøve på 3025. Der er for få erfaringer med tilsvarende undersøgelser fra arktiske egne til at vurdere, om denne svarprocent er lav, acceptabel eller høj. Der er dog flere forhold, der tyder på at en betragtelig del af de ikke-interviewede aldrig er forsøgt kontaktet af interviewerne, og den reelle svarprocent er sandsynligvis omkring 70%.

Undersøgelsens metode og en analyse af bortfaldet er nærmere gennemgået i rapporten "Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland". Sammenfattende kan man med rimelighed konkludere,

- at en væsentlig del af det store bortfald skyldes, at interviewerne ikke har overkommet at kontakte alle personerne i stikprøven.
- at bortfaldet er skævt med hensyn til køn, alder, fødested, bopæl og erhverv, men at dette kun spiller en mindre rolle for resultaternes almene gyldighed.
- at de ikke-interviewede personer i stikprøven føler sig mindre raske end de interviewede, men lidt sjældnere har været i nylig kontakt med sundhedsvæsenet.

Alt i alt er der ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning.

Der er gennemført interview med 395 kvinder om 661 hjemmeboende børn og plejebørn i alderen 0-12 år. 70% af kvinderne er grønlændere og bor i byer, 23% er grønlændere i bygder og 7% er danskere. Dette svarer til fordelingen i befolkningsgrupperne af kvinder, hvis yngste barn på interviewtidspunktet er højst 18 år og derfor kan forventes at være hjemmeboende. Der er således ingen grund til at tro, at nogle grupper af kvinder har været mere eller mindre villige eller tilbøjelige til at udfylde børneskemaer.

Analyse og statistiske metoder

Spørgeskemaerne er kodet manuelt og inddateret dobbelt. Datamaterialet er oparbejdet i statistikprogrammet SAS og herefter importeret i SPSS/Windows v. 6.1, hvor analyserne er foretaget. Værdier, der faldt uden for de forventede, er kontrolleret i spørgeskemaerne, og der er foretaget logisk kontrol af værdier på tværs af variable.

Tabellerne er som hovedregel baseret på det fulde materiale; 1728 personer i hovedskemaet og 661 børn i børneskemaet. Hvor dette ikke er tilfældet, er det i tabellens overskrift angivet hvilken del af befolkningen, der indgår i tabellen, og hvor mange personer, det drejer sig om. De antal, der er angivet inde i tabellerne, er det effektive antal besvarelser i den pågældende befolkningsgruppe, og ekskluderer altså uoplyste.

Som statistisk test er primært anvendt χ^2 testet. Resultaterne af disse test er ikke anført i teksten, men der er som hovedregel kun beskrevet statistisk sikre forskelle, dvs. forskelle hvor p-værdien ved χ^2 testet er mindre end 0,05. Det vil således kunne forekomme, at mindre procentuelle forskelle beskrives som "ingen forskel". For mere komplekse problemstillinger er der gennemført logistisk regressionsanalyse med blandt andet alder og køn som forklarende variable ud over den undersøgte variabel. En række figurer er udarbejdet i SPSS med LOWESS metoden, der er en form for statistisk udglatning (locally weighted regression smoothing using an iterative weighted least squares method).

χ^2 (chi i anden) testet er et meget anvendt statistisk test, der kan bruges til at vurdere, om der er sammenhæng mellem to variable i en krydstabel.

Resultatet af et test beskrives ved *p-værdien*, som er et mål for den statistiske usikkerhed. P-værdien måler sandsynligheden for, at forskellen mellem to forskellige procenter kan forklares ved statistisk usikkerhed. P-værdien afhænger både af, hvor stor forskellen mellem de to procenter er, og af det absolutte antal observationer, der ligger til grund for procenterne. En p-værdi på 0,15 betyder, at der er 15% sandsynlighed for at få det observerede resultat, selvom procenterne i virkeligheden er ens. Hvis p er 0,05 eller mindre kan man som en grov tommelfingerregel regne med, at den observerede forskel er reel og ikke skyldes tilfældigheder.

Logistisk regressionsanalyse er en statistisk metode, der bruges ved mere komplicerede problemstillinger. Det vil ofte være tilfældet, at man sammenligner helbredsforhold i befolkningsgrupper, der adskiller sig med hensyn til både køn, alder og en variabel, som man ønsker at undersøge effekten af. Man kan så opbygge en logistisk regressionsmodel, der som resultat giver forskellen i helbred mellem befolkningsgrupper med hensyn til den interessante variabel kontrolleret for eventuelle forskelle mellem grupperne med hensyn til køn og alder. Resultatet af en logistisk regressionsanalyse vil f.eks. være en odds ratio og en p-værdi. Odds ratio er odds for f.eks. et godt helbred i én befolkningsgruppe divideret med odds for et godt helbred i en anden befolkningsgruppe. Det er et meget anvendt statistisk mål og skal opfattes som et relativt mål for forskellen mellem de to befolkningsgrupper.

Det har været ambitionen med denne og de følgende temarapporter så hurtigt som muligt efter indsamlingen af materialet at præsentere en beskrivende og hypotese genererende gennemgang af materialet. Vi har derfor valgt ikke at medtage en del diskussioner og forklaringer på sammenhænge, som materialet skaber mulighed for. Udvalgte problemstillinger vil senere blive analyseret mere dybtgående med henblik på offentliggørelse i videnskabelige artikler.

Gruppering af befolkningen

I mange af undersøgelsens analyser er befolkningen grupperet efter nogle basale karakteristika: køn, alder, erhvervsgruppe og bopæl samt i grønlændere og danskere. Disse inddelinger er valgt, fordi man fra andre undersøgelser både i Grønland og andre lande ved, at helbred, levevilkår og livsstil er skævt fordelt. At der er forskel på mænd og kvinder samt mellem unge og gamle behøver ikke nærmere forklaring. De fleste undersøgelser viser endvidere, at der er en stærk social gradient i helbred, levevilkår og livsstil, således at ufaglærte arbejdere gennemgående har dårligere helbred, lavere indkomst og flere helbredsskadelige vaner end højere placerede funktionærer. Fra undersøgelser af dødelighed i Grønland ved man, at der er udtalte geografiske forskelle og forskelle mellem by og bygd. Endelig er der for en umiddelbar betragtning så udtalte forskelle i levevilkår og livsstil mellem grønlændere og danskere i Grønland, at det er nærliggende også at forvente helbredsmæssige forskelle.

De benyttede aldersgrupper er 18-24 år (unge), 25-34 år (unge voksne), 35-59 år (voksne) og 60 år og derover (ældre). Erhvervsinddelingen består primært af personer i traditionelle erhverv (fangere, fiskere og fåreholdere), personer med lønarbejde (bortset fra fiskere) og personer uden for erhverv (studerende, arbejdsløse, husmødre, pensionister). Personer med lønarbejde er desuden inddelt efter arbejdsstilling i Funktionærer I-II (højere og middel placerede funktionærer), Funktionærer III (lavere placerede funktionærer), faglærte og ufaglærte arbejdere.

Befolkningen er inddelt i otte grupper efter bopæl (tabel 1.2). Denne regionale inddeling er i mange tilfælde at foretrække frem for en inddeling i kommuner og by eller bygd, fordi befolkningen i de fleste kommuner er så lille, at resultaterne ville blive meget usikre. De otte regioner adskiller sig på mange områder fra hinanden, blandt andet hvad angår sundhedsvæsen, befolkningens gennemsnitlige indtægt, erhvervsstruktur, transportforhold og kulturelle forhold.

Tabel 1.2 Regional inddeling af Grønland med korte regionsnavne i kursiv.

Geografisk område	Byer	Bygder
Nuuk	<i>Nuuk</i>	<i>SV bygder</i>
Syd- og Midtgrønland: Nanortalik, Qaqortoq, Narsaq, Paamiut, Maniitsoq, Sisimiut	<i>SV byer</i>	
Diskobugt og Nordvestgrønland: Kangaatsiaq, Aasiaat, Qeqertarsuaq, Qasigiannuguit, Ilulissat, Uummannaq, Upernavik	<i>NV byer</i>	<i>NV bygder</i>
Østgrønland	<i>Øst byer</i>	<i>Øst bygder</i>
Avanersuaq	<i>Avanersuaq</i>	

I rapporten er befolkningen i Grønland opdelt i grønlændere og danskere (alle andre). Ved inddelingen i grønlændere og danskere er benyttet interviewpersonens svar på spørgsmålet: "Vil du selv betegne dig som grønlænder eller dansker?" I denne forbindelse er personer, der betegner sig som både grønlandske og danske, rubriceret som grønlændere (4% af alle interviewpersoner). Baseret på oplysninger om bopælen er undersøgelsens befolkning yderligere inddelt i grønlændere fra byer, grønlændere fra bygder og danskere (tabel 1.3).

Tabel 1.3 De udspurgte personer fordelt på alder, køn og befolkningsgruppe. Hele Avanersuaq indgår i denne sammenhæng under bygder. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94.

Aldersgruppe:	18-24	25-34	35-59	60+	I alt
Alle befolkningsgrupper					
Mænd	100	244	379	110	833
Kvinder	127	316	347	105	895
I alt	227	560	726	215	1728
Grønlændere: Byer					
Mænd	70	174	238	73	555
Kvinder	96	235	249	83	663
Grønlændere: Bygder					
Mænd	28	49	77	31	185
Kvinder	30	61	66	20	177
Danskere					
Mænd	2	21	64	6	93
Kvinder	1	20	32	2	55

Endelig er befolkningen grupperet efter familieform. Oplysninger om familieformer stammer fra interviewpersonernes beskrivelse af hvilke personer, der bor i deres husstand. På baggrund af disse husstandsoplysninger om personernes køn, alder og relation til interviewpersonen, f.eks. far, barn, samlever, logerende osv. har det været muligt at konstruere et antal familietyper.

Familietyperne er defineret på en sådan måde, at de så vidt muligt omfatter eksisterende familietyper i Grønland. Familietypen "bor alene" er defineret som en husstand med én person. "Par uden børn" er defineret som en husstand med 2 personer, der enten er gift eller samlevende, og som ikke har børn i husstanden. "Enlig med barn" er defineret som en husstand, hvor der er mindst et barn og som oftest kun én voksen. Der er dog "enlig med barn"-familier, hvor der udover forælderen og dennes børn også bor eksempelvis en voksen niece eller en lejer. "Kernefamilien" eller "par med barn" er en familie, hvor der er et gift eller samlevende par med et eller flere børn boende i husstanden. Som i familietypen "enlig med barn" kan der i "kernefamilien" bo en ekstra voksen i familietypen.

Det overordnede kriterium for "den udvidede familie" er, at der er mindst ét barn i husstanden. Familietypen består primært af 3-generationsfamilier, f.eks. en enlig mor med barn, der bor sammen med sine forældre, et ungt par med barn der bor sammen med en af bedsteforældrene osv. Ud over 3-generationsfamilier udgøres ca. en fjerdedel af "de udvidede familier" af husstande, hvor to eller flere voksne søskende bor sammen med hver deres barn/børn og eventuelle ægtefæller/samlever; altså hvor 2 familieforbundne "enlig med barn" - eller "kernefamilier" bor sammen. Endelig er der familietypen "bedsteforældre med børn", samt familietypen "andre", der består af eksempelvis voksne søskende eller fætre/kusiner uden børn samt af - de ganske få - husstande, hvor voksne mennesker uden familietilknytning bor sammen.

Sammenfatning

Sundhedsprofilens dataindsamling er gennemført i 1993-94 ved interview og selvudfyldelse af spørgeskema. Resultaterne publiceres i en række temarapporter. Der er indsamlet oplysninger fra alle 17 byer og fra 21 udvalgte bygder. I alt er der gennemført interview med 1728 voksne personer og udfyldt 661 børneskemaer. Det lykkedes ikke for interviewerne at kontakte alle i stikprøven, og det er sandsynligt, at svarprocenten blandt dem, der er forsøgt kontaktet, er omkring 70%. Der er ikke noget, der taler imod, at sundhedsprofilens materiale er repræsentativt for den grønlandske befolkning. Befolkningens gruppering efter køn, alder, befolkningsgruppe

(grønlændere og danskere) og geografisk region præsenteres, og kriterierne for inddeling i familietyper beskrives.

2. Familie og sociale kontakter

Familien udgør en vigtig del af mange menneskers sociale relationer; det gælder både den nære familie, som man bor sammen med, familien, der bor umiddelbart omkring en eventuelt i samme by eller bygd og endelig også den familie, der bor langt væk, og som man kun ser sjældent. Samtidig har de fleste mennesker sociale kontakter udover familien, f.eks. venner og naboer, der har betydning for deres hverdagsliv. Forskellige undersøgelser har påvist betydningen af sociale relationer for sundheden, blandt andet gennem studier af dødelighed (Hirdes et al 1992, Olsen et al 1991). En amerikansk undersøgelse viser en øget dødelighed for både mænd og kvinder med manglende sociale relationer: ægteskab og kontakt med venner og familie (Berkman & Syme 1979). Familien har desuden relevans for sundhedsområdet, fordi madlavning, omsorg og pasning af børn samt pleje af syge og gamle er opgaver, der ofte løses i familien. Endelig er familien den primære kilde til indlæring af sundhedsvaner - vaner der, gode som dårlige, senere synes indgroede og svære at ændre.

Den nære familie

Interviewpersonernes angivelse af de familiemæssige relationer i husstanden viser, at husstande i Grønland består af mange forskellige former for familier. 12% af den voksne befolkning bor alene, mens den øvrige befolkning næsten udelukkende bor i husstande, der består af personer med en eller anden form for familiemæssig relation til hinanden (tabel 2.1). Der er flest mennesker, der bor i kernefamilier, hvor samboende eller ægtepar bor sammen med deres børn (42%). En del voksne bor sammen uden børn (17%), og en del voksne bor som enlige forældre med deres børn (7%). Udover disse familietyper med en eller to voksne og eventuelle børn er også den udvidede familie udbredt (12%).

En antalsmæssig lille, men dog blandt grønlændere definerbar familietype, er bedsteforældre, der bor sammen med deres børnebørn (2%). Endelig lever 7% af befolkningen i andre familietyper end de her nævnte, eksempelvis voksne søskende eller fætre/kusiner uden børn.

Tabel 2.1 Familietyper i tre befolkningsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen.

	Grønlandere (byer) n=1218 %	Grønlandere (bygder) n=362 %	Danskere i Grønland n=148 %	Alle inter- viewede n=1728 %
Enlig	12,6	8,8	18,2	12,3
Par uden børn	17,7	8,8	29,1	16,8
Enlig med børn	8,4	5,2	4,1	7,3
Par med børn	42,1	42,0	45,3	42,4
Udvidet familie	10,3	24,3	-	12,4
Bedsteforældre med børn	2,0	2,5	0,7	2,0
Øvrige familietyper	6,8	8,3	2,7	6,8
Gennemsnitlig husstands- størrelse	3,4	4,4	2,7	3,5

Til sammenligning bor der i Danmark færre personer i gennemsnit pr. husstand (2,2; Danmarks Statistik 1993), mens den gennemsnitlige husstandsstørrelse blandt inuit i Québec, Canada, er 5,0 (Jetté 1994). Som i Grønland er der i Québec mange forskellige former for familiedannelse og ligeledes kun meget få husstande, der ikke består af mennesker med familiemæssig relation til hinanden. Også i Québec bor en stor del af befolkningen i udvidede familier. Sammenligning mellem Grønland og Québec med hensyn til antallet af personer, der bor i udvidede familier, vanskeliggøres dog af forskellige definitioner heraf. Mens den udvidede familie i sundhedsprofilen er defineret ud fra både beboernes indbyrdes familiemæssige relationer og husstandens størrelse, samt hvorvidt der bor børn i husstanden, har man i Québec defineret alle husstande, der med blot en enkelt person adskiller sig fra en kernefamilie, som en udvidet familie. Når den canadiske undersøgelse således angiver, at cirka 1/3 af befolkningen lever i udvidede familier, kan dette tal altså ikke direkte sammenlignes med sundhedsprofilens resultater.

Antropologiske studier i forskellige samfund har vist, at der er sammenhæng mellem den måde, folk danner familie på, og den måde de i øvrigt lever på. Studier af inuitsamfund viser således, at fangertilværelsen afspejledes i familieformerne, dels ved at kvinden flyttede til mandens familie, fordi manden måtte blive der, hvor han kendte fangstmulighederne, og dels ved at parret ofte boede i samme hus som mandens far og brødre og deres familier med børn, fordi fælles hushold var prak-

tisk, når familiens mænd gik på fangst sammen og delte fangsten (Thomsen 1992, Graburn 1973).

I sundhedsprofilen oplyser fangere/fiskere og ufaglærte oftere end andre erhvervsgrupper, at de lever i udvidede familier, og der er derfor grund til at antage, at den udvidede familietype nu som tidligere knytter sig til fangerlivet, som det leves på de mindre bosteder. Antagelsen støttes af, at mange i Nuuk og i byerne på vestkysten lever i kernefamilier og næsten ingen i udvidede familier, mens cirka 28% af befolkningen på østkysten og 25% i de nordvestlige bygder lever i udvidede familier. Der er også flere, der bor alene i byer end i bygder. Familieformerne afspejler således forskelle mellem by- og bygdesamfund, men herudover afspejles også befolkningens etniske sammensætning. Danskere i Grønland bor gennemsnitlig færre personer pr. husstand, og ingen bor i udvidede familier (tabel 2.1).

Familierelationer

Interviewpersonerne blev spurgt om hvilke tre af en række forhold, der betyder mest for dem i deres liv. 74% angiver gode familieforhold som et af disse tre forhold. Interviewpersonerne i alderen 25-45 år udgør den aldersgruppe, der oftest angiver familie som vigtig for deres liv, mens de ældste interviewpersoner sjældnere end de øvrige angiver familie som særlig vigtig. De ældste angiver udover familie også boligforhold, økonomiske forhold og fysisk sundhed som vigtige for deres liv. Undersøgelsen viser, at egen opvækstfamilie har stor betydning for, hvorledes man senere vurderer betydningen af gode familieforhold. Relativt flere opvokset i udvidede familier end i øvrige familietyper angiver familie som vigtig. Ligeledes angiver personer opvokset med begge forældre familie som vigtigere end personer opvokset hos en enlig, og personer opvokset på institution synes langt sjældnere end de øvrige, at familie er vigtig for deres liv. Ovennævnte alders- og vækstvariationer må dog siges at være underordnet set i lyset af den generelt meget hyppige angivelse af familie som vigtig.

Interviewpersonerne blev også spurgt, hvor ofte de under normale omstændigheder er sammen med familie, som de ikke deler husstand med. Tabel 2.2 viser, at over halvdelen af befolkningen har daglig kontakt med anden familie end dem, de bor sammen med, men at der er stor forskel mellem befolkningsgrupperne. Grønlændere i bygder har oftere end grønlændere i byer daglig kontakt med deres familie, mens danskere i Grønland langt sjældnere end den øvrige befolkning ser deres familie uden for husstanden. Forskellene skyldes sandsynligvis, at mens dele af bygdebefolkningens familie ofte bor dør-om-dør, bor familien til danskere i Grønland ofte i Danmark. Tabel 2.2 viser endvidere, at såfremt man overhovedet har kontakt med

familie uden for husstanden ser næsten ingen familien sjældnere end ugentligt. I alt ser 76% af befolkningen i Grønland familie mindst 1-2 gange om ugen. Til sammenligning er dette tilfældet for 61% af den voksne befolkning i Danmark (Kjøller et al 1995).

I relation til forskellene mellem by- og bygdebefolkningen er det interessant at se, at mens bygdebefolkningen (ofte end befolkningen i byen) lever flere familiemedlemmer sammen og oftere ser familie uden for husstanden, angiver relativt flere fra byerne end fra bygderne familie som betydende forhold i deres liv. Det er ikke muligt på baggrund af sundhedsprofilen at forklare dette forhold. Det kan være, at mennesker er tilbøjelige til at savne det, der ikke umiddelbart er tilgængeligt, men det kan også tænkes, at ens personlige vurdering af familiens betydning måske ikke spiller så stor rolle for, om man vælger at bo tæt på eller langt fra sin familie. Således vil den aktuelle situation med boligmangel og en erhvervsstruktur, hvor lønarbejde hovedsageligt er at finde i byerne, uden tvivl påvirke mange menneskers valg af bopæl.

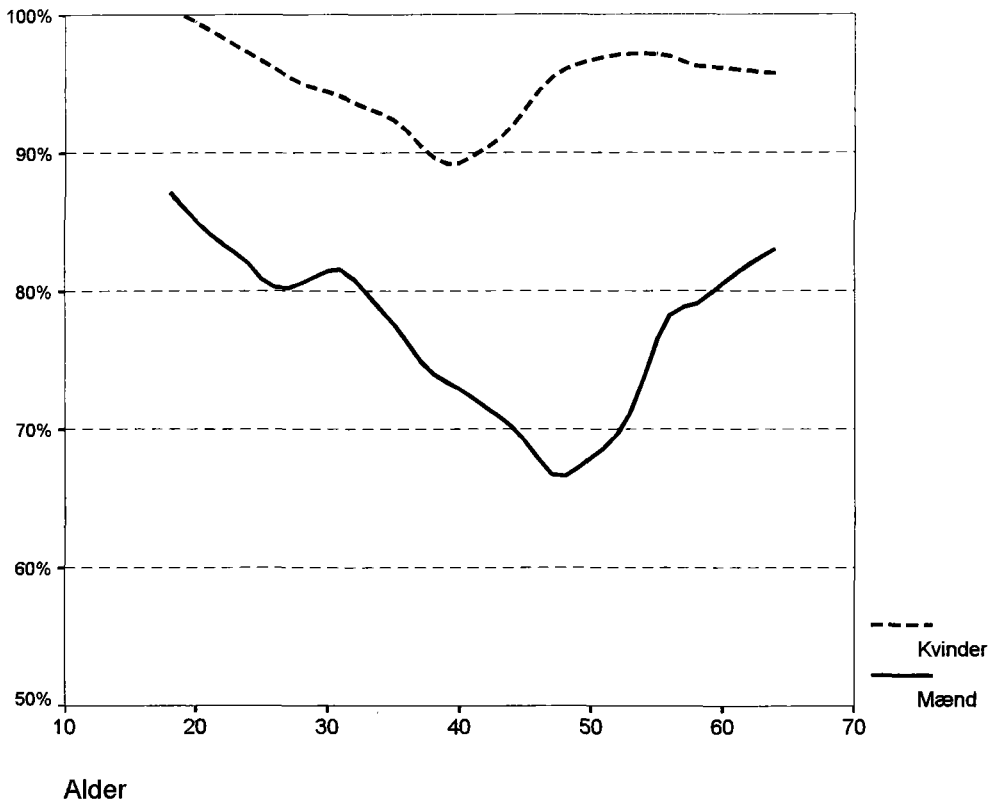
Tabel 2.2 Hyppighed af samvær med familie, som interviewpersonen ikke bor sammen med i tre befolkningsgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. N=1688, uoplyst= 40.

	Grønlændere (byer) n=1193 %	Grønlændere (bygder) n=353 %	Danskere i Grønland n=142 %	Alle inter- viewede n=1688 %
Dagligt	51,4	75,9	9,2	53,0
1-2 gange om ugen	26,8	11,9	14,8	22,7
1-2 gange om måneden	6,6	2,0	6,3	5,6
Sjældnere eller aldrig	15,2	10,2	69,7	18,7

Lige så ofte som familien prises som samfundets bærende enhed, udråbes den i den offentlige debat som et levn fra fortiden, der ikke har nogen funktion i et moderne samfund. Indholdet af familierelationerne og deres betydning for mennesker i et moderne samfund er derfor et særdeles relevant emne. En engelsk forsker beskriver familien som en enhed, hvor man søger og forventer at få dels følelsesmæssig støtte og dels konkret hjælp i hverdagen; hjælp der ofte vil være centreret omkring familiens børn - pasning, madlavning, tøjvask mv. (Finch 1992).

Sundhedsprofilen viser, at familier med børn hyppigere end familier uden børn har kontakt med familien udenfor husstanden. Især blandt enlige med børn og personer, der bor i udvidede familier, er der mange (58% og 71%), der ser familie dagligt. Samtidig angiver medlemmer af børnefamilier oftere end andre "gode familieforhold" som vigtige for deres liv.

Figur 2.1 Andel af befolkningen, der mindst 1 gang ugentligt er sammen med familie uden for husstanden. Aldersmæssig fordeling efter køn. LOWESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Hele befolkningen i alderen 18-64 år.



Figur 2.1 viser, at kvinder i alle aldersgrupper oftere end mænd har kontakt med familien udenfor hjemmet. Figuren viser desuden, at der er en aldersmæssig forskydning mellem kvinder og mænds hyppighed af samvær med familien. Begge køn ser familie meget indtil de er ca. 35 år, og der er herefter nogle år, hvor familien uden for husstanden ses mindre regelmæssigt. For kvinderne varer denne periode indtil de er ca. 45 år, og for mændene indtil de er ca. 55 år. Denne aldersmæssige

forskydning kan i forlængelse af ovenstående diskussion tænkes at afspejle det forhold, at en væsentlig del af indholdet af familierelationerne også i det grønlandske samfund udgøres af praktisk hjælp i hverdagen - en udveksling af hjælp der går fra kvinderne i den midaldrende generation til den unge familie med mindre børn. Samtidig peger diskussionen i retning af, at det i mange familier er kvinderne, der har ansvaret for mange gøremål med direkte relation til familien, ikke mindst det daglige omsorgsarbejde i tilknytning til børnene.

Øvrige sociale kontakter

Sundhedsprofilen indeholder flere spørgsmål til belysning af befolkningens sociale kontakter ud over familien. Det drejer sig om, hvor ofte de interviewede har kontakt med venner, om denne kontakt er vigtig for dem i deres liv, om de har et tilfredsstillende forhold til andre mennesker i lokalområdet, om de nogensinde er alene, selv om de hellere ville være sammen med andre eller sommetider savner at kunne være mere alene, og endelig om de, der bor alene, i tilfælde af pludselig sygdom, kan regne med at få hjælp fra andre til praktiske problemer som børnepasning, indkøb og lignende.

Den største variation i hyppighed af kontakt med venner ses ikke overraskende i relation til alder. Således har 88% af de 18-24 årige kontakt med venner mindst 1-2 gange om ugen, mens dette gælder for henholdsvis 79% og 72% af de 25-34 årige og de 35-59 årige. Blandt de ældre (60 år og derover) har 65% kontakt med venner mindst 1-2 gange om ugen, mens ca. 1/4 aldrig ser venner. Mænd har lidt oftere end kvinder daglig kontakt med venner og bekendte. Som nævnt tidligere har kvinder til gengæld oftere end mænd kontakt med familie uden for husstanden. Det er interessant, at mens hyppighed af kontakt med venner varierer med køn, gælder dette ikke for vurderingen af venners betydning; de interviewede kvinder angiver oftere end mænd god kontakt med venner og bekendte som et af tre forhold, der betyder mest for dem i deres liv (33% og 28%).

Bygdebefolkningen har oftere end bybefolkningen daglig kontakt med venner, og en større del af bygdebefolkningen end af bybefolkningen ser venner mindst 1-2 gange om ugen (86% i bygd og 72% i by). I alt angiver 75% af alle interviewpersoner, at de ser venner og bekendte mindst 1-2 gange om ugen. DIKEs danske sundheds- og sygelighedsundersøgelse viser, at dette er tilfældet for 68% af den danske befolkning (Kjøller et al 1995).

9 ud af 10 af de interviewede synes, at de har et tilfredsstillende forhold til andre mennesker der, hvor de bor. Kvinder synes ikke så ofte som mænd, at forholdet til

naboerne er tilfredsstillende. Der er ingen forskel på svarene fra befolkningen i by og bygd, og der er heller ikke forskel på forskellige aldersgruppers forhold til deres naboer.

Endelig blev interviewpersonerne spurgt, om de nogensinde er alene, selvom de egentlig havde mere lyst til at være sammen med andre, og om de sommetider savner at kunne være mere alene. Over halvdelen (58%) svarer, at de aldrig føler sig uønsket alene, og kun få svarer, at de ofte føler sig alene (6%). De ældre interviewede føler sig oftere alene end de yngre. Dette forhold skal naturligvis ses i relation til, at de ældre oftere end den øvrige befolkning bor alene (26% og 10%). Enlige er således oftere uønsket alene end dem, der bor sammen med en eller flere andre voksne i parforhold eller i udvidede familier. Også DIKEs danske undersøgelse viser en større andel af enlige end af gifte, der ofte er uønsket alene.

Kvinder savner oftere end mænd at være mere alene (39% af kvinder og 27% af mænd savner ind imellem at kunne være mere alene), og kvinder angiver oftere end mænd, at de ind imellem er uønsket alene (31% og 23%). Ligeledes angiver grønlandere oftere end danskere i Grønland, at de føler sig alene (27% og 15%). Det er dog i denne forbindelse nødvendigt at være opmærksom på muligheden af, at forskellige befolkningsgrupper har forskellige ønsker til sociale kontakter og forskellig reaktion på spørgsmålets lidt følsomme karakter.

Interviewpersoner, der bor alene, er blevet spurgt, om de i tilfælde af sygdom har mulighed for at få hjælp til f.eks. indkøb. 4 ud af 5 svarer, at de har mulighed for at få hjælp, de ældre endog lidt oftere (89%). En interessant forskel på de ældste og de øvrige interviewede er, at de ældste oftere angiver familie end venner som hjælpere, mens de yngre, dvs. 18-59 årige, der bor alene, ligeså ofte får hjælp af venner som af familie.

Sociale relationer og sundhed

Fordelingen af svar på sundhedsprofilens spørgsmål viser sammenhæng mellem på den ene side familierelationer og øvrige sociale relationer og på den anden side køn, alder, bopæl, erhverv, etnicitet og opvækst. Især er der med hensyn til tilknytning til familien forskelle mellem by- og bygdebefolkningen, forskelle mellem mænd og kvinder samt forskelle mellem grønlandere og danskere i Grønland. Forskellene tyder på, at forskellige befolkningsgrupper bruger sociale relationer på forskellig vis, og det er nærliggende at antage, at en given relation ikke har samme betydning for sundheden for alle grupper.

I en dansk undersøgelse blev 1752 ældre mennesker fra Odense interviewet om deres sociale relationer, herunder kontakt med familie og venner. Ved brug af dødsårsagsregisteret blev de ældres levetid fulgt i 14 år efter interviewet. Ved analyse kontrolleret for de ældres helbredstilstand på interviewtidspunktet kunne der kun påvises svage sammenhænge mellem dødelighed og forskellige kvantitative mål for socialt netværk. Derimod påvist en sammenhæng mellem dødelighed og interviewerens vurdering af kvaliteten af den ældres sociale netværk, ligesom der særlig for mænd kunne påvises sammenhæng mellem dødelighed af hjerte-karsygdomme og interviewpersonens følelse af ensomhed (Olsen et al 1991). En engelsk undersøgelse af sociale relationers betydning for kvinders og børns sundhed pointerer ligeledes det forhold, at nogle relationer opleves som rent praktiske, mens andre opleves som følelsesmæssigt vigtige, og at denne kvalitative forskel på forskellige sociale relationer er afgørende for deres betydning for sundhed (Oakley et al 1994). Ligesom den danske undersøgelse konkluderer den engelske, at især de relationer, der opleves som positive, som en støtte for det enkelte menneske, har en gavnlig effekt på sundheden.

Sundhedsprofilen indeholder ikke spørgsmål om de interviewedes vurdering af kvaliteten af deres sociale relationer. En analyse af sundhedsprofilens materiale med kontrol for køns- og aldersforskelle viser dog, at der er tydelig sammenhæng mellem at føle sig uønsket alene og helbred. Jo oftere man er uønsket alene, jo dårligere er ens selvvaluerede helbred, og jo oftere lider man af en kronisk sygdom eller måske snarere; har man en kronisk sygdom eller føler man sig ikke veltilpas, er det muligvis sværere at komme ud og møde andre, selvom man har lyst til det. Som beskrevet er der sammenhæng mellem, hvorvidt de interviewede deler husstand med andre voksne, og hvor ofte de føler sig alene. Det er dog ikke på baggrund heraf muligt at antage, at bofællesskab med en anden voksen fører til bedre selvvalueret helbred. Analyser kontrolleret for køn og alder samt bopæl i by eller bygd viser således ikke sammenhænge mellem helbred og sociale relationer (samlivs- og familietype og kontakt med familie og venner). Kontakt med venner og familie er ingen garanti for, at man føler, at man har det godt. Der er sammenhæng mellem at føle sig uønsket alene og dårligt selvvalueret helbred, men sammenhængen er ikke entydig, og der kan tænkes mange forklaringer på sammenhængen. Sociale relationer og deres betydning for sundheden må under alle omstændigheder ses i sammenhæng med det øvrige hverdagsliv.

Sammenfatning

Både i by og bygd bor mange mennesker i kernefamilier (42%). I bygderne bor flere end i byerne i udvidede familier, mens der i byerne er flere enlige og par uden børn.

De fleste (74%) angiver, at gode familieforhold betyder meget for dem i deres liv, og over halvdelen har daglig kontakt med familien uden for husstanden. Kvinder har oftere end mænd kontakt med familie, mens mænd oftere end kvinder har kontakt med venner. Der kan påvises sammenhænge mellem at føle sig uønsket alene og dårligt helbred.

3. Fødsler og amning

Hvilke faktorer er med til at bestemme, hvor mange børn en kvinde får? Er fertiliteten knyttet til uddannelse og erhverv eller har andre forhold f.eks. amningsadfærd, bopæl eller samlivsforhold betydning for den enkelte kvindes fertilitet? Disse forhold vil i det følgende kapitel blive beskrevet på baggrund sundhedsprofilens materiale. Der vil i kapitlet kun blive set på grønlandske kvinders fertilitet. Ligeledes må det bemærkes, at det her anvendte fertilitetsbegreb alene omfatter antallet af levendefødte børn. Sundhedsprofilen kan kun delvist belyse fertilitetsniveauet i Grønland, idet en fuldstændig gennemgang af mulige årsagsforklarende faktorer går ud over interviewundersøgelsens omfang og formål.

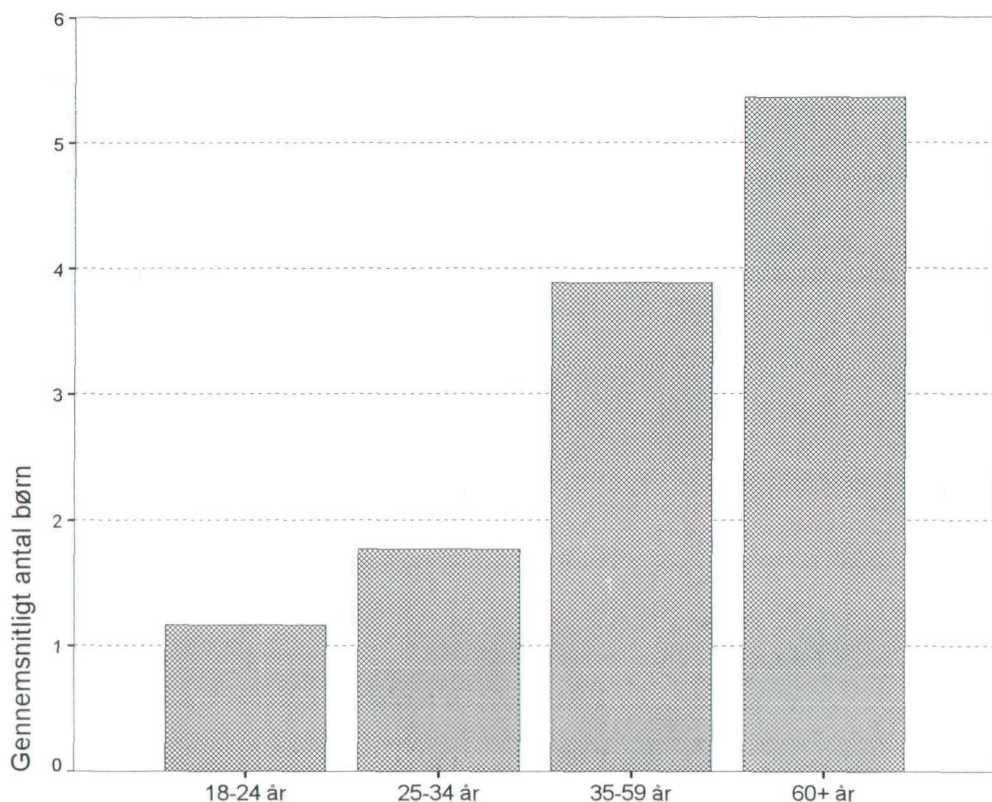
Desuden vil udviklingen i mødrenes amningstider blive beskrevet i forhold til barnets og moderens alder, og endelig vil der blive set på sammenhængen mellem amning og moderens uddannelse og geografiske bopæl i Grønland.

Fertilitet

Kvinderne er blevet spurgt om, hvor mange børn de har født. På spørgsmålet er der opnået svar fra 760 grønlandske kvinder fra 18 år og opefter, hvoraf de 680 kvinder har fået mellem 1 og 15 børn. Tilsammen har kvinderne fået 2272 børn, eller i gennemsnit 3,0 børn per interviewet kvinde. 11% af kvinderne har ingen børn. Kun meget få kvinder over 60 år har ingen børn (3%), mens der i den yngste aldersgruppe (18-24 år) er 25% af kvinderne, som er barnløse. 45% af de yngste kvinder har fået 1 barn, og det gennemsnitlige antal fødte børn for aldersgruppen er 1,2 børn pr. kvinde (figur 3.1). Da der er tale om en tværsnitsundersøgelse, vil der for nogle af kvinderne, særligt de ældste, være tale om en livstidsbetragtning over antal fødte børn, mens en del af de yngste endnu ikke er begyndt at få børn.

Grønlands Statistiks opgørelser for 1993 viser en gennemsnitsalder for førstegangs-fødende grønlandske kvinder på 23,1 år og en samlet fertilitet på 2,6 børn i gennemsnit pr. kvinde i den fertile alder 15-49 år (Grønlands Statistik 1995).

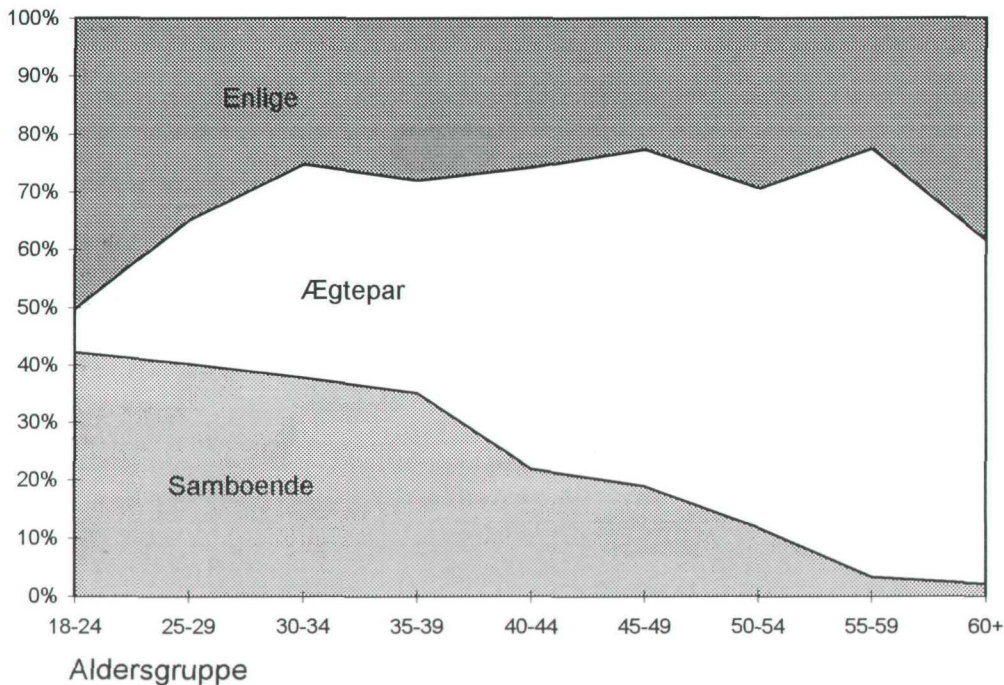
Figur 3.1 Gennemsnitligt antal børn pr. kvinde. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder.



Ægteskab er stadig den dominerende samlivsform i Grønland. 41% af de interviewede personer i sundhedsprofilen lever således i ægteskab, mens 27% er samboende. Det vil sige, at 67% af personer over 18 år lever i parforhold, mens de resterende 32% er enlige. I Danmark er de tilsvarende tal 49% gifte, 13% samboende og 38% enlige (Danmarks Statistik 1997).

Der er stor aldersvariation i samlivsformerne (figur 3.2). Blandt de 18-24 årige er kun 8% gift, mens 42% lever sammen med en partner. Fra omkring 30 års alderen er der flere personer i ægteskab end i de øvrige samlivsformer. Blandt interviewpersoner over 55 år lever 64% i ægteskab.

Figur 3.2 Andel af personer over 18 år fordelt efter samlivsform. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



Der er siden 1950-60'erne sket store fald i indgåelse af formelle ægteskaber, særlig blandt yngre generationer. De ægteskabelige og uægteskabelige fertilitetsrater har hidtil været anvendt til at forklare dele af fertilitetsfaldet i Grønland. De ægteskabelige fertilitetsrater har traditionelt været højest, og indgåelse af stadig færre ægteskaber samt høje skilsmisserater blev betragtet som en plausibel forklaring på faldet i antal fødsler. I dag, i det moderne grønlandske samfund, må man forvente, at det spiller en mindre rolle for antallet af børn, om et samlivsforhold er indgået formelt eller uformelt. Opgørelse af den ægteskabelige og uægteskabelige fertilitet med henblik på at analysere ægteskabet som determinant for fertiliteten giver derfor ikke længere så stor mening. Andelen af børn født uden for ægteskab var i 1992 67% i Grønland og 46% i Danmark (Yearbook of Nordic Statistics 1994).

På grundlag af udtræk fra sundhedsprofilen vises i tabel 3.1 de grønlandske kvinders fordeling med hensyn til samlivsforhold specificeret efter antal fødte børn. Blandt enlige har 79% børn og blandt samboende 84%, mens der er 95% af gifte kvinder, der har børn. Dette skyldes til dels de gifte kvinders højere gennemsnitsalder, men mønstret ses i alle aldersgrupper.

Tabel 3.1 Fordeling af kvinder efter antal fødte børn og samlivsforhold. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder. N=745, uoplyst =95.

	Antal	Enlig %	Samboende %	Gift %	Fraskilt, separeret, enke %
0 børn	79	21,1	16,1	4,8	2,7
1-3 børn	437	73,2	71,4	49,4	38,4
4-7 børn	176	4,1	12,0	34,6	41,1
8-15 børn	53	1,6	0,5	11,1	17,8
I alt	745	100,0	100,0	100,0	100,0

Moderens uddannelse og erhverv

I sundhedsprofilen er der spurgt om, hvilken skoleuddannelse interviewpersonen har. Af alle kvinder har 46% 8 års skolegang eller mindre, 50% har 9-12 års skolegang og 4% studentereksamen eller tilsvarende. Der er tydelig forskel i uddannelsesniveaet mellem kvinder med og uden børn. Blandt kvinder uden børn har hele 70% 9-12 års skolegang. Kvinder med 8. klasse eller mindre har i gennemsnit 4,3 børn, mens kvinder med 9-12 års skolegang i gennemsnit har 1,9 børn. Blandt 27 kvinder med studentereksamen eller tilsvarende er der ingen, der har mere end 3 børn, og gennemsnittet er 1,0 barn.

Sammenhængen mellem uddannelse og antal fødte børn kan ikke vurderes i gruppen af kvinder over 60 år, fordi disse alle har en kortere skolegang, og heller ikke hos gruppen af de helt unge kvinder mellem 18 og 24 år, fordi disse dels endnu ikke har afsluttet deres uddannelsesforløb, og dels endnu ikke har fået det antal børn, de måtte have tænkt sig. De yngre kvinder mellem 25 og 34 år med 8 års skolegang eller mindre har i gennemsnit fået 2,3 børn, mens kvinderne i samme aldersgruppe med 9-12 års skolegang i gennemsnit har fået 1,7 børn hver. Blandt den store gruppe kvinder mellem 35 og 59 år har 80% 8 års skolegang eller mindre, og i gennemsnit har de hver født 4,4 børn. De resterende knap 20% har 9-12 års skolegang og har hver født 2,8 børn i gennemsnit.

En statistisk analyse, der inddrager flere forklarende variable på samme tid (multivariat lineær regressionanalyse) viser, at antallet af fødte børn afhænger både af kvindens alder og af hendes uddannelse. Det er altså sandsynligt, at jo kortere uddannelse den enkelte kvinde har, desto flere børn vil hun i gennemsnit føde.

Der kan endvidere i sundhedsprofilens materiale ses en sammenhæng mellem antal fødte børn og erhvervstilknytning. Af alle interviewede grønlandske kvinder er 62% i erhverv, 9% er husmødre, 5% studerende, 13% pensionister og 11% arbejdsløse. Af kvinder uden børn har 69% arbejde. De resterende 31% uden børn er for de flestes vedkommende arbejdsløse. Kvinder med 2 eller 3 børn er oftere i arbejde end kvinder med færre eller flere børn.

Billedet for fødsler i forhold til erhvervstilknytning er, ligesom for skolegangens vedkommende, naturligt afhængig af kvindens alder på interviewtidspunktet. I de yngste aldersklasser med få børn, er der flere studerende og unge, som endnu ikke er kommet ind på arbejdsmarkedet, mens der i de ældste aldersklasser med mange børn, er flere husmødre og pensionister.

71% af kvinderne i undersøgelsen er gift eller har en samlever. Omkring 80% af kvindernes samleverer var i arbejde på interviewtidspunktet, uafhængigt af antal fødte børn. Der kan derfor ikke påvises nogen sammenhæng mellem samleverens erhvervstilknytning og antal børn, kvinden har fået.

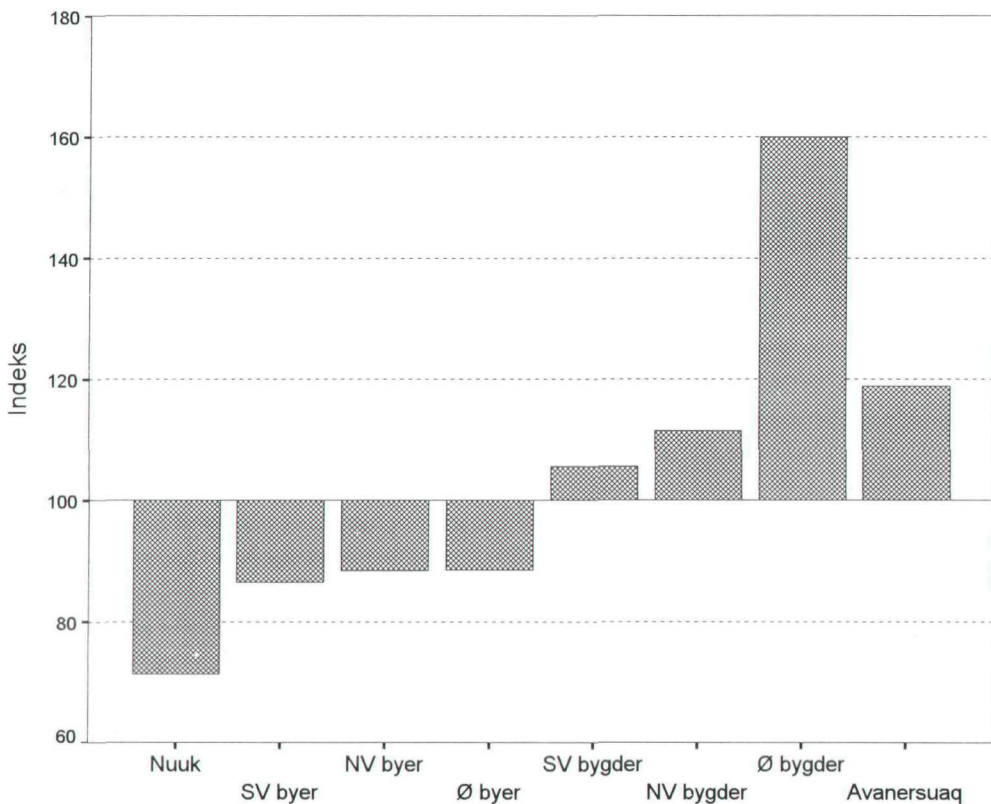
Regionale forskelle

Siden 1950'erne er der sket store ændringer i fertiliteten. Fertiliteten har i høj grad varieret med bopæl, idet der har været en højere fertilitet i byderne end i byerne (Hansen 1985). Forskellig livsstil i by og bygd er en sandsynlig medvirkende årsag til forskelle i fertilitetsmønstrene, ligesom urbaniseringen og den generelle samfundsudvikling i Grønland utvivlsomt har været det, eksempelvis gennem ændringer i enkeltpersoners og familiers socioøkonomiske situation. Der er dog ikke i Grønland gennemført en egentlig fertilitetsundersøgelse, som kunne belyse disse forhold.

Kvinder i bygder får i gennemsnit flere børn end kvinder i byer. I Nuuk finder vi det laveste gennemsnit på 2,4 børn pr. kvinde. Standardiseret for alder er dette 30% lavere end for landet som helhed (figur 3.3). Det højeste gennemsnit ses i byderne på østkysten med 4,9 børn pr. kvinde, hvilket er 40% højere end for hele Grønland.

I alt for hele Grønland er 11% af kvinderne i undersøgelsen uden børn. Der hvor der er størst andel kvinder uden børn i forhold til antal kvinder det pågældende sted, er i Nuuk (18%) og på østkysten (36% i by og 13% i bygd), hvorimod der er færrest kvinder uden børn på vestkysten udenfor Nuuk (8% i byer og 4% i bygder). Andelen for østkysten må dog tages med et vist forbehold, idet der er tale om få observationer.

Figur 3.3 Den regionale fordeling af antal fødte børn standardiseret for kvindens alder. (Indeks for hele interviewpopulationen=100). Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder.



Amning

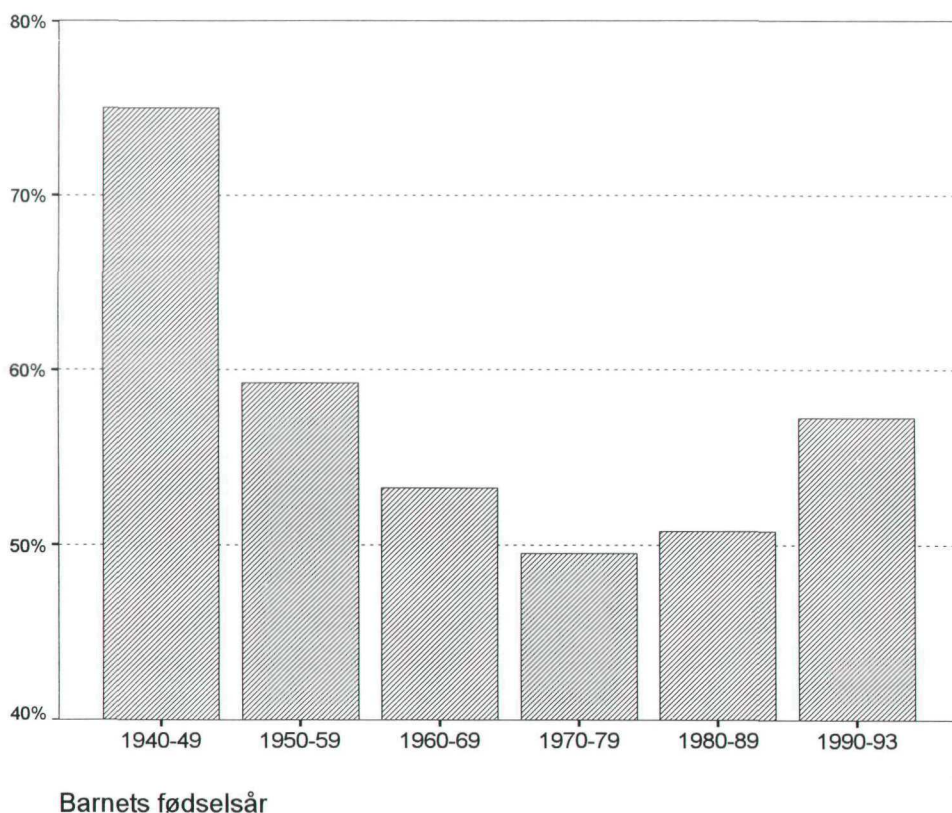
Der er forskellige anbefalinger af, hvor lang tid børn bør ammes. Mødre i Grønland anbefales af sundhedsplejerskerne at amme deres barn i minimum 4 måneder. Den danske Sundhedsstyrelse anbefaler amning i barnets første 4-6 levemåneder (Sundhedsstyrelsen 1988, 1991), mens The Canadian Pediatric Society anbefaler amning af spædbørn i barnets første 6 levemåneder (Macaulay et al 1990). WHO anbefaler amning af børn, indtil de er godt 2 år med gradvis overgang til fast føde (Jacobsen et al 1996).

Flere ting må op gennem historien forventes at have spillet ind og ændret mødrenes amningsadfærd i Grønland, herunder ændringer i uddannelse, erhverv, bopæl og sociale vilkår samt for eksempel udlevering af gratis tørmælk til gravide og kvinder

med småbørn. En stigende hospitalisering af fødende kvinder (97% af alle fødsler i Grønland finder i dag sted på hospital, mod 63% i 1963) kan desuden have betydet ændrede ammemønstre.

I sundhedsprofilen er kvinder med børn blevet spurgt, hvor længe deres sidstfødte barn blev ammet. Der er store udsving i amningstiden, fra 0 til 90 måneder for børn født i perioden 1938-1993 med et gennemsnit på 12 måneder og en median amningstid på 4 måneder. Til sammenligning kan nævnes en undersøgelse fra Uummannaq for perioden 1954-65, som viste en gennemsnitlig amningstid på 4,5 måneder (Balslev et al 1985).

Figur 3.4 Andel der har ammet deres sidstfødte barn i 4 måneder eller mere. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder.



Andelen af kvinder, der har ammet deres sidstfødte barn i de anbefalede 4 måneder eller mere, har været jævnt aftagende fra omkring 75% i 1940'erne til under 50% i 1970'erne. I 1990'erne er andelen dog atter steget til 57% (figur 3.4).

Tabel 3.2 viser mere detaljeret fordelingen af amningstiderne blandt mødrenes sidstfødte barn opgjort på fødselsårgange siden 1940. Blandt de få optalte børn fra 1940'erne er der ingen, der ikke blev ammet, og de fleste blev ammet i 6 måneder eller længere. Indtil 1980 har andelen af mødre, der ammede deres børn i 6 måneder eller længere, været drastisk faldende. Fra begyndelsen af 1980'erne og op til de seneste fødselsårgange i 1990'erne er der sket en stigning i andelen af børn, der er blevet ammet i 6 måneder eller længere. Andelen af børn, der er ammet i mindre end 3 måneder eller slet ikke er ammet, har udviklet sig fra at udgøre 38% i 1960'erne til i de seneste årgange i 1990'erne at udgøre 25%. På trods af dette fald er der dog stadig mange børn, der bliver ammet i kortere tid, end det anbefales.

Tabel 3.2 Mødres fordeling på amningstider efter sidstfødte barns fødselsår, 1940-93. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder. N=589, uoplyst=91.

	Antal	Ikke ammet %	0-2 mdr. %	3-5 mdr. %	6+ mdr. %
1940-49	4	-	-	25,0	75,0
1950-59	27	22,2	7,4	14,8	55,6
1960-69	92	14,1	23,9	12,0	50,0
1970-79	101	9,9	23,8	30,7	35,6
1980-84	68	4,4	27,9	25,0	42,6
1985-89	117	8,5	18,8	29,9	42,7
1990-93	180	5,0	20,0	30,0	45,0
I alt	589	8,7	21,2	26,0	44,1

I tabel 3.3 er amningstiderne fordelt efter moderens alder ved fødselstidspunktet for sidstfødte barn. Der må naturligt forventes en større usikkerhed i den ældste aldersklasse i angivelsen af antal amningsmåneder, idet sidstfødte barn vil være født adskillige år før interviewtidspunktet. I alt for alle aldersklasser har 44% af mødrene ammet deres sidste barn i 6 måneder eller mere. Dvs. at 56% har ammet i mindre end 6 måneder eller slet ikke har ammet. Blandt de yngste kvinder, under 25 år, har ca. en fjerdedel kun ammet i 0-2 måneder.

For så vidt angår uddannelse, viser sundhedsprofilen, at jo kortere uddannelse moderen har, desto længere ammer hun. Heraf kan det dog ikke entydigt udledes, at lav uddannelse er lig med lang amningstid. Dette skyldes, at det især er de ældre kvinder, der har ammet længst, og at disse kvinder samtidigt har kort skolegang.

Til sammenligning viser en undersøgelse blandt inuitbefolkningen i Nunavik i Québec, at 54% af mødrene har ammet deres sidste barn i mere end 6 måneder (Jetté 1994). Såvel amningstider som mødrenes aldersfordeling med hensyn til amningstid er stort set ens i Grønland og i Nunaviks inuitbefolkning. I undersøgelsen fra Nunavik udspurgtes mødre, der ikke havde ammet deres sidste barn, om hvad hovedårsagen til dette var. Her var den væsentligste begrundelse i 47% af tilfældene bortadoption (i enkelte samfund i den nordlige del af Nunavik blev 1/4 af alle børn bortadoperet i 1988), og dernæst var tilbagevenden til skole eller arbejde begrundelsen i 20% af tilfældene.

Også i Grønland er det sandsynligt, at mange mødre vil stoppe amning ved tilbagevenden til skole eller arbejde efter endt barselsorlov (p.t. 4 mdr.), og således kan den stigende andel af kvinder med lønarbejde være en mulig forklaring på faldet i amningstiderne.

Tabel 3.3 Procentvis fordeling af amningstider efter moderens alder ved sidstfødte barns fødsel. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandske kvinder. N=587, uoplyst=93.

	Antal	Ikke ammet %	0-2 mdr. %	3-5 mdr. %	6+ mdr. %
15-19 år	57	8,8	26,3	22,8	42,1
20-24 år	130	6,2	26,9	24,6	42,3
25-29 år	180	7,8	16,7	29,4	46,1
30-34 år	113	6,2	24,8	24,8	44,2
35-39 år	79	10,1	19,0	22,8	48,1
40-49 år	28	32,1	7,1	25,0	35,7
I alt	587	8,7	21,3	25,7	44,3

Sundhedsprofilen kan som en tværsnitsundersøgelse ikke bestemme årsagsrækkefølgen til amningsmønstrene i Grønland, men forskellige undersøgelser fra andre samfund viser, at amningstiderne er stærkt afhængige af sociale og kulturelle faktorer. En undersøgelse fra 15 udviklingslande har påvist, at blandt udvalgte so-

ocioøkonomiske variable var moderens uddannelsesnivea den vigtigste determinant for amning. Jo kortere uddannelse desto større tilbøjelighed til at amme sit barn. Både moderens uddannelse og erhverv, som også afspejler hele eller dele af husholdningens indkomst, fandtes at være vigtige determinanter for amning. I hjem med højere socio-økonomisk status var mødrene mærkbart mindre tilbøjelige til at amme deres børn (Grummer-Strawn 1996). En dansk undersøgelse viste også en sammenhæng mellem mødrenes alder, uddannelse og socialgruppe, men her var resultatet, at ældre mødre og mødre med længere uddannelse og fra højere sociale lag var dem, der ammede i længst tid. Dog ammede mødre med universitetsuddannelse i kortere tid end mødre med en middellang uddannelse. I alt ammede 52% af mødrene i Danmark i 6 måneder efter fødslen og den mediane amningstid var 6 måneder (Vestermærk et al 1991).

Amningstiderne udviser endvidere regionale forskelle, idet der generelt ammes i længere tid i bygderne end i byerne. Der er flest kvinder i bygderne på østkysten, som ammer i lang tid. Det sted, hvor den største andel kvinder ammer i kortest tid, er interessant nok også på østkysten, men i byerne. Også i bygderne i Nordvestgrønland er der mange kvinder, der ammer i lang tid. Til sammenligning kan nævnes, at Grummer-Strawn (1996) i sin undersøgelse også fandt, at børn fra byerne blev ammet i kortere tid end børn fra landområder.

Sammenfatning

Sundhedsprofilens resultater viser, at fertiliteten varierer regionalt og med kvindens alder, skolegang og erhverv. Ældre kvinder bosat i bygder, med en kort skoleuddannelse og uden erhverv, har i gennemsnit født flest børn. Sundhedsprofilens materiale kan dog ikke belyse årsagsrækkefølgen bag fordelingen af antallet af fødte børn. Der kan konstateres et fald i grønlandske kvinders gennemsnitlige amningstider fra 1940'erne til i dag. I de seneste år er der dog færre og færre mødre, som ammer i under 3 måneder, men 1/4 af alle spædbørn bliver stadig ammet i meget kortere tid end det anbefales.

4. Børns hverdag og helbred

Børns sundhed er som voksnes påvirket af mange forskellige faktorer. I det følgende beskrives analyser af sundhedsprofilens børneskema, der indeholder spørgsmål om børnenes hverdag i familien, i skolen og i fritiden samt spørgsmål om børnenes helbred. Der er i alt udfyldt spørgeskemaer for 321 drenge og 332 piger, mens der på 8 skemaer mangler oplysninger om barnets køn.

Til brug for analyserne er børnene inddelt i aldersgrupperne: 0-2 år, 3-5 år, 6-8 år og 9-12 år. Inddelingen er tilnærmet naturlige stadier og skift i børnenes liv, spæde og små børn, børnehalebørn, små skolebørn og større skolebørn. Børnene fordeler sig nogenlunde jævnt i aldersgrupperne og svarende til Grønlands Statistiks befolkningsopgørelser (Grønlands Statistik 1996). Godt 1/5 af de børn, der indgår i sundhedsprofilens materiale, bor i bygder; dette svarer også til opgørelser fra Grønlands Statistik.

Børnene i familien

12% af børnene bor alene med deres mor, 75% bor i kernefamilier, 10% i udvidede familier og 4% i andre familieformer. Børn i udvidede familier er gennemsnitlig yngre (4,2 år) end børn i kernefamilier (5,5 år) og børn, der bor med en enlig mor (5,6 år). Dette afspejler sandsynligvis ændringer i forældrenes bolig- og samlivssituation. En del af de forældre, der bor sammen med bedsteforældrene i en udvidet familie, mens børnene er helt små, flytter efter nogle år i egen bolig.

I børneskemaet spørges mødrene om, hvordan barnet normalt bliver passet om dagen. Blandt de mindste børn, 0-2 år, passes 42% hjemme af en voksen eller af større søskende, 29% passes i børneinstitution, 17% i dagpleje, og 13% passes på anden vis. Børnene på 3-5 år bliver oftere passet i institution (52%), men ikke nær så ofte i dagpleje (4%). Der er lidt færre af de 3-5 årige end af de 0-2 årige, der passes hjemme (36%). For de større børns vedkommende er mødrene blevet spurgt om, hvem der passer barnet efter skoletid. Mens der blandt de 6-8 årige stadig er 41%, der går i børneinstitution, fritidsordning eller lignende, gælder dette for blot 11% af de 9-12 årige. De 9-12 årige er oftere end de 6-8 årige hjemme med en voksen eller større søskende (51% og 39%) og oftere alene hjemme (27% og 10%).

Børnepasning i byer og bygder afspejler de forskellige pasningsmuligheder, der er tilstede. I de små bygder er der ikke børneinstitutioner som vuggestuer og børne-

haver og kun sjældent og i begrænsede tidsperioder fritidsordninger og lignende for de større børn efter skoletid. Således passes langt flere børn i byer end i bygder i institution. Blandt de små børn 0-5 år passes 63% i byer og 30% i bygder i institution eller dagpleje. Blandt de større børn 6-12 år passes 34% i byer og 6% i bygder i fritidsordninger. Børn af danske mødre går oftere end grønlandske børn i institution (81% af de 0-5 årige og 44% af de 6-12 årige).

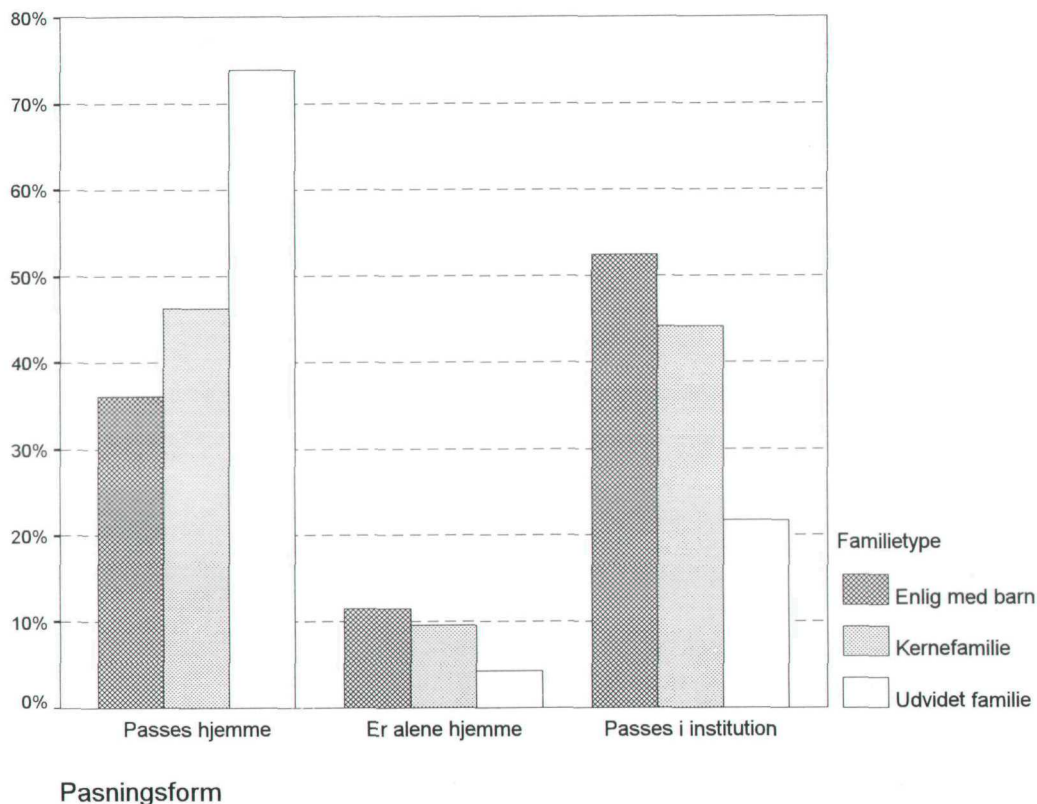
Børn i udvidede familier passes oftere hjemme end børn i øvrige familietyper, mens børn af enlige forældre oftere passes i daginstitution (figur 4.1). Dette kan dels skyldes, at det hovedsageligt er i bygderne, hvor der ofte ikke er pasningsmuligheder uden for hjemmet, at befolkningen bor i udvidede familier og dels, at der i den udvidede familie i modsætning til hos den enlige mor eller far oftere er en voksen hjemme om dagen til at passe børnene.

Moderens erhvervstilknytning har også betydning for børnenes pasning, idet moderen som regel selv passer barnet, hvis hun ikke har arbejde, mens barnet passes af andre eller er i institution, hvis moderen har arbejde. Der er dog forskelle i pasningsmønstret afhængig af barnets alder. Mens børnene er helt små, 0-2 år, udgøres forskellen af, at børn af udearbejdende mødre oftere passes af en anden voksen person i hjemmet. Der kan derimod ikke påvises forskelle mellem hvor ofte de små børn passes i institution afhængig af moderens erhvervstilknytning. For børn i aldersgruppen 3-5 år og 6-8 år gælder det, at børn af udearbejdende mødre oftere end børn af mødre uden arbejde bliver passet i institution (63% og 37%). Når børnene bliver 9-12 år er behovet for egentlig pasning i dagtimerne mindre. Moderens erhvervstilknytning har derfor ikke indflydelse på, om de store børn går i fritidsordninger i skolen. Børnene går i fritidsordninger, hvis de har lyst og hvis der er mulighed for det, der hvor de bor. Blandt de børn, der ikke går i fritidsordning, er 30% efter skoletid hjemme sammen med deres mor eller far, mens 70% er alene hjemme, eventuelt sammen med ældre søskende eller en anden voksen.

Det er ikke altid sådan, at folks holdninger og opfattelser stemmer overens med, hvad de faktisk gør. Sundhedsprofilens analyser har vist flere eksempler på dette. Eksempelvis siger de fleste mennesker, at de synes, at det er meget vigtigt at bruge redningsvest når man sejler, men det er de færreste, der rent faktisk gør det (Bjerregaard et al 1995). Hvad angår børnepasning synes forældrenes holdninger at passe bedre sammen med, hvad de faktisk gør over for deres børn. Mødrene er i sundhedsprofilens hovedskema blevet spurgt om, hvor vigtige de synes en række problemer er for deres by eller bygd; herunder om de synes, at det er et stort problem, at børn ikke bliver passet ordentligt. Mødrenes holdning til dette generelle spørgsmål om børns pasning kan sammenholdes med, hvorvidt deres eget barn bliver passet eller er alene om dagen. Analyserne viser en sammenhæng mellem at synes, at det

er et stort problem, at børn ikke bliver passet ordentligt, og så faktisk selv sørge for at ens barn bliver passet (hjemme eller i institution). Modsat viser det sig, at børn af mødre, der ikke er bekymrede for børns pasning, oftere er alene hjemme om dagen.

Figur 4.1 Børn i tre familietyper fordelt efter om børnene passes hjemme af en voksen eller større søskende, er alene hjemme eller passes i institution/dagpleje. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Alle børn i alderen 0-12 år.



I børneskemaet er mødrene også blevet spurgt *Hvor meget tager din ægtefælle/samlever sig af ham/hende i det daglige?* Godt halvdelen (54%) af mødrene mener, at manden passer barnet lige så meget som dem selv, mens 40% mener, at manden slet ikke eller i hvert fald i mindre grad end moderen selv passer barnet. Blot 6% af mødrene mener, at manden passer barnet mere end de selv gør. Barnets køn har betydning for, hvor ofte manden passer barnet i det daglige. Således passer 65% af fædre deres drengebarn ligeså ofte eller oftere end moderen, mens kun 54% af fædre passer deres pigebarn tilsvarende meget. Derimod har barnets alder

- måske overraskende - ingen betydning for, hvor ofte manden passer det. Det er dog vigtigt at bemærke, at disse svar dækker mødrenes opfattelse af, hvor meget deres ægtefælle/samlever tager sig af barnet. Det er således muligt, at manden selv ville have en anden oplevelse af situationen.

Endelig er der i relation til børnenes dagligdag i familien blevet spurgt om, hvor meget barnet deltager i arbejdet i husholdningen, f.eks. vasker op, laver mad og passer mindre søskende. Analyserne viser som forventet, at jo ældre børnene er, jo mere hjælper de til. Mens størstedelen af de mindste børn, 0-2 år, aldrig eller kun af og til deltager i arbejdet i husholdningen (91%), deltager 1/3 af børnene i aldersgrupperne fra 3 til 8 år (32%) og over halvdelen af børnene i aldersgruppen 9-12 år (57%) regelmæssigt, dvs. hver dag eller flere gange om ugen, i arbejdet i husholdningen. Der er ikke forskel på, hvor ofte piger og drenge hjælper til i husholdningen.

Børnenes trivsel i skole og fritid

Mens pasning er et helt centralt emne i relation til mindre børn, er trivsel i skolen og fritidsaktiviteter af afgørende betydning for de større børn. Stort set alle de interviewede mødre mener, at deres barn trives godt eller endog meget godt i skolen - der må dog sættes spørgsmålstegn ved, i hvilket omfang dette svarer til børnenes egen opfattelse.

En del af forældrenes daglige omsorg for deres børn kan afspejles i svar på spørgsmålet om, hvordan barnet får frokost på hverdage. Omkring 70% af børnene i byerne har fra skolealderen madpakke med hjemmefra, men denne andel falder til omkring 45% inden barnet bliver 13 år. I bygderne bruges så godt som ikke madpakker, der spises i stedet hjemme. For hele Grønland er der i undersøgelsen kun 7 børn (1%) i alderen 6-12 år, som ingen frokost får, og kun 2 børn køber selv frokosten. Igen bør det dog huskes, at dette er mødrenes tilkendegivelser. Det kan således godt tænkes, at der er flere børn, som ikke får frokost end forældrene er vidende om - eller har lyst til at fortælle om. For danske børn ligner mønstret det for grønlandske børn i byen; de fleste børn har madpakke med eller får serveret frokost i institutionen (78%), og kun få spiser frokost hjemme (13%).

Mødrene er blevet bedt om at angive de to vigtigste aktiviteter, deres barn foretager sig i fritiden. Blandt de 6-12 årige leger 81%, 37% ser fjernsyn, 32% læser eller spiller spil, 31% dyrker sport, 18% foretager sig ting sammen med deres forældre eller andre voksne, mens 24% laver andre ting. Drenge dyrker oftere end piger sport (37% og 25%), men set ud fra de her nævnte kategorier er der ellers ikke forskel på, hvad drenge og piger foretager sig i fritiden. Børnene ser lige meget fjernsyn uanset

alder, men børnene i aldersgruppen 6-8 år leger mere end børnene på 9-12 år (91% og 74%) og foretager sig også oftere ting sammen med deres forældre (24% og 12%). Til gengæld læser de store børn oftere end børnene i aldersgruppen 6-8 år (35% og 29%) og de store dyrker også oftere sport (39% og 21%). Der er endvidere spurgt om, hvor ofte de 6-12 årige går til noget i fritiden, f.eks. musik eller spejder. 58% går en gang i mellem til noget i fritiden; 31% flere gange om ugen, 13% flere gange om måneden og 14% sjældnere. Børn i aldersgruppen 6-8 år går ikke så ofte til noget som de 9-12 årige (47% og 67%).

Endelig er mødrene i relation til de større børns hverdag blevet spurgt *Hvor meget deltager han/hun i traditionelle beskæftigelser, f.eks. fangst, fiskeri, skindsyning, perlebroderi o.s.v.?* 70% af mødrene svarer, at deres barn en gang i mellem deltager i sådanne aktiviteter; 11% hver dag, 14% flere gange om ugen og 45% af og til. Der er ingen forskelle i mødrenes besvarelse angående pigers og drenges deltagelse i traditionelle grønlandske aktiviteter, men der er forskelle mellem befolkningsgrupperne. Børn i bygder deltager således oftere end børn i byer og børn af danske mødre i traditionelle grønlandske beskæftigelser (78% i bygder, 69% i byer og 57% danske børn deltager en gang i mellem). Fordelingen af svarene på dette spørgsmål om børnenes deltagelse i traditionelle beskæftigelser synes rimelig både hvad angår pigers og drenges lige hyppige deltagelse og hvad angår bygdebørnenes hyppigere deltagelse end bybørn og børn af danske mødre, men andelen forekommer dog generelt lidt lave. Kan det mon passe, at næsten 1/3 af alle børn i Grønland aldrig deltager i hverken fangst, fiskeri, skindsyning eller perlebroderi?

Børns helbred

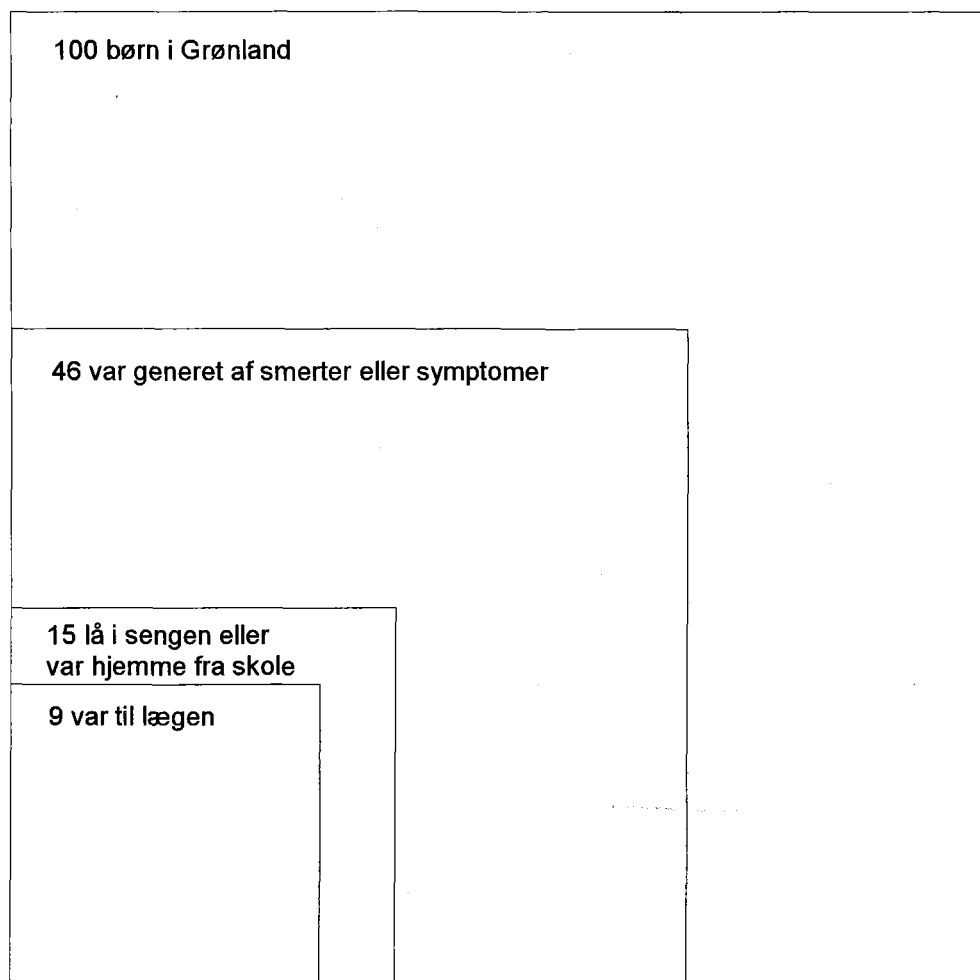
Den grønlandske sundhedsprofil har først og fremmest haft fokus på voksne menneskers helbred og levevilkår. For at supplere undersøgelsen er der stillet nogle enkelte spørgsmål om børns helbred, som det opfattes af moderen. Det har ikke været hensigten at give en generel beskrivelse af grønlandske børns helbred, men blot at supplere andre undersøgelser heraf med en kort omtale af nogle hyppigt forekommende sygdomme og gener hos børn.

Mødrene har svaret på to spørgsmål om deres børns helbred. Et, der indeholder en liste med forskellige sygdomme og symptomer, hvor moderen har svaret på, om barnet i de sidste 14 dage har haft nogen af disse, og et om barnet nogensinde har haft ondt i øret eller har haft flydeøre.

Figur 4.2 viser 100 børns helbredstilstand i en 14 dages periode. 46% af børnene har inden for de sidste 14 dage været generet af smerter eller symptomer; 30% har

været forkølet, 9% har haft ondt i maven, 8% har haft hududslæt, eksem eller kløe, 7% har haft ondt i hovedet og 7% ondt i øret, 4% har haft ondt i muskler, led og knogler og 3% har haft tandpine (tabel 4.1). 32% af børnene har været generet af én af disse former for smerter eller symptomer, 10% har haft to gener, mens få (4%) har været generet af tre eller flere forskellige smerter eller symptomer.

Figur 4.2 100 børns helbred i en 14 dages periode. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Alle børn i alderen 0-12 år.



15% af børnene har inden for de sidste 14 dage ligget i sengen eller været hjemme fra skole eller børnehave på grund af deres sygdom. Af disse syge børn har 42% været hos lægen eller på sygehuset, og 33% har fået medicin. Af alle børnene har 9% været hos lægen eller på sygehuset, og 8% har fået medicin. Børn, der har været generet af to eller flere forskellige former for smerter eller symptomer, har oftere end børn, der kun har haft gener ét sted, været på sygehuset eller fået medicin (42% af børn med to eller flere forskellige smerter eller symptomer og 15% af børn, der har haft én slags smerte eller symptom).

Tabel 4.1 Børns smerter og symptomer inden for de sidste 14 dage fordelt på køn. Sundhedsprofil for Grønland. Alle børn i alderen 0-12 år. N=653, uoplyst=8.

<i>Smerte eller symptom</i>	Dreng	Piger	I alt
	(n=321) %	(n=332) %	(n=653) %
Været forkølet	29,6	30,7	30,0
Haft hovedpine	6,2	7,8	7,0
Ondt i maven	7,8	9,6	8,8
Muskler/led	4,4	2,7	3,6
Ører	7,5	6,3	6,8
Hududslæt	5,6	9,9	7,7
Tandpine	3,4	3,0	3,2

De voksne interviewpersoner er i sundhedsprofilens hovedskema blevet bedt om at angive egen sygelighed i en 14 dages periode før interviewet (Bjerregaard et al 1996). Sammenlignes de voksnes og børnenes sygelighed viser det sig, at mens 46% af børnene har været generet af smerter eller symptomer, gælder dette for 76% af de voksne. Børn og voksne er lige ofte forkølede (30% og 27%), mens det for alle de øvrige former for smerter eller symptomer gælder, at de voksne oftere end børnene har været generet. Især har de voksne langt oftere end børnene haft ondt i muskler, led og knogler.

Selvom de voksne altså oftere end børnene har været generet af smerter eller symptomer, har børnene oftere end de voksne været hjemme på grund af sygdom (15% af børnene og 4% af de voksne). Til gengæld tager de voksne langt oftere end børnene medicin for deres gener (37% af de voksne og 8% af børnene). Endelig kan man ved sammenligning mellem børnene og de voksne se, at 9% af børnene har

været til læge eller på sygehuset på grund af sygdom, mens 14% af de voksne har kontaktet sundhedsvæsenet.

Sammenlignes børns helbred i Grønland med oplysninger fra DIKEs danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser om danske børns helbred (Kjøller et al 1995) ses et næsten identisk mønster; både hvad angår andelen af børn, der har været generet af smerter eller symptomer, andelen der har været til læge eller har fået medicin og andelen, der har været hjemme fra skole eller børnehave på grund af sygdom.

Det synes at være en udbredt myte, at mødre i Grønland er mere urolige for eller pylrede med deres drengbørn end pigebørn. Det er der dog intet, der tyder på ud fra denne undersøgelse. Der er ingen nævneværdig forskel på mødrenes oplysninger om drengenes og pigernes helbred og heller ikke forskel på, hvor ofte børnene, når de har været syge, har været hjemme fra skole eller er blevet behandlet for deres sygdom.

Der er derimod forskel på, hvor ofte børn i forskellige aldersgrupper har været syge inden for en 14 dages periode, idet de mindste børn oftere end de større børn har været generet af smerter eller symptomer. Der er også forskel mellem aldersgrupperne på, hvad børnene fejler. De små børn er oftere forkølede (45% af de 0-2 årige og 24% af de ældre børn har været forkølede inden for en 14 dages periode), og de har også oftere end de øvrige børn haft ondt i ørerne (12% af de 0-2 årige og 5% af de ældre). Modsat stiger hyppigheden af hovedpine med barnets alder; 7% af 3-8 årige børn har ifølge moderen haft hovedpine inden for en 14 dages periode, blandt de 9-12 årige er det 12%. De små børns hyppigere sygdomsfrekvens afspejles i, at flere af de helt små børn har været til lægen i 14 dages perioden; 14% af de 0-2 årige og 7% af de ældre børn. Disse tal stemmer godt overens med en tidligere undersøgelse af børnekonsultationer i Nuuk (Niclasen 1995).

Der er ingen forskel mellem børn, der normalt passes hjemme om dagen og børn, der passes i institution med hensyn til hyppighed af forkølelse eller andre gener. Trods den forskellige adgang til sundhedsvæsenet i by og bygd er der heller ikke forskel på, hvor ofte mødre fra byer og mødre fra bygder har kontaktet sundhedsvæsenet, fordi deres barn var generet af smerter eller symptomer.

Mødre, der bor alene med deres børn, rapporterer oftere end mødre i andre familietyper, at barnet har været forkølet eller haft andre gener (60% og 44%) og oftere, at barnet har været hjemme på grund af sygdom (18% og 9%). Forskellene i sygelighed ses dog kun for børn, der normalt passes hjemme om dagen.

Mødrene blev som nævnt også spurgt om barnet nogensinde har haft ondt i øret eller har haft flydeøre. Både øresmerter og flydeøre kan skyldes mellemørebetændelse, og det er desuden vanskeligt på grønlandsk sprogligt at skelne mellem begreberne ørepine og mellemørebetændelse. Det er derfor rimeligt at lade de to spørgsmål samlet være udtryk for forekomsten af mellemørebetændelse blandt børn i Grønland. Det er dog vigtigt at bemærke, at der er tale om en minimumsforekomst, da man må formode, at mødrene ikke altid vil huske børnenes enkeltstående tilfælde af svage øresmerter.

33% af børnene har på et eller andet tidspunkt i deres liv haft ondt i øret, 22% har haft flydeøre, og 14% har haft både ondt i øret og flydeøre. I alt 41% af børnene har enten haft ondt i øret eller haft flydeøre. Dette tal for forekomsten af mellemørebetændelse blandt børn i Grønland er mindre end tidligere undersøgelser, der angiver at mellem 73% og 66% af grønlandske børn har haft akut mellemørebetændelse og op til 34% har haft flydeøre (Pedersen & Zachau-Christiansen 1986, Homøe et al 1996).

Tabel 4.2 Fordeling af børn, der nogensinde har haft øresmerter eller flydeøre efter barnets køn, pasningstype og befolkningsgruppe. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Alle børn i alderen 0-12 år. n.s.= ikke statistisk sikker.

	Øresmerter %	Flydeøre %	Øresmerter eller flydeøre %
Drenge	34,3	24,9	42,4
Piger	31,6	18,7	40,1
	n.s.	p=0,05	n.s.
Passes hjemme	35,5	19,8	42,2
Passes ude	34,6	27,2	45,9
	n.s.	p=0,04	n.s.
Grønlandere i byer	34,2	23,9	43,7
Grønlandere i bygder	26,5	17,2	34,4
	n.s.	n.s.	p=0,04
Alle børn	32,8	21,9	41,3

Mellemørebetændelse er i tidligere undersøgelser blevet sat i forbindelse med barnets køn, bopæl i by eller bygd, boligforhold og pasning i institution.

I sundhedsprofilen har drenge oftere end piger haft flydeøre (25% og 19%), men der er ikke forskel på, hvor ofte drenge og piger har haft ondt i øret (34% og 32%) (tabel 4.2). Der er heller ikke forskel mellem drenge og piger, når de to spørgsmål analyseres samlet som udtryk for forekomsten af mellemørebetændelse. Andre undersøgelser peger dog på, at drenge oftere end piger har haft mellemørebetændelse (Ingvarsson et al 1982, Teel et al 1989). 44% af børn i byer og 34% i bygder har haft enten ondt i øret eller flydeøre, men den højere forekomst i byerne er ikke statistisk sikker, når øresmerter og flydeøre betragtes hver for sig. Resultatet stemmer således tildels overens med en tidligere undersøgelse i Grønland, der fandt mindre hyppighed af mellemørebetændelse i bygd end i by (Pedersen & Zachau-Christiansen 1986).

Der kan ikke i sundhedsprofilen påvises sammenhæng mellem beboelsestæthed og hyppighed af øresmerter eller flydeøre. Dette er i overensstemmelse med flere andre undersøgelser fra Grønland (Pedersen & Zachau-Christiansen 1986, Bjerregaard 1983), men ikke med en undersøgelse fra Sydgrønland, hvor der blev påvist sammenhæng mellem hyppighed af akut mellemørebetændelse og antal personer pr. rum i boligen (Berg & Adler-Nissen 1976).

Endelig er mellemørebetændelse tidligere blevet sat i forbindelse med børns pasning i daginstitution (Ingvarsson et al 1982, Vinther et al 1982). I sundhedsprofilen har flere af de børn, der passes i institution, end dem der passes hjemme, haft flydeøre (27% og 20%). Derimod kan dette mønster ikke genfindes for øresmerter, hvilket stemmer overens med nyere undersøgelser, hvor man især har fundet sammenhæng mellem mange gentagne tilfælde af mellemørebetændelse og pasning i daginstitutioner (Daly et al 1995).

Sammenfatning

Hvorvidt børn passes hjemme, i institution eller er alene hjemme afhænger af bopæl (by-bygd), af familietype og for de 3-8 årige børns vedkommende af moderens erhvervstilknytning. Godt halvdelen af fædre tager sig, i følge moderen, ligeså meget af børnene, som mødre selv. Halvdelen af de store børn (9-12 år) deltager regelmæssigt i arbejdet i husholdningen. Næsten alle mødre mener, at børnene trives godt i skolen. Efter skoletid leger de fleste børn, mens knap 1/5 laver aktiviteter sammen med deres forældre eller andre voksne. Halvdelen af børnene deltager ind i mellem i traditionelle grønlandske beskæftigelser.

Næsten halvdelen af alle børn har i en 14 dages periode været generet af smerter eller symptomer, 15% har ligget i sengen eller været hjemme fra skole eller børnehave på grund af sygdom, og 8% har fået medicin. 33% af børnene har på et tidspunkt i deres liv haft ondt i øret, og 22% har haft flydeøre. Der er større hyppighed af flydeøre blandt børn, der passes i institution.

5. Børns opvækstvilkår 1920-1975

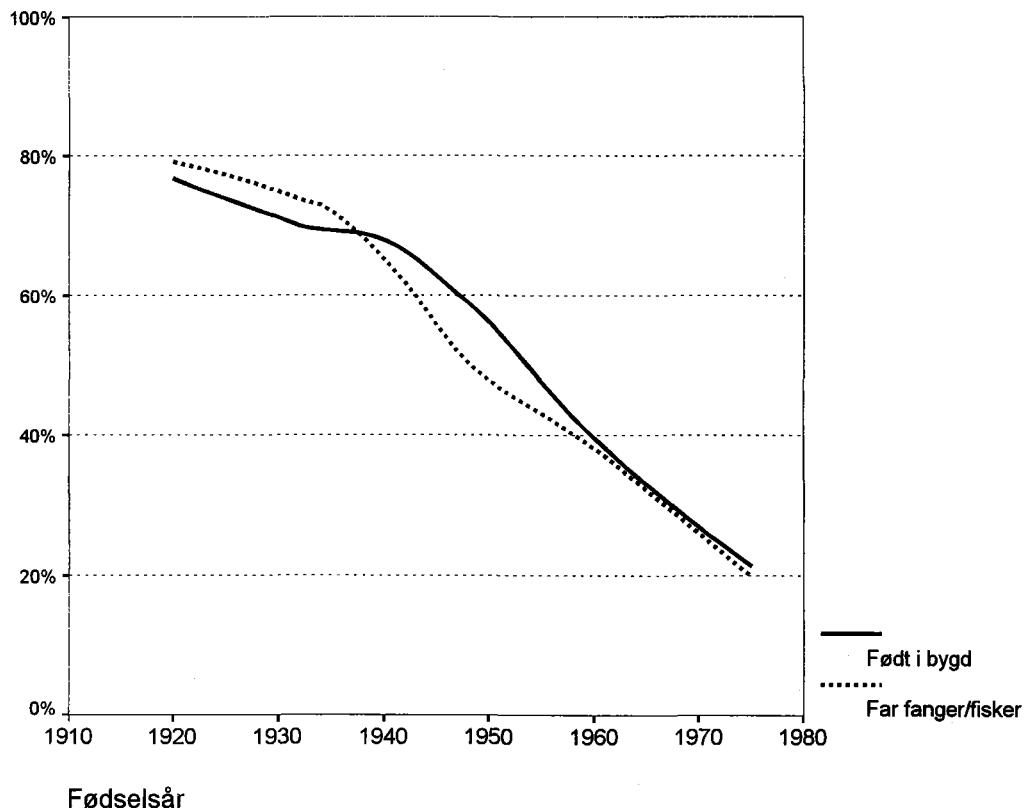
Det grønlandske samfund har i dette århundrede ændret sig radikalt fra et relativt fattigt fanger- og fiskersamfund til et moderne, velstående lønarbejdersamfund. Denne udvikling, der mange steder er beskrevet på det samfundsmæssige niveau, bliver her suppleret med information fra de mennesker, som selv har deltaget i udviklingen. De voksne, der er interviewet til undersøgelsen, har svaret på en række spørgsmål om deres barndom og opvækst, og det er på denne baggrund muligt at beskrive børns opvækstvilkår i Grønland i et historisk perspektiv. Den ældste interviewede er født i 1903 og den yngste i 1975.

Der er spurgt om fødested, bopæl som 5 og 10 årig, skole- og erhvervsuddannelse, hvem man boede sammen med som barn samt faderens og moderens erhverv og fødested. Der er desuden stillet spørgsmål om eventuel forekomst af alkoholproblemer i barndomshjemmet og om udsættelse for seksuel vold. Analyserne i dette kapitel omfatter kun de interviewede, der opfatter sig selv som grønlændere, i alt 1580 mennesker.

Sociale forhold og uddannelse

Den tiltagende befolkningskoncentration i dette århundrede fremgår tydeligt af de interviewedes fødested. Blandt personer født før 1930 er 70% født i en bygd, mens kun 26% af personer født efter 1970 er født i en bygd (figur 5.1). Tilsvarende boede 62% af de ældste og 32% af de yngste i en bygd, da de var 10 år gamle. Udviklingen har især været udtalt siden 1945. I lighed med fødested og bopæl har erhvervsforholdene ændret sig markant i perioden. De personer, der er født før 1930, har for 73% vedkommende oplyst, at deres far var fanger eller fisker, mens 79% af mødrene var hjemmearbejdende husmoder eller fangerkone. For personer født efter 1970 havde kun 27% en far, der var fanger eller fisker, og 31% en hjemmearbejdende mor. Figur 5.1 viser den meget tætte sammenhæng mellem bopæl og erhverv i Grønland, idet kurven for fødested og kurven for faderens erhverv er næsten sammenfaldende.

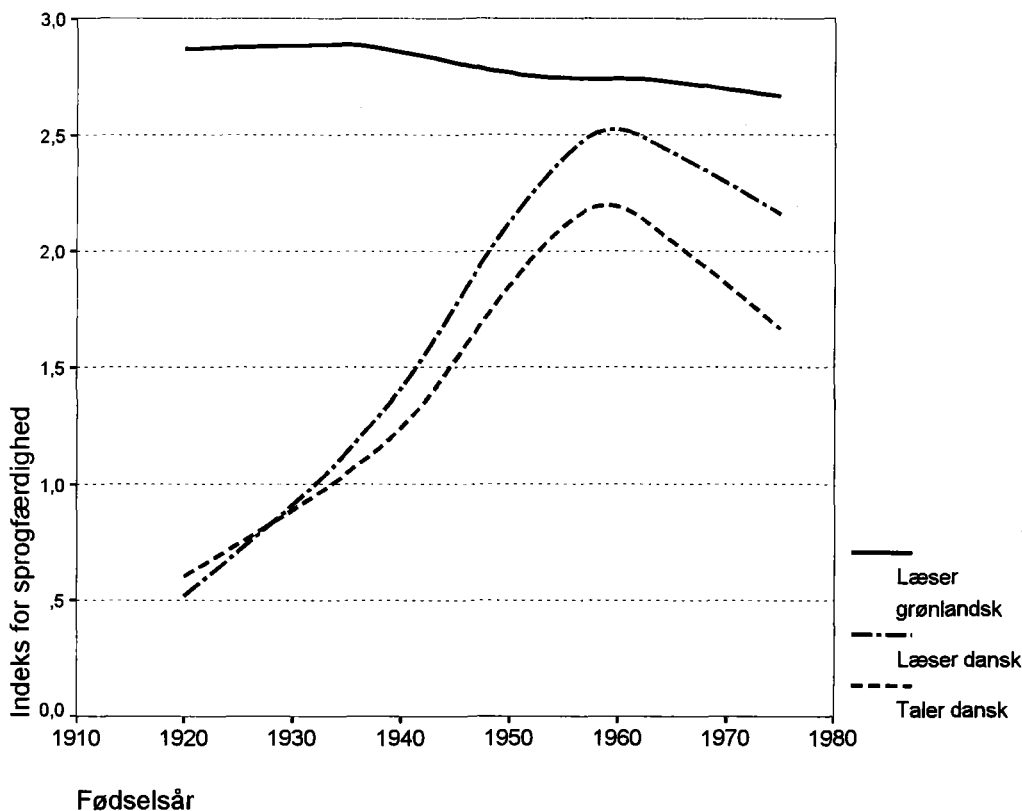
Figur 5.1 Fødested og fars erhverv da interviewpersonen var barn; efter fødselsår. LO-WESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere.



Også familieformerne har ændret sig, men kun i mindre omfang, og der er ikke nogen klar tendens gennem århundredet. Både blandt de ældste og de yngste voksne 18-19% op sammen med kun én af deres forældre. Blandt de ældste voksne 66% op sammen med både deres mor og far (samt eventuelt andre familiemedlemmer) og blandt de yngste 60%. 16% af de ældste og 21% af de yngste voksne op uden forældrene hos bedsteforældre eller anden familie.

Andelen af personer med mere end 8 års skolegang er steget jævnt fra 10% blandt dem, der nu er over 60 år, til 95% blandt de yngste (Bjerregaard et al 1995). Også andelen, der har gennemgået en erhvervsuddannelse, er steget - mest udtalt for kvinder.

Figur 5.2 Selvrapporterede færdigheder i at tale dansk og læse grønlandsk og dansk. LO-WESS regression. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.

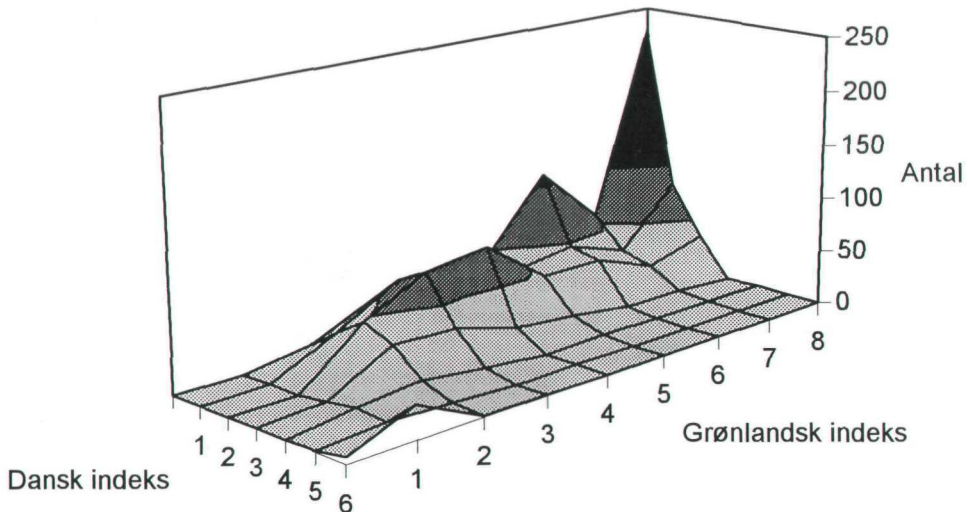


Et enkelt aspekt af uddannelsesmønsteret skal nærmere beskrives her, nemlig sprogfærdigheder. Selvvurderede sprogfærdigheder i grønlandsk, dansk og engelsk er målt ved at spørge de interviewede, om de mener at tale og at læse det pågældende sprog uden besvær, nogenlunde, vanskeligt eller slet ikke. Af figur 5.2 fremgår, at de selvvurderede danskkundskaber tiltager jævnt med fødselsåret for personer født indtil ca. 1960 for herefter at aftage lige så jævnt. Det vil sige, at børn, der er startet i skolen efter ca. 1967, tilsyneladende har lært mindre dansk end tidligere årgange. En tilsvarende kurve baseret på data fra 1989 er tidligere publiceret; den forklares ved et mindre intensivt indlæringsforløb for dansk i skolen for de yngre årgange (Larsen 1992). Stort set alle interviewpersonerne oplyser at tale grønlandsk uden besvær, men som det fremgår af figuren, er den selvvurderede læsefærdighed i grønlandsk jævnt aftagende. Engelskkundskaberne er tiltaget jævnt indtil 1960 årgangen og har derefter været konstante.

Fire opvækstgrupper

Der er i sundhedsprofilen spurgt om en del forskellige opvækstforhold, og da disse i vidt omfang hænger sammen, er det nærliggende at forsøge at skabe et mønster ud fra de mange oplysninger. Med udgangspunkt i oplysninger om de interviewedes bopæl i barndommen, sprogkunderskab samt forældrenes erhverv og fødested er der konstrueret et indeks for graden af traditionelt grønlandske forhold under opvæksten og et for graden af moderne, danskrægede forhold. En person, der f.eks. har boet i en bygd både som 5 og 10 årig, som taler flydende grønlandsk og dårligt dansk, hvis forældre begge er født i en bygd og hvis far var fanger eller fisker, får højeste score i det grønlandske indeks og laveste score i det danske indeks. Omvendt får en person, der har boet i Danmark hele sin barndom, som ikke taler grønlandsk, men flydende dansk, hvis forældre begge er født uden for Grønland og hvis far var lønarbejder, laveste score i det grønlandske indeks og højeste score i det danske indeks. Der er talrige kombinationer af opvækstforhold, og ved at afbilde befolkningens fordeling med hensyn til begge slags opvækstforhold fremkommer en figur, som mest af alt minder om et bjerglandskab med tre store og en lille top (figur 5.3).

Figur 5.3 Befolkningen i Grønland fordelt efter graden af traditionelle, grønlandske og moderne, danskrægede forhold under opvæksten. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



Disse fire toppe repræsenterer fire forskellige opvækstgrupper, som den grønlandske befolkning kan inddeles i:

- Traditionel grønlandsk opvækst
- Intermediær opvækst
- Moderne grønlandsk opvækst
- Danskpræget opvækst

Mens der er omtrent lige mange personer i hver af grupperne med grønlandsk opvækst, er der naturligt nok væsentligt færre grønlandere, der har haft en danskpræget opvækst. De fire befolkningsgrupper adskiller sig som forventet i betydelig grad med hensyn til aktuelle levevilkår (tabel 5.1). Med hensyn til demografiske forskelle lægger man især mærke til, at der er dobbelt så mange mænd som kvinder, der har haft en danskpræget opvækst, mens der er omtrent lige mange mænd og kvinder i de andre tre opvækstgrupper. Gennemsnitsalderen er som forventet betydelig højere for personer med en traditionel opvækst end for dem med en moderne opvækst; over halvdelen af de 18-24 årige har haft en moderne grønlandsk eller en danskpræget opvækst imod kun 19% af dem på 60 år eller derover. Omvendt har over halvdelen af de ældre haft en traditionel grønlandsk opvækst imod kun 22% af de 18-24 årige. Det er således vigtigt ved sammenligninger af helbred mellem de fire opvækstgrupper at tage hensyn til demografiske forskelle.

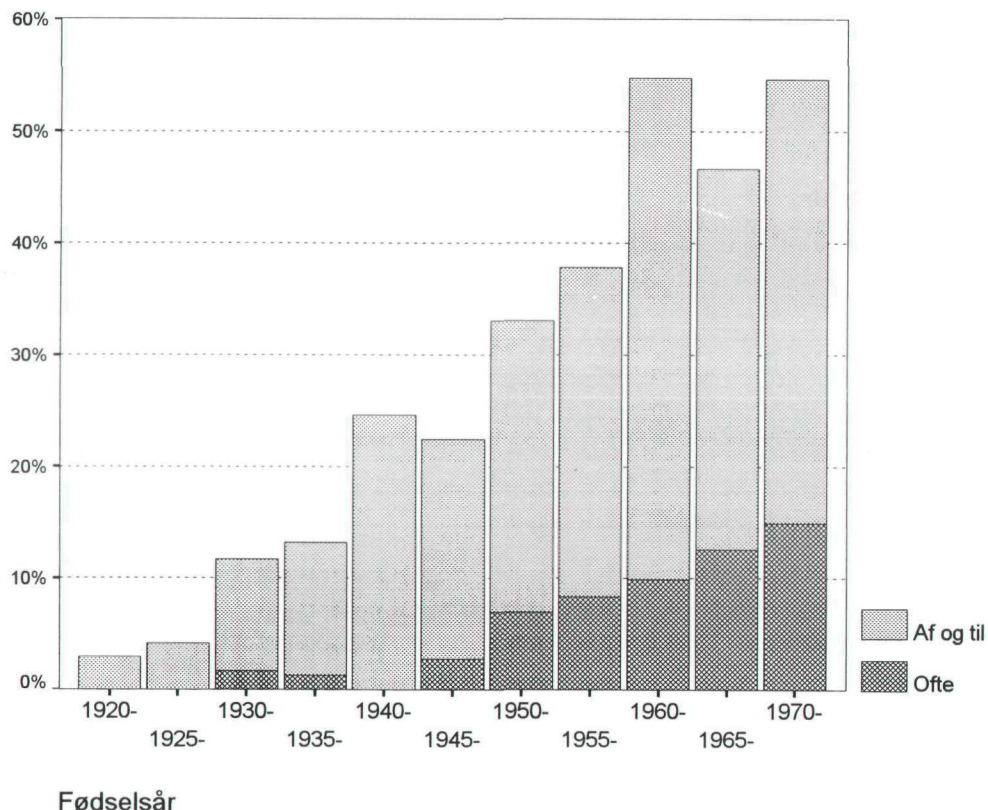
Tabel 5.1. Alder, køn og levevilkår i fire opvækstgrupper. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere. N=1409, uoplyst=171.

Opvækst:	Traditionel grønlandsk (n=459) %	Intermediær (n=386) %	Moderne grønlandsk (n=496) %	Danskpræget (n=68) %
Andel mænd	47	44	45	66
Bor i en bygd	45	23	2	1
9+ års skolegang	31	49	71	78
Har erhvervsuddannelse	28	31	50	66
Andel højere og middel placerede funktionærer	14	19	27	26
Alder (gennemsnit)	43,8	39,5	34,6	37,8

Alkohol og seksuel vold

I det selvudfyldte skema er der spurgt *Var der problemer med alkohol i dit barndomshjem?* Af de 1393 grønlandere, der har afleveret det selvudfyldte skema, har 1285 (92%) besvaret spørgsmålet. 8% af disse svarede 'ja, ofte', 29% 'ja, af og til' og 63% 'nej, aldrig'. Der er en udtalt stigning med årene i andelen, der har oplevet alkoholproblemer i barndomshjemmet (figur 5.4); blandt de personer, der er

Figur 5.4 Forekomst af alkoholproblemer i barndomshjem efter fødselsår. Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlandere.



født i 1920'erne, oplyste under fem procent, at der af og til var problemer med alkohol, mens dette gælder for omkring 50% af dem, der er født efter 1960. Også andelen, der ofte har været udsat for alkoholproblemer, stiger kraftigt. Der er en påfaldende forskel mellem mænd og kvinder, idet 10% af kvinder imod 5% af mænd

oplyser, at der ofte var problemer med alkohol i deres barndomshjem. Da det ikke er sandsynligt, at der har været faktiske forskelle mellem alkoholforbruget i mænds og kvinders barndomshjem, må dette skyldes enten, at piger er bedre til at tolke sociale spændinger, at hjemlige problemer gør større indtryk på dem, eller at kvinderne i undersøgelsen husker bedre end mændene.

I det selvudfyldte skema er der også spurgt om seksuelle overgreb i barndommen og som voksen. Dette spørgsmål er besvaret af 8%, og blandt disse oplyste 6% af kvinderne og 3% af mændene, at de havde været udsat for seksuel tvang i barndommen. Hyppigheden stiger med årene: For mænd er stigningen begrænset, mens den for kvinder stiger fra omkring 2% blandt de kvinder, der nu er 60 år eller ældre, til 13% blandt de 18-24 årige. For kvinder er ændringen statistisk sikker. Det er umuligt i en undersøgelse som den foreliggende at vurdere, om den stigende rapportering af seksuel tvang i barndommen skyldes en reelt stigende forekomst, eller skyldes at de yngre generationer har lettere ved at konfrontere problemet. Der ses en tilsvarende stigning med årene i andelen af kvinder, der oplyser at have været udsat for seksuel tvang som voksne.

Opvækstforhold og helbred i voksenalderen

Der er i mange undersøgelser fra andre lande påvist sammenhæng mellem forhold under opvæksten og helbredet i voksenalderen. Således kan f.eks. hyppige luftvejsinfektioner i barndommen give kronisk obstruktiv lungesygdom, og det er muligt, at ernæringen i barndommen er af betydning for senere udvikling af åreforkalkning (Elo & Preston 1992, Elford et al 1991). Sådanne sammenhænge findes også i den grønlandske sundhedsprofil, men tolkningen kompliceres af de store samfundsændringer, som befolkningen har været udsat for. Det kan derfor i nogle tilfælde være vanskeligt at afgøre, i hvor høj grad en højere sygdomsforekomst hos ældre skyldes, at de er blevet gamle, og i hvor høj grad den skyldes, at levevilkår og hygiejniske forhold var dårligere, dengang de gamle var børn, om forskellene skyldes en alders-effekt eller en kohorteffekt.

I tabel 5.2 er forekomsten af tre udvalgte indikatorer for dårligt helbred - langvarig sygdom, selvvurderet helbred og selvmordstanker - analyseret i forhold til nogle af de opvækstforhold, der er beskrevet i det foregående: De fire opvækstgrupper, alkoholproblemer i barndomshjemmet og seksuel tvang. I analyserne er der kontrolleret for alder og køn, og resultaterne er præsenteret som odds ratioer. For hver af de tre opvækstforhold er en af kategorierne valgt som reference; denne har pr. definition en odds ratio på 1,00. Odds ratioer større end 1 betyder dårligere helbred, og odds ratioer mindre end 1 betyder bedre helbred end i referencekategorien.

Tabel 5.2 Opvækstforhold og helbred i voksenalderen. Odds ratio fra analyse med kontrol for alder og køn (logistisk regression). Sundhedsprofil for Grønland 1993-94. Kun grønlændere. n.s. = ikke statistisk sikker.

	Langvarig sygdom	Dårligt helbred (selvvurderet)	Selvmonds-tanker
<i>Opvækst</i>			
Traditionel grønlandsk	1,00	1,00	1,00
Intermediær	0,82	0,97	0,81
Moderne grønlandsk	0,62	0,51	1,21
Danskpræget	0,55	0,69	2,09
	p=0,006	p<0,001	p=0,03
<i>Alkoholproblemer i barndomshjem</i>			
Ingen	-	-	1,00
Af og til	-	-	1,71
Ofte	-	-	5,23
	n.s.	n.s.	p<0,001
<i>Udsat for seksuel tvang i barndommen</i>			
Nej	-	1,00	1,00
Ja	-	2,37	4,78
	n.s.	p=0,002	p<0,001

Det fremgår af tabellen, at alle tre indikatorer for dårligt helbred viser sammenhæng med de generelle opvækstvilkår (traditionel vs. moderne opvækst). Langvarig sygdom og dårligt selvvurderet helbred er hyppigere blandt personer med en traditionel grønlandsk opvækst end blandt dem, der har haft en moderne grønlandsk eller danskpræget opvækst. Selvmordstanker forekommer derimod hyppigere hos personer med en danskpræget opvækst. Opvækstforholdenes sammenhæng med langvarig sygdom skyldes sandsynligvis, at levevilkår og erhverv i vid udstrækning afhænger af opvækstforholdene, og at disse forhold igen påvirker sygeligheden. Den

højere forekomst af selvmordstanker hos personer med en danskpræget opvækst kan muligvis forklares ved, at disse oplever en større splittelse mellem to kulturer og adfærdsnormer, eller ved en større forskel mellem forventninger til livet og realiteterne.

Både alkoholproblemer i barndomshjemmet og seksuel tvang viser især sammenhæng med forekomsten af selvmordstanker, og der er meget stor overhyppighed af selvmordstanker (høj odds ratio) blandt personer, der rapporterer ofte at have været udsat for alkoholproblemer i barndomshjemmet eller at have været udsat for seksuel tvang i barndommen. Seksuel tvang viser også statistisk sikker sammenhæng med dårligt selvvurderet helbred. Den tætte sammenhæng mellem disse opvækstforhold og psykisk helbred er også påvist i andre undersøgelser fra Grønland (Lyng 1997) og fra arktisk Canada (O'Neil 1994).

Sammenfatning

Den radikale ændring af det grønlandske samfund i dette århundrede viser sig bl.a. ved ændringen i andelen af personer, der er født i bygder, fra 70% af grønlændere født før 1930 til 26% af dem født efter 1970. Med udgangspunkt i en række forhold under opvæksten kan befolkningen inddeles i fire grupper. Disse fire opvækstgrupper adskiller sig markant med hensyn til levevilkår og helbred. Forekomst af alkoholproblemer og seksuel vold i barndommen rapporteres med tiltagende hyppighed af de yngre fødselsårgange. Disse forhold viser tæt sammenhæng med forekomsten af selvmordstanker.

Litteratur

Balslev E, Hansen HO, Hansen JPH. Some possible impacts of breastfeeding on natural fertility and infant mortality. In: de la Barre K, ed. Proceedings International Workshop on Population Issues in Arctic Societies; 1984 May 2-5; Gilleleje. Québec: Committee on Northern Population Research, Université de Montréal 1985:103-108.

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979;109:186-204.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderovitz F, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. DIKEs Grønlandsskrifter nr. 4. København: DIKE, 1995.

Daly K, Meland M, Brown J, Lindgren B, Westover D, Giebink GS. Epidemiology of early otitis media. In: Lim D, Bluestone CD, Casselbrant M, Klein JO, Ogra PL, eds. Proceedings of The Sixth International Symposium on Recent Advances in Otitis Media; 1995 Jun 4-8; Ft. Lauderdale. Ontario: B.C. Decker Inc., 1996:33-35.

Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik nr. 96. København: Danmarks Statistik, 1997.

Elo IT, Preston SH. Effects of early life conditions on adult mortality: A review. *Population Index* 1992;58:186-212.

Finch J. Family Obligations and Social Change. Policy Press, 1989.

Graburn NHH, Strong BS. Circumpolar peoples: An anthropological perspective. California: Goodyear, 1973.

Grummer-Strawn LM. The effect of changes in population characteristics on breastfeeding in fifteen developing countries. *International Journal of Epidemiology* 1996;25:94-102.

Grønlands Statistik. Befolkningsudviklingen 1993. Befolkning 1995:1. Nuuk: Grønlands Statistik, 1995.

Grønlands Statistik. Grønlands befolkning. Befolkning 1996:1. Nuuk: Grønlands Statistik, 1996.

Hansen HO. A survey of some recent population trends in Greenland. *Études/Inuit/Studies* 1985;9(1):23-49.

Hirdes JP, Forbes WF. The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among healthy Ontario males. *Journal of Clinical Epidemiology* 1992;45:3871-A.

Homøe P, Christensen RB, Bretlau P. Epidemiology of otitis media among children in Nuuk and Sisimiut, Greenland. In: Lim D, Bluestone CD, Casselbrant M, Klein JO, Ogra PL, eds. *Proceedings of The Sixth International Symposium on Recent Advances in Otitis Media*; 1995 Jun 4-8; Ft. Lauderdale. Ontario: B.C. Decker Inc., 1996:76-77.

Ingvarsson L, Lundgren K, Olofsson B, Wall S. Epidemiology of otitis media in children. *Acta Otolaryngology* 1982;suppl 388:1-52.

Jacobsen MS, Sodemann M, Mølbak K, Aaby P. Reason for termination of breastfeeding and the length of breastfeeding. *International Journal of Epidemiology* 1996;25(1):115-121.

Jetté M. A health profile of the Inuit. Report of the Santé Québec health survey among the Inuit of Nunavik, 1992. Volume I-III. Montréal: Santé Québec, 1994.

Kjøller M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 - og udviklingen siden 1987. København: DIKE, 1995.

Larsen FB. For meget af en god ting - dansk i Grønland. *Tidsskrift for politisk videnskab* 1992;24(4):374-392.

Lynge I. Mental disorders in Greenland. Past and present. *Meddelelser om Grønland, Man & Society* 1997;21:1-73.

Macaulay AC, Husaik N, Beauvais JE. Breastfeeding in the Mohawk community of Kanawake: Revisited and redefined. In: Postl BD, Gilbert P, Goodwill J, Moffatt MEK, O'Neil JD, Sarsfield PA, Young TK, eds. *Circumpolar Health 90. Proceedings*; 1990 May 20-25; Whitehorse, Yukon. Winnipeg: University of Manitoba Press, 1990:581-585.

Niclasen BV-L, Møller SM. Grønlandske børns forbrug af praktiserende læge og hospitalsindlæggelser - en undersøgelse fra Nuuk, 1991. I: Kern P, Bjerregaard P, eds. *Nuna Med '94 - en grønlandsmedicinsk konference*; 1994 sep 4-6; Nuuk. Nuuk: Grønlands Lægekredsförening og Grønlandsmedicinsk Selskab, 1995: 97-100.

Nordic Statistical Secretariat. Yearbook of Nordic Statistics 1994. Nord 1994:1. København: Nordic Statistical Secretariat, 1994.

Oakley A, Hickey D, Rigby AS. Love or money? Social support, class inequality and the health of women and children. *European Journal of Public Health* 1994;4:265-273.

Olsen RB, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrøm B. Social network and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Social Science and Medicine* 1991;33:1189-95.

O'Neil J.D., Moffatt M.E.K, Tate R.B, Young T.K. Suicidal behaviour among Inuit in the Keewatin Region, N.W.T. *Arctic Medical Research* 1994; suppl 2, 53:558-561.

Pedersen CB, Zachau-Christiansen B. Otitis media in Greenland children, acute, chronic and secretory otitis media in three- to eight-years-old. *The Journal of Otolaryngology* 1986;6:332-5.

Sundhedsstyrelsen. Sunde børn. Vejledning til forældre med børn i alderen 0-3 år. København: Sundhedsstyrelsen, 1988.

Sundhedsstyrelsen. Vellykket amning. En vejledning til sundhedspersonalet. København: Sundhedsstyrelsen, Royal College of Midwives, 1991.

Teele J, Klein J, Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: A prospective cohort study. *Journal of Infectious Diseases* 1989;160:83-94.

Thomsen H. Om europæernes syn på børn samt børns opvækst i det grønlandske samfund i tiden omkring koloniseringen. I: *Grønlandsk kultur- og samfundsforskning 92*. Nuuk: Ilisimatusarfik/Atuakkiorfik, 1992.

Vestermark V, Høgdall CK, Plenov G, Birch M. Ammeperiodens varighed. *Ugeskrift for Læger* 1991;153(43):3010-12.

Winther B, Elbrønd O, Pedersen CB. Otitis Media in Childhood. *Acta Otolaryngologica* 1982;suppl 386:121-3.

DIKES Grønlandsskrifter er en serie rapporter, der siden 1994 er udgivet af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Afdeling for Grønlandsforskning.

1. Toppen af isfjeldet. Peter Bjerregaard, Jens Misfeldt, Peder Kern og Inge-Merete Nielsen. 1994. 76 s.
2. Kalaallit Nunaanni inuit peqqinnerlu/Mennesker og sundhed i Grønland. Peter Bjerregaard, Frank Senderovitz og Laila Ramlau-Hansen. 1995. 47 s.
3. Health research in Greenland – a catalogue of projects. Tine Curtis og Peter Bjerregaard. 1995. 109 s.
4. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Tine Curtis, Frank Senderovitz, Ulla Christensen og Tine Pars. 1995. 155 s.
5. Sundhedsvæsenet i Grønland – befolkningens brug, tilfredshed og ønsker. Ulla Christensen, Peter Bjerregaard og Tine Curtis. 1996. 82 s.
6. Forskerseminar – Kangerlussuaq 19.-22. januar 1996. Tine Curtis og Peter Bjerregaard. 1996. 84 s.
7. Sygdom og helbred i Grønland. Peter Bjerregaard, Hans Chr. Petersen, Inge Lynge og Frank Senderovitz. 1997. 93 s.
8. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. Johan Michael Pedersen. 1997. 60 s.
9. Familie, børn og sundhed i Grønland. Tine Curtis, Kim Moesgaard Iburg, Peter Bjerregaard. 1997. 64 s.

Denne bog er den fjerde temarapport fra forskningsprojektet Sundhedsprofil for Grønland. 1728 mennesker fra hele Grønland er interviewet om deres helbred og livsbetingelser. Rapporten handler om familier og andre sociale relationer, om fødsler og amning og om børns opvækst, hverdag og helbred.