

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Aleksandra Jakšič

Samodiscipliniranje starajočega se telesa sladkornih bolnikov

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Aleksandra Jakšič

Mentorica: doc. dr. Blanka Tivadar

Somentor: asist. dr. Tomaž Krpič

Samodiscipliniranje starajočega se telesa sladkornih bolnikov

Diplomsko delo

Ljubljana, 2009

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorjema, doc. dr. Blanki Tivadar in asist. dr. Tomažu Krpiču, za usmerjanje in vso strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Hvala družini za vso podporo in vztrajno čakanje ter vsakomur, ki mi je v obdobju nastajanja diplomskega dela stal ob strani in je ob branju teh vrstic ponosen name.

SAMODISCIPLINIRANJE STARAJOČEGA SE TELESA SLADKORNIH BOLNIKOV

Dejstvo, da je sladkorna bolezen kronična in neozdravljiva bolezen, je znano večini ljudi. Da se število obolelih viša iz leta v leto, pa je predvsem skrb vzbujajoče. Sladkorna bolezen namreč za vsakega obolelega posameznika pomeni resno oviro, ki zahteva poseben odnos in vedenje do lastnega telesa ne glede na starost, spol in ostale dejavnike. Bolniki se morajo sprijazniti s tem, da so bolni in da nikoli več ne bodo popolnoma zdravi. To pomeni, da se morajo naučiti živeti s svojo boleznijo in temu ustrezno spremeniti svoje življenjske navade in vzorce, ki so pogosto vzrok za nastanek bolezni. Čeprav za starejše ljudi to pogosto pomeni spremembo celotnega načina življenja, pa je vsem sladkornim bolnikom skupna uporaba različnih telesnih tehnik, s katerimi delujejo na svoje telo in na stanje svoje bolezni. Samodiscipliniranje telesa, predvsem samodisciplina pri prehrani, telesni aktivnosti in pri uživanju zdravil, je namreč ključ dobro urejene bolezni, ki ne povzroča možnosti nastanka zapletov ali jih vsaj omeji.

Ključne besede: *sladkorna bolezen, bolezen, samodisciplina, telesne tehnike, starajoče telo*

SELF-DISCIPLINE OF AGING BODY OF DIABETICS

It has been declared that diabetes is a chronic and incurable disease and this fact is known to a majority of people. Number of people with such disorder is higher from year to year and it may be said to be alarmed. For each individual sick person diabetes represents a serious handicap, requiring a special treatment and attitude toward own body irrespective of age, gender and other factors. People with such disorder have to accept that they're sick and never again they're going to be completely healthy. It means that they have to accept the way of living with stated disorder. They have to change adequately their living habits and patterns that are mainly the cause of disease. Although for older people this often means a change of a lifestyle, all diabetics share various body techniques with which they operate on their body and on the state of their disease. Self-discipline of the body, mainly self-discipline in diet, in physical activity and in consumption of drugs shall be a key issue to a controlled disease that shall not cause new complications or shall at least restrict the possibility of complications.

Key word: *diabetes, disease, self-discipline, body techniques, aging body*

KAZALO

1 UVOD	6
2 SOCIOLOGIJA TELESA	8
2.1 MICHEL FOUCAULT IN DRUŽBENO NADZOROVANO TELO	11
2.2 BRYAN TURNER IN TELO, UJETO V DRUŽBENO STRUKTURO	12
2.3 ARTHUR FRANK – STRUKTURACIJSKI POGLEDI NA TELO	15
2.4 MIKE FEATHERSTONE IN PORABNIŠKO TELO	17
2.5 SOCIOLOGIJA ZDRAVJA IN BOLEZNI – GRAHAM SCAMBLER, MAJDA PAHOR	18
3 TELESNE TEHNIKE	20
3.1 MARCEL MAUSS – TELESNE TEHNIKE	21
3.2 NICK CROSSLEY – REFLEKSIVNE TELESNE TEHNIKE	24
3.3 TOMAŽ KRPIČ – AVTO-REFLEKSIVNE TELESNE TEHNIKE	25
3.4 BODY WORK/TELESNO DELO – JULIA TWIGG	26
3.5 TEORIJA DOROTHEE E. OREM – TEORIJA SAMOOSKRBE	27
3.5.1 <i>Teorija samooskrbe</i>	28
3.5.2 <i>Teorija primanjkljaja samooskrbe</i>	29
3.5.3 <i>Teorija sistemov zdravstvene nege</i>	29
3.6 SINTEZA	30
4 KRONIČNA BOLEZEN	31
5 SLADKORNA BOLEZEN	33
5.1 SPLOŠNO O SLADKORNI BOLEZNI	33
5.2 VZROK ZA NASTANEK SLADKORNE BOLEZNI	34
5.3 SMISEL SAMONADZORA SLADKORNE BOLEZNI	35
5.4 SAMODISCIPLINIRANJE SLADKORNE BOLEZNI	36
5.5 NEFARMAKOLOŠKI NAČINI SAMODISCIPLINIRANJA BOLEZNI	38
5.5.1 <i>Zdravstvena vzgoja bolnika</i>	38
5.5.2 <i>Zdrav način prehranjevanja</i>	39
5.5.3 <i>Redna telesna aktivnost</i>	40
5.5.4 <i>Samovodenje</i>	42
5.5.4.1 <i>Samovodenje krvnega sladkorja</i>	42
5.5.4.2 <i>Samovodenje sladkorja v urinu</i>	43
5.5.4.3 <i>Samovodenje acetona v urinu</i>	43
5.6 FARMAKOLOŠKI NAČINI SAMODISCIPLINIRANJA	44
5.7 USPEŠNOST IZVAJANJA SAMODISCIPLINE SLADKORNIH BOLNIKOV	45
6 SKLEP TEORETIČNEGA DELA	47
7 EMPIRIČNI DEL	50
7.1 NAMEN INTERVJUJEV	50
7.2 CILJI INTERVJUJEV	51
7.3 RAZISKOVALNI HIPOTEZI	51
7.4 INTERVJUVANCI IN METODA DELA	52
7.5 IZSLEDKI/ UGOTOVITVE	52
7.6 KOMENTAR K EMPIRIČNEMU DELU	60
8 SKLEP	64
LITERATURA	66

1 UVOD

Zdravje in bolezen sta, kot pravi Susan Sontag, dve povsem različni pokrajini. Če imamo srečo, preživimo večino življenja v prvi, večina pa ima vendarle izkušnje iz obeh (Ule 2003, 13). Vsaka bolezen je močno obremenilen dogodek v človekovem življenju, ki od posameznika zahteva določeno stopnjo obvladovanja. Še posebej je to značilno za kronične bolnike. Dolgotrajna kronična bolezen za bolnika predstavlja oviro, ki ga prizadene ne samo fizično, ampak tudi psihološko in socialno, ter pomeni veliko več kot le izkušnjo fizičnih znakov ali potrebo po negi in posebni oskrbi.

Kronični bolniki morajo v svojem življenju obvladovati predvsem tri strategije:

- najti smisel življenja kljub trajni oviranosti;
- rekonstruirati red v življenjskem svetu;
- rekonstruirati samopodobo (Charmaz v Ule 2003, 86).

Sama se bom v diplomskem delu podrobneje ukvarjala s sladkorno boleznijo, ki zaradi kompleksnosti zahteva celostno obravnavo. Sladkorna bolezen sodi med tiste kronične bolezni, ki so v zadnjih letih močno v porastu in ki od vsakega posameznika zahtevajo ustrezno prilagoditev. V diplomskem delu se ne bom ukvarjala z vzroki za nastanek sladkorne bolezni, ampak z bolniki, ki so že zboleli, prešli fazo sprejemanja in učenja o lastni bolezni ter se s svojo boleznijo začeli bolj ali manj ukvarjati. S tem mislim predvsem na samodisciplino telesa, saj je telo v današnji kulturi dojet kot nekaj spremenljivega, kar je mogoče oblikovati skladno z željami in s potrebami.

Zanimalo me bo, kako lahko sladkorni bolniki samonadzorujejo svojo bolezen oz. načini, na katere lahko disciplinirajo lastno telo. Vsak sladkorni bolnik gre na začetku svoje bolezni skozi proces zdravstvene vzgoje, kjer si pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti, kar mu prav gotovo izboljša kakovost življenja. Z dobro zdravstveno vzgojo lahko sladkorni bolnik tudi prepreči nastanek zapletov sladkorne bolezni, vendar pa je pri tem zelo pomembna samodisciplina. Dobro zdravje in »normalno delovanje« telesa štejeta za dosežek skrbnega samonadzora in samodiscipline; nič drugače pa ni pri sladkorni bolezni. Bolniki so namreč zaradi diagnoze prisiljeni v nadzor lastnega telesa, ki vključuje nadzor nad težo v smislu prehrane, športno dejavnostjo, inzulinom in nad drugimi zdravili.

Cilj diplomskega dela je torej razkriti družbeno konstruiranje osebnih telesnih mehanizmov, s katerimi se posameznik odzove na svoje bolezensko stanje pri sladkorni bolezni, kar bi lahko vodilo k izboljšanju stanja na tem področju. Pri tem moram omeniti, da se bom osredotočila samo na bolnike, starejše od 50 let, ki imajo sladkorno bolezen najmanj deset let. Šlo bo za ljudi, ki so zboleli v obdobju odraslosti, ko so imeli izoblikovano osebnost in utrjenih veliko navad. Ker je spreminjanje navad pri sladkorni bolezni nujno, me bosta zanimali njihova pripravljenost in sposobnost rekonstruiranja načina življenja bolezenskemu stanju primerno.

Diplomsko delo bo razdeljeno na dva dela, teoretični in empirični del, osnovno raziskovalno vprašanje, na katero bom skušala odgovoriti, pa je skupno, in sicer: s katerimi oblikami avto-refleksivnih tehnik poskuša posameznik, ki boleha za sladkorno boleznijo, rekonstruirati svoj telesni in psihični red v določnem družbenem kontekstu. Ker je za razumevanje celotnega diplomskega dela potreben osnovni vpogled v sociologijo telesa, telesne tehnike in v sladkorno bolezen, se bom tega lotila v teoretičnem delu. V drugem, empiričnem delu pa bom opravila intervjuje s sladkornimi bolniki in tako dobila podatke o družbeni naravi samodiscipliniranja diabetičnega telesa v praksi.

2 SOCIOLOGIJA TELESA

Pomembnost telesa se je v sociologiji začela kazati v osemdesetih letih dvajsetega stoletja, uveljavljen del sociologije pa je postala šele v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je telo postalo tema v sociologiji (O'Neill 1985; Featherstone 1991; Giddens 1991; Shilling 1993; Synnott 1993; Turner 1996). Sociologija se primarno zanima za družbene ustanove, procese, strukture, odnose in spremembe – ukvarja se torej s temami, ki navidezno nimajo ničesar skupnega z odnosom posameznikov do lastnih teles. Kot pravi Turner: »Človeško telo kot omejitev človeškega doživljanja in zavesti se je zdelo manj pomembno kot kolektivna realnost družbenega sveta, v katerega je umeščeno sebstvo. Legitimno zavračanje biološkega determinizma v prid družbenemu determinizmu je imelo za posledico izključitev telesa iz socioloških imaginacij« (Turner v Kuhar 2004, 58).

Telo je bilo torej razumljeno kot provinca drugih disciplin, kot nezanimiv predpogoj človeškega delovanja (interpretativna sociologija) ali pa kot preprosta tarča družbenega nadzora (strukturalizem) (Shilling 1993, 19–29).

Danes je pogled na telo drugačen, saj ima pomembno posredniško vlogo med identiteto posameznika in njegovo družbeno identiteto. Zaznava lastnega telesa je kot ogledalo, ki odbija družbene poglede in predsodke (Kuhar 2004, 59). Telo oz. nadzor nad telesom je namreč postal zelo pomemben in nam hkrati predstavlja edini občutek varnosti. Moda, kozmetika, telovadba in posebna prehrana pa so samo nekateri načini, s katerimi skuša posameznik dati svojemu telesu videz, ki je skladen s predstavami o idealnem telesu. Kot pravi Turner (1991), se je to zgodilo zaradi zatona kapitalizma, temelječega na disciplinirani delovni sili in težki industriji, pozneje pa z vzponom storitvene industrije, ki povzroči propad tradicionalnega delavskega razreda in pripelje do sprememb v življenjskem stilu, kjer v ospredje stopita potrošnja in prosti čas. Tudi Shilling poudarja, da telo v porabniški kulturi dobiva vedno večji pomen, obenem pa nudi pomoč pri predstavitvi posameznika. Začnejo ga obravnavati kot stroj, ki naj bo usklajen, oskrbovan in skrbno oblikovan skozi zdravo prehrano, redno fizično aktivnost, ustrezno zdravstveno oskrbo in skozi primerno oblačenje (Shilling 1993, 35).

Sociologi telesa torej pojmujejo telo kot primarno in najbolj razvidno posameznikovo identiteto oz. kot izhodišče identitete. Ljudje smo telo spremenili v projekt, prek katerega se oblikuje in ohranja občutek sebstva. Postalo je osrednji objekt samoizražanja in samoidentitete (Featherstone 1991). Giddens (1991), Shilling (1993) in Synott (1993) celo trdijo, da se je v sodobnih družbah projekt sebstva spreobrnil v projekt telesa. Nadzor, spreminjanje in obvladovanje lastnega telesa namreč ljudem ponuja trdne temelje, na katerih lahko rekonstruirajo zanesljiv občutek sebstva (Shilling 1993, 6) – ali kot pravi Beck: »Telo postaja otok sigurnosti v globalnem sistemu mnogovrstnih tveganj« (Beck v Shilling 1993, 5).

Kaj pa se zgodi, ko posameznik zboli, pri čemer mislimo na kronične bolezni, ko torej izgubi nadzor nad lastnim telesom oz. postane njegovo nadzorovanje bistveno pri zdravljenju? Tu bi omenila Shillinga (2008, 112–118), ki pravi, da mora posameznik pri bolezni obvladati ogrožanje lastnega družbenega statusa, pa tudi bolečino in zmanjšanje lastnih potencialov. Zaradi nepredvidljive narave kroničnih bolezni in njihovih znakov posameznik ne more razviti stabilnih navad, ki bi mu omogočale nadzor nad njegovim okoljem. Življenje lahko zato pomeni stalen boj, v katerem prej samoumevna pravila in neodvisnost postanejo nemogoče ideje. Pogosto pa ni problem samo v razvijanju zanesljivih navad, ampak v opustitvi škodljivih razvad, ki so jih pravzaprav lahko pripeljale do bolezenskega stanja. Shilling (2008, 112–118) pravi, da navade pronicaajo v najgloblje vdolbine našega telesa. Imajo strukturno podlago v našem živčnem sistemu, pri uporabi naših čutil in oblikovanju identitete; so torej del nas. Na eni strani poudarja njihovo škodljivo in omejujočo naravo, njihov učinek pa se lahko kaže tudi v povečanju zmogljivosti. Kadar mora posameznik zaradi različnih vzrokov spremeniti svoje navade, je običajno najuspešnejše, če obstaja ustrezna sprememba kontekstualnih in okolijskih pogojev. Eden takih dejavnikov je lahko tudi bolezen. Takrat navade vstopijo v območje krize, kjer njihovo izvajanje postane nemogoče oz. neučinkovito. Kriza se torej pojavi, kadar obstajata precejšnje neskladje in konflikt med družbenim in fizičnim okoljem, v katerem posameznik živi, ter njegovimi biološkimi potrebami in telesnimi potenciali. Posameznik v krizni situaciji sicer lahko nadaljuje z nespremenjene navade, vendar pa je s tem zaradi vztrajnega zavračanja obsojen na neučinkovit spopad z boleznijo ali celo na poslabšanje stanja. Boljša možnost je kreativnost oz. ustvarjalnost (Shilling 2008, 13–19). Pri tem poudarja, da so posamezniki lahko kreativni in prilagodljivi, kot je človeško mogoče, vendar je vlaganje v ponovno utelešenje lastne identitete, skladno z novimi razmerami bistven korak pri doseganju ravnotežja in miru v življenju. To je faza, v kateri skušajo ljudje v svoje življenje ponovno uvesti neko rutino in

navade, za katere ni nujno, da so popolnoma drugačne. Lahko jih nadomestijo s kakšno bolj ustrezno ali samo stari navadi dodajo neki nov pomen (Shilling 2008, 118).

Raziskovalci pravijo, da bolniki čutijo potrebo po zdravljenju svojega spremenjenega telesa, saj v takšnem telesu vidijo grožnjo svojemu prejšnjemu doživljanju samega sebe. Bolezen tako od posameznika zahteva, da spremeni način, na katerega je do takrat gledal nase, ter v ta pogled vključi bolezen in njene vplive. Bolniki bolezen vidijo kot »motnjo«, zaradi katere morajo spremeniti svoja pričakovanja do življenja in vsakodnevnih rutin in ki jih prisili, da ustvarijo nove pomene in okvire razumevanja (Charmaz v Montez in Karner 2005, 1088).

Po drugi strani pa sta zdravje in bolezen vse bolj stanji, ki ju ni mogoče razločevati. Bolezenske znake in doživljanje bolezní ni več mogoče ne časovno ne prostorsko razločevati od sicer »normalnega« življenja. Torej jih ni mogoče izključevati iz »normalnega« življenja. Nasprotno – vse bolj so vpeti v vzorce dela in prostega časa in so vidno prisotni (Bezenšek in Barle 2007, 34–35). Gre torej za nekakšno normalizacijo bolezní oz. njeno detabuiziranje, kar lahko pomeni, da ljudje na bolezen gledajo kot na sestavni del življenja in da se je ne bojijo ali pa je ne jemljejo resno.

Ker se bom v diplomskem delu ukvarjala s starajočim se telesom sladkornega bolnika, se bom v nadaljevanju usmerila k nadzoru telesa ob bolezní. Nadzora telesa ob sladkorni bolezní gotovo ne gre enačiti z nadzorom zdravega telesa, pa čeprav je cilj lahko enak – zdravo telo. Zdravje je postalo cilj po sebi in ne sredstvo, nujno potrebno za doseganje drugih življenjskih ciljev. Zdrava prehrana, športna dejavnost, odpoved kajenju, alkoholu itd. so bistvene navade za ohranjanje dobrega zdravja in normalnega življenja. So pa tudi znak discipliniranja in samonadzora nad telesom in življenjskimi navadami posameznika. Seveda je to še toliko bolj pomembno ob bolezní, natančneje sladkorne bolezní. Ustrezen nadzor nad lastnim telesom namreč prispeva k nadzoru bolezní in s tem h kar najbolj normalnemu načinu življenja. Načini zdravljenja sladkorne bolezní so zato usmerjeni v samonadzor telesa s pomočjo načrtovanja prehrane, telovadbe in pogosto tudi jemanja zdravil. Telo tako postane porušeno ravnotežni sistem, v katerem se bolniki disciplinirano trudijo z obvladovanjem in onemogočanjem napredovanja bolezní.

Spodbuda za razvoj sociologije telesa pa izhaja prek veliko avtorjev, npr. Bryana S. Turnerja, Arthurja Franka, Nicka Crossleyja, Mika Featherstona in Chrisa Shillinga, zato bom v nadaljevanju predstavila njihov prispevek k razvoju sociologije telesa.

2.1 Michel Foucault in družbeno nadzorovano telo

Spodbuda za razvoj sociologije telesa v veliki meri izhaja tudi iz del francoskega filozofa Michela Foucaulta, ki zato gotovo velja za najvplivnejšega teoretika telesa. Sama ga v diplomskem delu omenjam zaradi njegovega ukvarjanja s telesnim nadzorovanjem, ki je tudi predmet mojega dela.

Foucault v delu *The birth of clinic* (1975) obdela pomembno prelomnico v konceptiji medicine do zdravja in bolezni. Če se je konec osemnajstega stoletja medicina usmerjala k posamezniku in njegovemu zdravju ter upoštevala specifičen življenjski slog bolnika, naredi medicina devetnajstega stoletja preskok z določanjem medicinskega standarda. Od zdaj se bolnika zdravi glede na odklonskost oz. v kolikšni meri odstopa od posameznih medicinskih norm; določati se začnejo meje normalnega in patološkega.

Njegovo raziskovanje je šlo v smeri odnosa med družbo in telesom oziroma vseprisotne oblasti nad telesi individuumov. Gre za oblast nad telesi individuumov, ki proizvaja krotka telesa, katera se da spremeniti ali izpopolniti. Po Foucaultu ta oblast ni samo negativna, torej represivna, nadzorovalna in omejevalna. Hkrati ko omejuje, tudi proizvaja, ustvarja stvari, uvaja uživanje, oblikuje znanja, oblikuje diskurz. Pravi pa, da je obvladovanje in zavest o lastnem telesu mogoče doseči le prek učinka investicije oblasti v telo: gimnastika, telesne vaje, nudizem, povečevanje lepega telesa... Slecite se – toda bodite vitki, lepega videza, porjaveli (Foucault v Bahovec 1995, 29).

V nekaterih svojih delih Foucault opisuje telo kot »objekt in tarčo moči«, kot polje, na katerega se vpisujejo hierarhije moči. Podrobno je opisal celo vrsto načinov telesnega discipliniranja, ki se uporabljajo za proizvodnjo »krotkih teles«, ki voljno izvajajo samonadzor (Kuhar 2004, 72). Te metode, ki omogočajo podroben nadzor nad dejavnostmi telesa, zagotavljajo stalno podložnost njegovih sil in jim vsiljujejo razmerje krotkosti - uporabnosti, Foucault imenuje discipline. Discipliniranje pa je dvojno, saj ga po eni strani

posamezniki izvajajo nad drugimi, po drugi strani pa mora posameznik najprej sam usvojiti določene spretnosti. Taka telesa je tudi lažje usmerjati in programirati, hkrati pa so disciplinirana telesa bolj zaželena (Foucault 2004, 153). Zdravo prebivalstvo pa je po njegovem mnenju pomembno še zaradi dveh razlogov, in sicer obrambne in ekonomske moči.

Standardi discipliniranega telesa so se skozi zgodovino spreminjali, s tem pa se je spreminjalo tudi mučenje telesa (od obilne do drobne postave, preščipanja v pasu in anoreksičnih manekenk). Vsesplošna proizvodnja discipliniranih in krotkih teles postaja subtilno vtkana v družbeni sistem, tako da le-ta postaja popolnoma odvisen od njenega delovanja. Prav iz strahu, ki je zdaj nujnost, telo povsod izpostavljajo pogledu.

Foucault na telo gleda kot na družbeni produkt, ki se oblikuje v diskurzu moči. Zanj je telo v celoti konstruirano z diskurzom ali kot pravi sam: »V vsaki družbi obstajajo mnogoteri oblastniški odnosi, ki prežemajo, opredeljujejo in konstruirajo družbeno telo, in ti oblastniški odnosi sami ne morejo biti vzpostavljeni, utrjeni niti izvajani brez produkcije, akumulacije, cirkuliranja in funkcioniranja diskurza« (Foucault 1991, 29).

Kljub Foucaultovi vplivnosti pa po mnenju kritikov njegove teorije telesa še vedno predstavljajo telo kot nekakšno transkulturno, ahistorično in poenoteno entiteto. Telo je zanj predvsem pasivni prejemnik odnosov moči (med dominantnim diskurzom in telesi posameznikov ni nikakršnega povratnega odnosa). V tem pogledu je Foucault nihilist in pesimist, saj ne ponudi nikakršne alternative. V modernosti pa telo za Foucaulta kot fizični in kavzalni fenomen celo povsem izgine. Diskurzi po njegovem mnenju namreč zdaj merijo na razum, ki je raztelešen, in ne na fizično telo. Človeška telesa v modernosti so zanj le proizvod, proizvajajo pa le toliko, kolikor moči v njih vloži diskurz (Foucault 1991, 63–64; Shilling 1993, 79–81; Synnott 1993, 234; Turner 1996, 7).

2.2 Bryan Turner in telo, ujeto v družbeno strukturo

Bryan Turner je prvi sociolog, ki ga bom v diplomskem delu podrobneje obravnavala. Tudi on se je – tako kot Foucault – ukvarjal z nadzorom telesa. Medtem ko Foucault pravi, da se s posegi v telo konstruirata narava telesa, pa je za Turnerja nadzor nad telesi pomemben z vidika ohranjanja zdravja ljudi. To je tudi razlog, zaradi katerega Turnerju namenjam posebno

mesto. Povezava med nadzorom telesa in ohranjanjem zdravja se – kot bomo videli v nadaljevanju – kaže tudi pri sladkornih bolnikih.

Njegovo prvo delo, ki je v celoti namenjeno sociološki obravnavi telesa, je knjiga *Body and Society*, ki jo je Bryan Turner izdal leta 1984. Avtor v knjigi poudarja, da je za razumevanje povečanega pomena telesa treba poznati družbene spremembe. Eden izmed vzrokov je po njegovem mnenju zaton kapitalizma, ki temelji na težki industriji in disciplinirani delovni sili, ter s tem vzpon storitvenih dejavnosti. V ospredje stopi nov življenjski slog, ki ga zaznamuje prosti čas in s tem povezano naraščanje porabe. Telo dobiva vedno večji pomen in predstavlja osnovo posameznikove samopredstavitve. Telo je obravnavano kot stroj, ki naj bo usklajen, oskrbovan, rekonstruiran ter skrbno oblikovan s pomočjo redne fizične vadbe, zdrave prehrane in modnega oblačenja. Vzpon feminizma je naslednji dejavnik, ki ga Turner omenja. V drugi polovici 20. stoletja se namreč začnejo postavljati vprašanja glede pravice do splava in nadzora rojstev. Ženske zahteve po nadzoru nad svojimi lastnimi telesi so pripeljale koncept telesa v akademske razprave, s tem pa so se začele razprave o odnosu do telesa, narave in kulture. Kot tretji razlog Turner navaja staranje prebivalstva. Daljšanje življenjske dobe prebivalstva vpliva na razvoj gospodarstva in novih gospodarskih panog pa tudi na naraščanje stroškov zdravstvene oskrbe, socialnih služb in stanovanj. Staranje prebivalstva sproži potrebe po širjenju nasvetov za zdravo prehrano, hujšanju, telesni vadbi, po lepotičenju itd. Nadzor nad posamezniki je za državo pomemben predvsem zaradi ekonomskih posledic, ki jih prinašajo bolni posamezniki. Zdravljenje, manjša delovna učinkovitost, odsotnost od dela, nesposobnost za delo, socialne pomoči, zdravstveni dodatki ipd. so tisto, kar državo stane. Zato je v njenem interesu, da ohranja prebivalstvo zdravo. To pa počne predvsem s komuniciranjem o zdravju, zdravi prehrani in o redni telesni aktivnosti prek medijev ter medicinskih diskurzov (Turner 1991).

Turner pravi, da lahko telo opazujemo z različnih vidikov:

1) Prvi sklop teorij razume telo kot sosledje družbenih praks (Marcel Mauss, Erving Goffman in simbolični interakcionisti, na primer Georg Herbert Mead in John Dewey). Predvsem antropološka tradicija razume telo kot proces nenehnega in sistematičnega oblikovanja ter predstavljanja v vsakdanji praksi človeka, zato je telo razumljeno kot potencial, ki se realizira in aktualizira skozi številne družbeno uravnane aktivnosti in prakse. Vsi ti pristopi predpostavljajo pomembnost vsakodnevnih praks v produkciji in vzdrževanju telesa, a hkrati zanemarjajo vpliv družbene strukture.

2) Drug pomemben vidik razumevanja telesa se nanaša na razumevanje telesa kot sistema znakov – telo je nosilec, prenašalec določenih družbenih pomenov in simbolov. Omenjeni vidik so še posebej močno podpirali antropologi, ki so poudarili pomen telesa pri prenašanju kulture in določenih pomenov, še posebej obredov in religijskih praks.

3) Tretji pristop razume telo kot sistem znakov, ki izražajo družbeno moč. Ta pristop je še posebej značilen v feministični sociologiji ter v medicini in zgodovinskih raziskovanjih (Turner 1993, 24–37).

Ker se bom v diplomskem delu ukvarjala z nadzorom telesa, moram omeniti Turnerjevo mnenje gleda tega. Sprašuje se, ali smo ljudje res odgovorni za svoja (telesna) dejanja in kolikšen je pravzaprav nadzor nad našimi telesi. Če se ponovno navežem na Foucaulta, ta pravi, da mora posameznik najprej sam osvojiti določene spretnosti discipliniranja, da ga lahko izvaja nad drugimi, tako telo pa postane bolj zaželeno. Turnerjev pogled na telesni nadzor je dvojen. Na eno stran postavlja fenomenologe, ki trdijo, da ima oseba (tj. njen um) neposredno oblast nad lastnim telesom in da je odnos s telesom enosmeren in popoln, na drugi strani pa poudarja, da ne smemo zanemariti močne strukturalistične struje, ki poudarja vplivnost strukture (sužnji, ženske in otroci imajo v patriarhalni družbi prav gotovo manjši nadzor nad lastnim telesom, kot ga imajo svobodni državljani, moški in odrasli ljudje). Govoriti o fenomenološkem lastništvu naših teles je za sociologijo po Turnerjevem mnenju brezpredmetno; ključnega pomena je nadzor nad telesom, ki je v interesu javnega zdravja, ekonomije in politike (Turner 1996, 79–82).

Porušenje in neizvajanje nadzora nad telesom se po Turnerju kaže v nastanku bolezni. Vsi veliki politični in osebni problemi se namreč izražajo v telesu in prek telesa. Da se ne zgodi porušenje ravnovesja, moramo poskrbeti sami. Po Turnerjevem mnenju je rešitev dieta, ki izhaja iz grške besede »diatia«, kar pomeni način življenja oz. prehranjevanja po določenih pravilih. Dieta največkrat pomeni redukcijo vnosa kalorij v telo, in sicer z namenom, da bi zmanjšali telesno težo. Po navadi gre za uživanje manjše količine hrane splošno, izogibanje mastni hrani in za preštevanje kalorij (Grogan 1999). Dandanes tako telo ni več definirano s terminom »božanske zmernosti«, ampak s kalorijami in proteini, njegova učinkovitost in discipliniranost pa sta izmerjeni z natančnostjo in gotovostjo (Turner 1991, 167).

Bryan Turner (1996) do konca drugega tisočletja našteje kar lepo število teoretičnih razmišljanj o telesu, a o obstoječem stanju sociologije telesa kljub temu nima najboljšega

mnenja, saj jo označi za nerazvito in uborno v mnogih pogledih. Pravi, da se sociologija zelo malo dotika temeljnih vprašanj, povezanih s telesom, z utelešenostjo in s telesnimi praksami. Definiranje telesa je zato po njegovem mnenju problematično, ker leži na osi teoretičnih trenj med 'naravo in kulturo', 'človekovim delovanjem in družbeno strukturo', 'posameznikom in družbo' ter 'razumom in telesom' (Turner 1996, 66–68 in 229–232).

2.3 Arthur Frank – strukturacijski pogledi na telo

Arthur Frank je naslednji avtor, ki se je ukvarjal s telesom. Zanimivo je predvsem dejstvo, da je raziskovanje telesa začel po osebni izkušnji bolezni. Prestal je namreč srčni napad, prebolel raka in se spopadel s smrtjo dveh prijateljev, skupaj s katerima se je zdravil v bolnišnici. Vse te izkušnje so mu omogočile doživljanje bolezni z veliko različnih vidikov. S svojim pisanjem je želel predvsem pokazati, da je od vsakega posameznika odvisno, kako bo uporabljal svoje telo in kolikšen nadzor bo izvajal nad njim, in sicer ne glede na njegovo stanje oz. razširjenost bolezni. Zdravila so res sredstva, ki lahko pozdravijo bolno telo, vendar je posameznik tisti, ki vpliva na njihovo jemanje (Frank 1996, 3–7). Posamezniki torej s svojim nadzorovanjem telesa in z discipliniranjem pri jemanju zdravil lahko vplivajo na svojo bolezen, pri čemer imam v mislih sladkorno bolezen, s katero se bom podrobneje ukvarjala v nadaljevanju.

Frank kritizira Turnerjevo tipologijo in nasprotuje njeni funkcionalistični perspektivi, zato ponudi 'strukturacijsko teorijo' telesa in družbe. Zanj je telo najprej problem sam po sebi, tj. akcijski problem utelešenja v specifičnem kontekstu, in ne toliko abstraktni družbeni problem.

Kljub številnim razhajanjem pa oba s Turnerjem predpostavljata pomembnost vsakodnevnih praks za vzdrževanje telesa. Frank telo definira kot proizvod telesnih tehnik, družbo pa kot produkt vsote teh tehnik. Sam se posveti bolnikom in razišče njihove izkušnje z boleznijo, ki jih črpa tudi iz lastnega življenja. Pri tem izhaja iz štirih različnih problemov, s katerimi se spopoda telo. Ta vprašanja oz. problemi zadevajo *nadzor* (telo se mora vprašati, kako (ne-)predvidljiva bo njegova igra, pri čemer sta mogoča le dva odgovora, in sicer predvidljiva in nepredvidljiva), *željo* (telo proizvaja željo ali pa mu je primanjkuje), *odnos do drugega* (telo je zaprto samo vase ali pa obstaja v medsebojnem odnosu z drugimi telesi) in *odnos do sebe* (telo se počuti povezano in domače samo v sebi ali pa se odtuji od lastne korporealnosti) (Frank 1991, 36–53). Nekoliko drugače to predstavi Shilling, ki telesno delovanje razdeli na

navado, krizo in na ustvarjalnost. Ko navada preneha služiti posamezniku, nastane krizna situacija, ko posameznik začne dvomiti o svojih sposobnostih in lastni identiteti. Z reševanjem problema nastopi faza kreativnosti, kjer lahko posameznik prek telesne prakse na novo vzpostavlja stabilnost in rešuje konflikt utelešenega delovanja.

Ob zastavljenih vprašanjih, Frank izpelje štiri »idealna telesa«: disciplinirano, zrcalno, dominantno in komunikativno telo. Idealni tip je disciplinirano telo, ki ne proizvaja nikakršne želje, je odtujeno od lastne korporealnosti in zaprto samo vase. Je le orodje za instrumentalno uporabo, nesposobno dajati ali prejemati sočutje. Frankov drugi idealni tip telesne uporabe je zrcalno telo, ki se naredi predvidljivo tako, da odseva objekte, ki ga obkrožajo. Predvidljivo je torej toliko kot predmeti, ki so zanj dosegljivi. Telo je sicer odprto za zunanje dražljaje, a je zaprto v njegovi apropiaciji (vsi objekti so prirejeni telesu, še preden jih le-to ponotranji, kar pomeni, da telo ne zrcali tistega, kar konzumira, ampak samo sebe). Zrcalno telo ima za Franka primanjkljaj želje in poželenja, a to skriva v podzavesti, saj neprestano proizvaja površne želje skozi porabo. Dominantno telo se neprestano zaveda svoje lastne kontingence; njegov svet je vojna, zato se zaradi novih situacij in neznanega neprestano počuti ogroženega. Bistveni kakovosti dominantnega telesa sta konstrukcija želje kot manjkajoče in zahteva po kompenzaciji. Ta zahteva se v kombinaciji z diadično usmerjenostjo telesa na druge sprevrže v strah, ki pa ga dominantno telo obrne navzven. Zanj je eksterminacija »drugega« edina možnost za boj proti strahu. V kontekstu vojne to pomeni, da morajo drugi dobesedno umreti, da lahko dominantno telo živi samo s seboj. Odtujenost od samega sebe je zadnja lastnost dominantnega telesa. Zadnji tip uporabe telesa je za Franka komunikativno telo, ki je izmed vseh štirih tipov teles najmanj resnično. Obstaja namreč le kot možnost in želja za prihodnost. Lastnosti tega telesa so nepredvidljivost, ki predstavlja priložnost in ne grožnje telesu, proizvodnje želje ter pozitiven odnos telesa do samega sebe. Glavna lastnost tega tipa je, da je v neprestanem procesu ustvarjanja samega sebe skozi konstruktivno interakcijo z drugimi (Frank 1991, 54–102). Pri Shillingu pa je, kot sem omenila zgoraj, to nekoliko drugače.

O tehnikah telesa – kombinacija diskurza, ustanov in same korporealnosti – pravi, da so sicer družbeno dane, a se uprizarjajo le prek praktične uporabe teles na druga telesa. Frank trdi, da telesa obstajajo med diskurzi, ki vsebujejo »kognitivne mape« telesnih sposobnosti in omejitev, ter ustanovami. Če je diskurz oz. njegov kontinuirani obstoj odvisen od neprestanega uprizarjanja družbenih akterjev, imajo ustanove svojo specifično mesto v prostoru in času. To ne pomeni, da ustanove predhajajo/prehitevajo telo, da jih je treba

teoretizirati od telesa navzgor, po drugi strani pa telesa ne izhajajo iz diskurzov in ustanov, ampak so produkt drugih teles (Featherstone in drugi 1991, 47–51; Shilling 1993, 93–95).

2.4 Mike Featherstone in porabniško telo

Mike Featherstone je naslednji sociolog, ki se je prav tako ukvarjal s sociologijo telesa. Pravi, da se danes ljudje veliko bolj ukvarjajo s svojimi telesi. Tisto, kar šteje, so mladost, vitalnost, spolna privlačnost in vitkost, do česar pridemo, če se disciplinirano posvečamo svojemu lastnemu telesu in vzdržujemo režime, ki domnevno vodijo k naštetim ciljem (Rener 1998, 61). Bolno telo je torej posledica neukvarjanja s telesom, kar do neke mere gotovo velja tudi pri sladkornih bolnikih. Tako disciplina in vitkost telesa sicer sladkorne bolnike vodita k boljšemu in lepšemu videzu, vendar pa je pri njih najpomembnejše izboljšanje zdravstvenega stanja, ki ga s tem dosežejo.

Featherstone pravi, da je velik poudarek na ukvarjanju s telesom močno povezan s porabo izdelkov in drugih storitev. V porabniški družbi »razkazovanje« telesa in predstavitev njegovih posebnosti nista več posameznikovi izbiri, ampak postajata vse bolj nekaj pričakovanega. Porabniška kultura poudarja, da je telo nosilec užitkov in samoizražanja. Featherstone govori o t. i. »performansu identitete«, igranju identitete oziroma igranju sebe. Današnja moderna družba daje velik poudarek mlademu in lepemu videzu. Videti boljše, mladostnejše in privlačnejše je postala osnovna potreba večine ljudi, saj se tisti, ki je videti dobro, tako tudi počuti (Featherstone in drugi 1991a, 390–394 in 398–401). Znotraj porabniške družbe je vitkost postala povezana z zdravjem, kar sta poudarjala tudi Turner in Frank. Zdravstveno poučno sporočilo, da je debelost tveganje za zdravje, je tako prešlo v zdravorazumsko modrost. Po drugi strani pa naj bi ravno porabniška družba ustvarjala vtis, da so telesne značilnosti plastične in da lahko s trdom in z delom na telesu ustvarimo tak videz, kot si ga želimo. Telo je nosilec užitkov, saj je današnja družba obsedena z mladim, vitkim, z zdravim telesom, torej dobrim fizičnim videzom. Pomembno je le, da se telo čim bolj približa tem idealnim podobam, pa naj gre za uporabo kozmetike, fitnesa ali česa tretjega. Poudaril je, da je odnos do telesa sicer spolno specifičen, vendar pa sam govori le o razliki v stopnji. Pravi, da so ženske glavne tarče in da so one najbolj »ujete v narcisistični, samonadzorovalni svet podob« (Kuhar 2004, 60–61).

Vsi avtorji, ki sem se jih podrobneje opisala, torej zagovarjajo pomembnost telesnega nadzora, hkrati pa so med njimi opazne razlike v samih vzrokih vzdrževanja telesa. Termin vzdrževanje telesa, ki ga uporablja Featherstone, kaže na razširjenost metafore telesa kot stroja, orodja in na poblagovljenje oz. komodifikacijo telesa v porabniški kulturi. Svoj prosti čas posamezniki vse bolj izkoriščajo v smislu skrbi za telo in vzdrževanja le-tega, pri tem pa je pomembna tudi zdravstvena vzgoja. Ta posameznikom, ki ohranjajo svoje telo skozi prehrano in telovadbo, zagotavlja, da uživajo bolj zdravo in predvsem daljše življenje. S tem poskušajo vplivati na ljudi, da začnejo sami prevzemati odgovornost za svoje zdravje in videz telesa. Telo namreč omogoča, da posameznik doseže vse tisto, kar je dobro v življenju (Featherstone 1991a, 182). Hkrati pa poudarja, da je prek tehnik telesnega vzdrževanja in discipliniranja (od prehrane do različnih vadb) mogoče doseči povezanost notranjega in zunanjega telesa. Pri tem je pomembno, da sta prva cilja vzdrževanja notranjega telesa povečanje in izboljšanje videza zunanjega telesa (Strehovec 1993, 198).

Čeprav je njegov pogled usmerjen v metaforo telesa kot stroja, pa pravi, da je telo oziroma posameznik še vedno unikatna entiteta, saj je hkrati objekt in subjekt, produkt in akter ter struktura in pomen.

2.5 Sociologija zdravja in bolezni – Graham Scambler, Majda Pahor

Sociologija telesa, ki sem jo podrobneje predstavila zgoraj, je pomembna teoretična osnova za sociologijo zdravja in bolezni. To pa je še en pojem, ki se ga moram dotakniti v tem poglavju. Sociologija zdravja in bolezni namreč pomembno prispeva k razumevanju bolezni, o kateri bo govor v nadaljevanju diplomskega dela.

Sociologija zdravja in bolezni sicer proučuje številne družbene pojave, tj. razumevanje zdravja in bolezni s strani zdravstvenih delavcev in bolnikov, družbene vplive na zdravje in bolezen, loteva pa se tudi novih postmodernih vprašanj, kot sta medicina nadzorovanja, vprašanje telesa, ter njegove abnormalnosti in invalidnosti (Scambler in Higgs 1998). Ker se pojma nadzor in vprašanje telesa v diplomskem delu največkrat pojavita, sem v zgornjih vrsticah predstavila mnenja in poglede številnih avtorjev. Poglejmo pa si, kaj o tem pravi sociologija zdravja in bolezni.

Če na začetku razčlenim dva pojma, bolezen sociologija vidi kot družbeno dejstvo, medicina pa kot izoliran, individualen pojav. Prispevek obeh skupaj pa je v boljšem razumevanju bolezni in uveljavitvi ugotovitve, da je vsak poseben človeški organizem že kulturni produkt, kajti telo ni popolnoma naraven pojav, ampak je produkt odnosov moči in znanja (Pahor 1999, 1025).

Sociologija je po svojem predmetu blizu religiji in medicini; skupno imajo spraševanje po pomenu družbene akcije in značaju družbenega reda. Oboje pa zahteva uravnavanje človeškega telesa. Ugotavljanje doživljanja, smisla, delovanja, organiziranja in nadzorovanja ljudi, ki se srečujejo v polju obravnave zdravja in bolezni kot uporabniki storitev ali poklicni zdravstveni delavci, pomembno prispeva k pojasnitvi pojava. Predmet sociologije zdravja in bolezni so vsakdanje izkušnje ljudi, ki imajo težave z zdravjem, pa tudi tistih, ki ljudem s težavami pomagajo, kot so: medicinske sestre, fizioterapevti, zdravniki in drugi. Sociologija lahko prispeva k medicinskemu razumevanju družbenih vzrokov bolezni in omogoči vpogled v bolnikovo izkušnjo bolezni. Izboljša sposobnosti zdravstvenih delavcev za sodelovanje z bolniki, prav tako pa omogoča tudi nov pogled na vlogo institucionalnega zdravstvenega varstva. Predvsem pa razkrije določene dimenzije zdravja in bolezni, ki so v medicinskem modelu nevidne (Pahor 1999: 1022–1025).

Kakšen pa je pogled sociologije zdravja in bolezni na kronične bolezni? Tu bi omenila Turnerja (1995), ki predlaga naslednji pristop proučevanja:

1. najprej je treba proučiti fenomenologijo (podroben opis pojava) bolečine oz. težav skozi interpretacijo tistih, ki jo doživljajo;
2. nato je treba proučiti analizo družbenih procesov, skozi katere je konstituirana bolezen, s katero se ukvarjajo različne profesionalne skupine s specifičnimi interesi;
3. na koncu sledi še analiza politične ekonomije pogojev dela, proizvodnje in porabe v modernem kapitalizmu.

Potrebne so torej različne ravni obravnave, in sicer individualna, skupinska in skupnostna s teoretično kontinuiteto razlagalnih paradigem. To je skupno proučevanju vseh kroničnih bolezni, tudi sladkorne bolezni, ki je predmet mojega raziskovanja. V primerjavi z drugimi kroničnimi bolezni je pri sladkorni bolezni diagnoza hitro znana, prav tako primeren način zdravljenja, vse drugo, kar sledi, pa je vse prej kot preprosto. Medtem ko nekateri sladkorni bolniki sebe vidijo kot fizično in psihično nezmožne, lahko drugi nase gledajo kot na

popolnoma zdrave ljudi. Vse to pa je odvisno od t. i. urejenosti bolezni in nadzora nad lastnim telesom oz. telesnih tehnik, kar obravnavam v naslednjem poglavju.

3 TELESNE TEHNIKE

Telo, ki se ga človek zaveda, je predmet neprestanega samoocenjevanja. Ugotavlja se njegova veljava, še zlasti pa primernost, zato posameznik na telo pazi, spremlja njegovo delovanje in ga torej nadzoruje.

Telo v tem smislu nadzira človek sam, nadzirajo pa ga tudi drugi; je pod nadzorom lastnih predstav o primernem telesu ter pod nadzorom družbe in kulture. Nadzor je vsekakor določen ukrep, ki izhaja iz opazovanja telesa ali celo njegove skrutinacije, pri kateri se uporabljajo različne tehnike. Na splošno gre za to, kako mu strežejo in kako ga uporabljajo (Južnič 1998, 48–49).

Sandra Bartky (1990), ki se je sicer osredotočila na discipliniranje ženskega telesa, deli disciplinske prakse, ki oblikujejo telo, v tri skupine:

1. prakse, ki so usmerjene k produkciji določenega stanja telesa (prehrana, telovadba);
2. prakse, ki silijo telo k določenim gestam in držam (način sedenja, gibi glave, gibi rok);
3. prakse, ki so usmerjene k videzu telesa in njegovemu okraševanju (ličjenje, moda) (Bartky 1990, 65).

Sama se bom v nadaljevanju diplomskega dela ukvarjala izključno s prvimi, torej praksami, ki so usmerjene k produkciji določenega stanja telesa, ki sladkornim bolnikom omogočajo normalen način življenja. Ker so moja ciljna skupina bolniki, starejši od 50 let, bo govor o spreminjanju habitusa/navad starajočega se telesa, ki pogosto zahteva celostno spremembo načina življenja. Gre za vnašanje telesnih tehnik – prehrana, telesna aktivnost, jemanje zdravil – v njihov vsakdan. Hkrati pa je njihovo upoštevanje edino »zdravilo«, ki zares deluje.

Že v preteklosti so posamezniki uresničevali diete, asketizem in druge telesne režime kot obliko kontrole nad telesi, in sicer z namenom vzpostavljanja discipline telesa. Dieta je bila osnovna komponenta tradicionalnih režimov v medicinski praksi in tudi asketske regulacije v religiji. Še posebej pa so diete postale priljubljene v sedemnajstem in osemnajstem stoletju

kot sredstvo za doseganje dolgega življenja, duševnega miru in duševne stabilnosti (Turner 1991, 59). Skrb za telo torej ni pogruntavščina porabniške kulture, je pa znotraj le-te doživela velik razcvet. V porabniški kulturi se je vitko telo začelo enačiti z zdravjem; glavno vzgojno sporočilo člankov v popularnem tisku, da je debelost za zdravje škodljiva, pa se je globoko zasidrilo v splošno prepričanje. Pozitivna terminologija dobrega počutja v zdravem in vitkem telesu pa v sebi skriva tudi veliko bolj neprijetne stvari. Da bi dosegli idealno podobo, duševni mir in druge krasne stvari, ki so nam obljubljene, moramo svoje telo podrediti krutim disciplinam. Zdravi ljudje se temu najpogosteje podrejujejo zaradi želje po lepšem in boljšem videzu, medtem ko je pri bolezni to nekoliko drugače. Gotovo si tudi sladkorni bolniki želijo dobrega videza, vendar pa se ti strogim disciplinam morajo podrediti oz. naj bi se jim podredili zaradi svoje bolezni. Vsi ljudje, zdravi in bolni, pa svoje telo primerjajo z vzori, ki jih velevata družba in kultura, kar povzroča stalno nezadovoljstvo s svojim telesom; to jih sili k nadzorovanju, spreminjanju in k discipliniranju le-tega. Problem nastane, ko objektivizacija telesa postane primarni način doživljanja le-tega. Takrat telo postane vir odtujenosti od občutkov in vseh vidikov, ki se upirajo nadzoru (Kuhar 2004, 9–10). (Pre-)obremenjenost s telesom lahko povzroči nastanek stresa samega telesa in človekove psihe, takrat pa sta vse odrekanje in skrb za telo zaman, saj ne uživamo več v negovanju in razvijanju le-tega.

S telesnimi tehnikami so se podrobneje ukvarjali Marcel Mauss, Nick Crossley in Tomaž Krpič, zato bom v nadaljevanju najprej predstavila njihov prispevek, na koncu pa se bom dotaknila še teorije Dorothee E. Orem in izraza »body work« oz. telesnega dela, kot si ga je zamislila Julia Twigg.

3.1 Marcel Mauss – telesne tehnike

Sociolog Marcel Mauss je tisti, ki je pravzaprav uvedel pojem telesne tehnike, da bi z njim opisal »načine, kako znajo ljudje v različnih družbah tradicionalno uporabljati svoje telo« (Mauss 1996, 203). Ker je telo zanj medij učenja in človekov prvi in najnaravnejši instrument, je tudi neprestano izpostavljeno ocenjevanju in nadzorovanju, ki izhaja iz opazovanja telesa ali celo njegove skrutinacije. Pri tem se je osredotočil predvsem na njegovo učinkovitost in prenašanje v dani kulturi (Kovačev 1994, 77). Vendar pa pravi, da je o telesnih tehnikah zmotno govoriti samo takrat, kadar je zraven tudi orodje. Tehnika je namreč tradicionalno učinkovito dejanje, kar po njegovem mnenju pomeni, da brez tradicije ni tehnike prenašanja.

Skladno s svojim izhodiščnim prepričanjem o pomembnosti telesnih tehnik, njihovi razvojnosti in vpletenosti v druge oblike družbenega življenja Mauss izdelava njihovo kategorizacijo. Uredi jih po kronološkem vrstnem redu in umesti različne telesne tehnike v kategorije, ki ustrezajo pomembnim obdobjem človeškega življenja. Sem sodijo:

- tehnike rojstva;
- nega otroka;
- iniciacijski rituali;
- tehnike spanja, počitka in gibanja pri odraslem;
- telesna nega;
- skrb za prehrano;
- spolna praksa;
- terapevtska praksa.

Ta kategorizacija kaže na poskus vnašanja reda v nepregledni kaos telesnih gibov, vendar je njena izdelava še nekoliko ohlapna, naivna (Kovačev 1994, 77).

Z navajanjem različnih vrst tehnik Mauss prikaže načine, s katerimi različne družbe oblikujejo individualna fizična telesa skladno s svojimi idejami in jim s tem dajejo pravo, za družbo primerno obliko. Vsaka telesna tehnika pa je del učlovečenja in socializacije, torej t. i. naravno pri človeku ne obstaja, saj se človek vsega nauči s posnemanjem, z opazovanjem in identificiranjem z drugimi. Vse, kar posameznik počne, in načini, na katere to počne, je družbeno pogojeno in odvisno od socializacije in zato tudi od kulture, katere člani smo (Mauss 1996, 216–220). Telesne tehnike so torej produkt »korenin gibanja« nikogaršnje kulture.

Na tem mestu moram zato omeniti njegov koncept »navade/habitus«, ki je po naravi družben. Mauss habitus opredeli kot tiste vidike kulture, ki so zasidrani v telesu ali dnevnih praksah posameznikov, skupin, družbe in naroda. Vključuje torej celoto naučenih pravil, telesnih sposobnosti, slogov, okusa in drugih nediskurzivnih znanj, za katere lahko rečemo, da so samoumevna v določeni družbi. Te »navade« se ne spreminjajo samo z individuumi in njihovimi posnemanji, ampak se razlikujejo zlasti glede na družbo, vzgojo, družbene konvencije in glede na to, kaj je v modi, kaj velja za imenitno. Pravi, da moramo v njih videti tehnike ter delo kolektivnega in individualnega praktičnega uma, ne pa – kot je v navadi – da bi jih imeli za izraz duše in njenih sposobnosti ponavljanja. Zlasti omenja vzgojo, ki se po

njegovem mnenju ujema s pojmom posnemanja tistega, kar velja za imenitno. Posameznik lahko namreč neko navado povzame po dejanju, ki so ga drugi izvršili pred njim ali skupaj z njim. Po drugi strani pa je Mauss prepričan, da je temeljna vzgoja za vse te tehnike ta, da telo prilagodijo njegovi uporabi (Mauss 1996, 207–225). Na tem mestu moram v sklopu Maussove razlage habitusa omeniti še Pierra Bourdieuja. Prek Maussa se je namreč s habitusom začel ukvarjati tudi Bourdieu. Habitus je po njegovem mnenju v celoti telesen in veliko širši od Maussovega koncepta navade, poleg dispozij in oblik kompetenc, ki jih je Mauss prepoznal, pa Bourdieu vključuje tudi okuse, čustvenosti in širše vidike družbenega življenja. Habitus določa posameznikovo vsakdanjo prakso, ki se v razslojenem družbenem prostoru kaže kot tipičen vzorec posameznikovega vedenja in delovanja, tj. kot določen življenjski slog oz. kot njegova družbena identiteta. Na eni strani habitus uravnava temeljne spretnosti in veščine, kot so »avtomatične geste, npr. način hoje, prehranjevanja ali govorjenja«, na drugi strani pa habitus vzpostavlja posameznikova temeljna načela konstrukcije in vrednotenja družbenega sveta. To pomeni, da se predstavniki različnih razredov in stanov medsebojno razlikujejo že na najbolj temeljni ravni nezavednega vedenja. Bourdiejev pojem habitusa pa ne označuje samo individualnega habitusa, ampak hkrati tudi habitus razreda ali stanu, v katerem se je posameznik razvil v osebnost, pri čemer razredni oz. stanovski habitus ni nič drugega kot zbir individualnih habitusov, ki so usklajeni v tem, da so se razvili v istih razrednih oz. stanovskih pogojih (Škerlep 1998, 31-46).

Če sklenem z Bourdieujem in nadaljujem z Maussovimi telesnimi tehnikami je zanimivo to, da o njih govori v množini, saj se poleg zgoraj omenjene klasifikacije loti tudi razvrščanja telesnih tehnik med spoloma (npr. moški stisne pest tako, da je palec zunaj, ženska s palcem navznoter), glede na starost (npr. otrok zlahka počepne, starejši človek tega ne more več), prenašanje in učinkovitost (dosežki usposabljanja in dresiranja) (Mauss 1996, 203–220).

Ker klasifikacije telesnih tehnik za temo diplomskega dela niso bistvene, se bom izognila podrobnemu opisu. Omenila bi le telesne tehnike glede na učinkovitost, za katere Mauss pravi, da so odraz norm človeške dresure. Postopke, ki jih uporabljamo pri živalih, so ljudje prostovoljno uporabili na sebi in svojih otrocih. Mauss te tehnike zato enači z dresuro in jih lahko razvrsti po učinkovitosti. Sama pa telesne tehnike glede na učinkovitost omenjam zato, ker je usposabljanje/dresura ključno/-a za učinkovit nadzor telesa in s tem boleznimi pri sladkornih bolnikih.

3.2 Nick Crossley – refleksivne telesne tehnike

Veliko del v sociologiji telesa se je nanašalo na spremembe in vzdrževanje telesa, tj. v smislu diet, vadbe, tetoviranja ... Tudi Nick Crossley je svoja dela posvetil sociologiji telesa, še posebej refleksivnim telesnim tehnikam. Tudi on, tako kot Featherstone, pravi, da postaja telo vse bolj porabniško blago. Pravi namreč: »Ljudje smo telo in z njim tudi razpolagamo oz. ga imamo, le-to pa vse bolj postaja porabniško blago, s katerim je prežeta sodobna množična kultura« (Crossley 2005, 2).

Crossley meni, da je primarni namen telesnih tehnik, da jih uporabljamo za spreminjanje, ohranjanje ali za tematiziranje telesa na različne načine, niso pa vse enakomerno razporejene v neki družbi, saj se nekatere tehnike izpostavlja, druge pa potiska v ozadje. Primeri telesnih tehnik so: friziranje, masaže, lepotna kirurgija, zobna nega, telovadba, oblačenje ... Pri tem se lahko en del telesa uporabi za spreminjanje ali vzdrževanje drugega dela. Pri športni aktivnosti je na primer aktivno celotno telo, in sicer z namenom izgubljanja maščob in kilogramov oz. izboljšanja kondicije.

Telesne tehnike se med seboj povezujejo in navezujejo ter predstavljajo vrsto dnevnih praks, ki se nenehno ponavljajo in združujejo v mesečne rituale ter se hkrati razlikujejo med družbami. Razlika je med telesnimi tehnikami in v stopnji njihovega udejanjanja.

Vsaka družba ali družbena skupina ima repertoar refleksivnih telesnih tehnik. Ta repertoar je eden izmed elementov v okviru širše vrste kolektivnih predstavitev navedene družbe. Del naših vsakodnevnih rutin je povzet iz tega repertoarja. Ščetkamo si zobe, krtačimo lase, se oblačimo, se brijemo in uporabljamo kozmetiko. Druge tehnike iz repertoarja so vgrajene v tedensko ali mesečno rutino. Telovadimo, si brijemo pazduhe, strižemo lase in nohte ter občasno tvegamo enkratne spremembe, ki so le redko sprejemljive za širšo družbeno skupnost. Vse skupaj pa je tisto, čemur Crossley pravi refleksivne telesne tehnike. Sicer pa se pri teh tehnikah uporablja tudi proces, prek katerega se oblikujejo nekateri deli našega sebe, prek pomenov refleksivnih telesnih tehnik pa se naučimo konstituirati sami sebe, torej gre za praktičnost. Klasifikacija refleksivnih telesnih tehnik je trojna, in sicer gre za osnovne, vmesne in marginalne/obrobne telesne tehnike, s katerimi je prikazal pogostost uporabe posameznih tehnik. Medtem ko se umivanja rok, ki sodi med osnovne telesne

tehnike, poslužujemo dnevno, pa na primer prebadanje (parsing) jezika ali lepotne operacije pogosto sploh niso na našem seznamu opravil (Crossley 2005, 9–14, 31).

Njegov koncept telesnih tehnik ima dvojen pomen. Prvič – poudarja, da strukturirane oblike telesnih aktivnosti utelešajo praktično razumevanje in pomene. Drugič – koncept telesnih tehnik poudarja družbeno dejstvo/dejanskost. Tako kot gibanje telesa so tudi telesne tehnike biološko dejstvo in so odvisne od določenih bioloških/anatomskih struktur in mehanizmov. Vendar pa je uporaba telesnih tehnik oz. spreminjanje telesa različna. Nekdo bo svoje telo želel spremeniti zaradi zdravja, drugi pa zaradi lepšega videza; nekdo bo to počel s prehrano in telesno vadbo, drugi le s prehrano, tretji se bo podvrigel operativnemu posegu itd.

Če je torej Marcel Mauss govoril o telesnih tehnikah na splošno, se je Nick Crossley osredotočil na refleksivne telesne tehnike. S tem pojmom se vse bolj približujemo predmetu mojega zanimanja. Refleksivne telesne tehnike namreč delujejo vzvratno na telo, pri čemer ne gre nujno za lastno telo, ampak tudi za telo nekoga drugega. Ker me v diplomskem delu zanima samo ena komponenta, torej kako vplivati na svoje telo, bom v nadaljevanju predstavila avto-refleksivne telesne tehnike.

3.3 Tomaž Krpič – avto-refleksivne telesne tehnike

Avtor s pomočjo definicije refleksivnih telesnih tehnik, ki sem jo navedla zgoraj, opredeli koncept avto-refleksivnih telesnih tehnik, in sicer kot tiste telesne tehnike, s katerimi akter učinkuje vzvratno na svoje lastno telo z namenom, da bi ga na poseben način preoblikoval, ohranjal ali kako drugače tematiziral. Do tega koncepta je avtor prišel z raziskovanjem in s primerjavo »body art performansa«. To je namreč politični in umetniški fenomen, kjer performer ustvari dogodek na površini svojega lastnega telesa z uporabo različnih odvrtnih in neprijetnih marginalnih/obrobnih avto-refleksivnih tehnik z namenom povzročitve čustev in občutij v telesih gledalcev. Osrednjega pomena je tu gledalčevo telo, saj se gledalec identificira s performerjem prav na podlagi lastnih predstav o tem, kako bi bilo, če bi marginalne/obrobne avto-refleksivne tehnike uporabil na svojem lastnem telesu. Takšna identifikacija pa v gledalcu izzove zavedanje lastnega telesa, pogosto na neki nov način (Krpič 2004, 155–165).

V nasprotju s Crosssleyjem, ki trdi, da lahko s telesnimi tehnikami vplivamo na svoje telo in telo nekoga drugega, ima tu avtor v mislih vplivanje na lastno telo. To pa je hkrati definicija, ki me zanima. Pri sladkornih bolnikih je, kot bomo videli v nadaljevanju, ravno uporaba avto-refleksivnih tehnik bistvena za uspešen nadzor nad lastnim telesom in s tem ohranjanje zdravja. S temi tehnikami sicer deluje samo na svoje telo, lahko pa poskuša tudi pri drugih posameznikih povzročiti določena čustva in občutke, misli ter pogosto njeno delovanje. Kot sem omenila, je za sladkorne bolnike najpomembnejše vplivati na svoje lastno telo, kar pa ni tudi najlažje. Spreminjanje in vnašanje drugačnih vzorcev življenja predstavlja težavo vsem ljudem, čeprav se sama osredotočam na prebivalstvo, staro nad 50 let. Krpič pravi, da je kultiviranje in socializiranje telesa navadno tako globoko zakoreninjeno v posamezniku, da se ga običajno sploh ne zavedamo. Da je to res, se lahko prepričamo takrat, kadar se želimo naučiti kakšne izmed telesnih tehnik, ki ni skladna s telesnimi tehnikami, ki smo jih uporabljali do takrat (Krpič 2004, 131).

3.4 Body work/telesno delo – Julia Twigg

V poglavju o telesnih tehnikah se bom dotaknila še enega pojma, tj. »body work«. Izraz »body work« oz. telesno delo, ki si ga je izmislila Julia Twigg, se uporablja za delo, ki ga posamezniki izvajajo nad tujim telesom, pogosto z namenom boljšega zdravja in dobrega počutja (npr. maserji) (Twigg 2000b, 389). Po navadi to vključuje dotikanje in ocenjevanje drugih teles, katerih nameni so: medicinski, terapevtski, estetski ali simbolični, ter vključuje vrsto strokovnjakov: zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, maserjev ... Njen pogled na telesno delo je dvojen, saj je pogosto povezan s spolnostjo in človeškimi odpadki ter tako že na območju tem, ki veljajo za tabu. Po drugi strani pa je telesno delo povezano z užitkom in intimnostjo, s tehnikami, ki ustvarjajo fizični užitek in dobro počutje (Twigg 2000a, 137–141).

Zgodovinsko gledano, so tehnike »body worka« oz. telesnega dela nastajale znotraj novih religioznih gibanj, saj je bil ravno iz oblike verovanja viden tudi posameznikov način življenja. Poleg tega pa lahko sem prištevamo še celo vrsto drugačnih tehnik telesnega dela. Sama bom predstavila le liste, ki so pomembne za moje diplomsko delo. Prehranjevanje sladkornih bolnikov, s čimer se bom ukvarjala v nadaljevanju, je ena izmed teh tehnik. Že od nekdaj obstajajo prehranjevalne terapije, ki se imenujejo diete, ki pa so v zadnjih letih

izgubile terapevtsko vlogo. Vedno bolj narašča mišljenje, da je zdravo prehranjevanje nujno za kakovostno življenje, skladno s tem pa se večja tudi nezaupanje v moderno proizvodnjo hrane. Različne športne aktivnosti, razgibavanje in nabiranje telesne kondicije lahko prav tako uvrščamo med prakse »body work«. Z njimi se namreč izboljša duševno počutje in utrjuje zdravje. Nasprotno pa vse te tehnike ob neupoštevanju sladkornim bolnikom ne prinesejo dosežkov oz. še huje, njihovo zdravstveno stanje se lahko le še poslabša. Poleg omenjenih tehnik se pri sladkornih bolnikih vse bolj uveljavlja tudi naravno ali alternativno zdravljenje, ki se ga bolniki poslužujejo zaradi različnih vzrokov. Po mnenju Julie Twigg le-to kroničnim bolnikom predstavlja pomemben del zdravljenja, vendar le kot dopolnilo uradni medicini.

Pojem telesnega dela sem omenila zato, ker morajo sladkorni bolniki ravno z nenehnim in s pravilnim izvajanjem tehnik in praks nadzorovati svoje telo ter s tem bolezen. Pri tem moram omeniti, da me v diplomskem delu ne bodo zanimale toliko telesne tehnike v obliki telesnega dela, ampak bolj tehnike, ki omogočajo samooskrbo oz. nastopajo v obliki samooskrbe. V naslednjem poglavju bom zato predstavila teorijo samooskrbe, kot jo je razumela Dorothee E. Orem.

3.5 Teorija Dorothee E. Orem – teorija samooskrbe

Dorothea E. Orem je znana ameriška teoretičarka in ena izmed začetnic razvijanja teorije samooskrbe. Ker se bom v nadaljevanju diplomskega dela ukvarjala z discipliniranjem telesa sladkornih bolnikov, je smiselno, da predstavim tudi njeno teorijo. Učenje samooskrbe je namreč pomemben dejavnik, ki sladkornim bolnikom pomaga spoznati njihovo bolezen in jih seznaniti s tehnikami oskrbe lastnega telesa.

Edinstvenost njene teorije je v »pričakovanju, da bo človek glede na zmožnosti in sposobnosti izvajal lastno samooskrbo« (Pajnkihar 1999, 119).

Oremova je teorijo sestavila iz treh med seboj povezanih teorij:

- teorije samooskrbe;
- teorije primanjkljaja samooskrbe;
- teorije sistemov zdravstvene nege.

3.5.1 Teorija samooskrbe

Samooskrbo opiše kot osebno spretnost in posameznikovo sposobnost uravnavanja njega samega in okolja. Človek izvaja samooskrbo tako, da mu omogoči ohranjanje pri življenju, zdravje ali povrnitev zdravja, uživanje zdravja in dobro počutje ter prispeva k lastnemu razvoju, premagovanju bolezni ali poškodbe in je sposoben obvladati posledice. Teorija samooskrbe vključuje tri teoretične perspektive (Pajnkihar 1999, 119).

Samooskrba je izvajanje dejavnosti, ki jih posamezniki začnejo in izvajajo sami zase, da bi se ohranili pri življenju, zdravju in pri blaginji. Prispeva k človekovi konstitucionalni celovitosti, njegovemu delovanju in razvoju. Samooskrba je k cilju usmerjeno dejanje posameznika in se kaže kot konkretno vedenje posameznika, da samostojno izvaja celovito samooskrbo zase. Bolniki in otroci pa so pri zagotavljanju samooskrbe popolnoma ali le do določene mere odvisni od drugih.

Sposobnost samooskrbe je sposobnost posameznika, da se udejestvuje pri samooskrbi, kar je odvisno od starosti, razvojne stopnje, življenjskih izkušenj, socialno-kulturne usmerjenosti, zdravja in od razpoložljivih sredstev. Oremova pravi, da je samooskrba edinstven in oseben proces, na katerega vplivajo naslednji dejavniki: starost, spol, zdravje, rast in razvoj, socialno-kulturno okolje, zdravstveni sistem, družina, življenjski slog.

Kategorije potreb po samooskrbi:

- univerzalna;
- razvojna;
- samooskrba pri odmiku od zdravja.

Univerzalne potrebe samooskrbe so skupne vsem ljudem v vseh fazah življenja. Nanje je treba gledati kot na med seboj povezane dejavnike, ki vplivajo drug na drugega:

- vzdrževanje zadostne količine zraka;
- vzdrževanje pitja zadostne količine vode;
- vzdrževanje uživanja zadostne količine hrane;
- vzdrževanje pravega ravnovesja med dejavnostjo in počitkom (Pajnkihar 1999, 119).

Razvojne potrebe samooskrbe so potrebe, ki zadevajo rast in razvoj posameznika. Te vključujejo univerzalne potrebe posameznika, a se specifično nanašajo na razvoj. Na primer: prehranjevanje in počitek sta univerzalni potrebi, vendar se lahko specifično nanašata na razvoj in rast telesa.

Samooskrba pri odmiku od zdravja je potrebna med boleznijo, poškodbami ali pa je posledica zdravstvenih ukrepov za postavitve diagnoze ali korekcije kakšnega stanja (Pajnikihar 1999, 120). Sem sodijo:

- zagotavljanje primerne zdravstvene pomoči;
- učinkovita izvedba ukrepov, ki jih predpiše zdravnik;
- sprememba samooskrbe (in predstave o sebi) s tem, da sprejme dejstvo, da je v posebnem zdravstvenem stanju in da potrebuje posebno obliko zdravstvene pomoči;
- privajanje na življenje z učinki patoloških pogojev in stanj ter učinki diagnostičnih in terapevtskih pogojev (Pajnikihar 1999, 120).

3.5.2 Teorija primanjkljaja samooskrbe

Teorija primanjkljaja samooskrbe je temeljna v Oremini teoriji in se nanaša na človekovo zmožnost oz. sposobnost za stalno in učinkovito samooskrbo oz. za njegovo nezmožnost. Gre za razliko med človekovo sposobnostjo za samooskrbo in tisto, ki se od njega zahteva.

Za ocenitev primanjkljaja v samooskrbi potrebuje na primer medicinska sestra znanje, izkušnje ter sposobnost za vključevanje bolnika in njegovih svojcev v proces dejavnosti izvajanja samooskrbe. Na podlagi ugotovljenih potreb pripravi načrt za zmanjševanje oz. odpravo primanjkljaja v njegovi samooskrbi in za krepitev sposobnosti za samostojno izvajanje samooskrbe (Pajnikihar 1999, 121).

3.5.3 Teorija sistemov zdravstvene nege

Sistem zdravstvene nege, ki ga oblikuje zdravnik ali medicinska sestra, temelji na bolnikovih potrebah po samooskrbi in njegovih sposobnostih za njeno izvajanje. Pri sistemih zdravstvene nege ločimo popolno nadomestni sistem zdravstvene nege, pri katerem posameznik ne more izvajati samooskrbe. Človek z omejitvami je pri zagotavljanju svojega obstoja in blaginje

odvisen od drugih. Pri delno nadomestnem sistemu zdravstvene nege zdravnik in bolnik skupaj izvajata dejavnosti samooskrbe. V tem sistemu zdravnik delno pomaga pri zagotavljanju samooskrbe. Bolnik sam, drugi in zdravnik mu pomagajo zadostiti njegove individualno ocenjene potrebe. Pri podporno izobraževalnem sistemu pa je posameznik sposoben izvajati samooskrbo, vendar potrebuje znanje in spretnost. V tem sistemu je bolnik zmožen izvajati samooskrbo, ampak šele po tem, ko ga zdravnik pouči, kako jo izvajati glede na bolezen oz. stanje (Pajnkihar 1999, 122–123). To pa je tudi sistem, kamor lahko uvrstimo sladkorno bolezen. Zdravstveno osebje pomaga bolnikom uporabljati izobraževalni sistem, tako da izvaja samooskrbo za bolnika, ga uči, vodi, podpira ali mu svetuje glede dvomov, ki se mu porajajo. Zdravje in dobro počutje sta dosežek samooskrbe, nista pa sama po sebi zadosten pogoj za zdravje in dobro počutje.

3.6 Sinteza

V prejšnjih dveh poglavjih je bil govor o sociologiji telesa in telesnih tehnikah, zato bom na tem mestu povzela ideje tistih avtorjev, ki se mi zdijo najpomembnejši za nadaljnje razumevanje diplomskega dela.

Ljudje smo telo, z njim razpolagamo in nad njim izvajamo nadzor, hkrati pa telo predstavlja polje, na katerem posamezniki razvijajo določeno obliko habitusa. Na pomembnost nadzora nad telesom je opozarjalo mnogo avtorjev; nekatere sem podrobneje predstavila tudi sama. Na tem mestu bi ponovno omenila Foucaulta, ki pravi, da je obvladovanje in zavest o lastnem telesu mogoče doseči le prek učinka investicije oblasti v telo, ki jih sam imenuje discipline. Z discipliniranjem telesa pa se po Turnerjevem, Frankovem in po Featherstonovem mnenju predvsem dosežeta zdravje in videz, ki si ga želimo. Ljudje gledajo na telo kot na stroj, ki naj bo usklajen, oskrbovan in skrbno oblikovan s pomočjo redne fizične vadbe, zdrave prehrane in modnega oblačenja, hkrati pa naj bi ljudje po Featherstonovem mnenju vedno bolj prevzemali odgovornost za svoje zdravje in videz telesa. Debelost in škodljive navade predstavljajo tveganje za zdravje in so vzrok za številne bolezni, tudi za sladkorno. Če torej izhajam iz Turnerja, ki pravi, da je bolezen posledica neravnovesja in da moramo za ravnovesje poskrbeti sami, je pri sladkorni bolezni ključnega pomena uporaba telesnih tehnik. Pri tem mislim na Krpičev izraz avto-refleksivnih telesnih tehnik, s katerimi sladkorni bolnik učinkuje vzvratno na svoje telo z namenom, da bi telo na poseben način preoblikoval,

ohranjal ali kako drugače tematiziral. Gre za uporabo telesnih tehnik samooskrbe, kot jih je opisala Oremova, kar pri sladkornih bolnikih pomeni izvajanje tehnik diete, telesne aktivnosti in jemanja zdravil. Kljub temu pa moramo discipliniranje diabetičnega telesa s pomočjo telesnih tehnik povezati še s konceptom habitusa in starosti. V diplomskem delu me zanimajo le sladkorni bolniki, starejši od 50 let, ki so zaradi bolezni prisiljeni spremeniti svoj habitus, torej navade, po katerih so živeli do trenutka bolezni. Tudi Mauss s habitusom misli na tiste vidike kulture, ki so zasidrani v telesu ali dnevnih praksah in ki jih imamo za samoumevne. Kljub temu pa je njihovo spreminjanje včasih potrebno in pri sladkorni bolezni je to prav gotovo tako.

4 KRONIČNA BOLEZEN

Čeprav sem se že na prejšnjih straneh dotaknila pojma kronične bolezni, mu tu namenjam celotno poglavje. Poznamo namreč celo vrsto kroničnih bolezni, ki različno vplivajo na bolnike in njihovo nadaljnje življenje, sama pa se bom osredotočila na eno izmed njih, in sicer na sladkorno bolezen. Zaradi lažjega razumevanja bom v nadaljevanju navedla nekaj ključnih in skupnih značilnosti kroničnih bolezni.

Po Bondovem mnenju (2004) je kronična bolezen življenjska izkušnja, v kateri so motene normalne strukture vsakdanjega življenja in forme znanja, ki jih podpirajo. Vendar pa kronična bolezen ne pomeni le motnje v našem življenju ali izkušnje trpljenja v smislu bolečine in sprememb našega socialnega življenja. Kronična bolezen vzpostavi predvsem potrebo po ponovni proučitvi posameznikove biografije in razumevanja svoje lastne osebnosti.

Značaj kronične bolezni se razvija in ima več faz. Na začetku je na bolnike bolje gledati kot na akutne bolnike, pozneje se motnja krepí, bolezen se razvije – vloga bolnika in motnja postaneta pomembnejši. Prve znake posameznik lahko spregleda ali jih ima za nepomembne. Navadno nato posameznik poišče zdravniško pomoč, čeprav verjame, da gre za kratkoročno bolezen. Tudi zdravniki včasih spregledajo pravi pomen znakov in bolniki ostanejo z nejasno opredelitvijo svoje bolezni. Zato se znajdejo v nejasnem položaju, ko se počutijo bolne,

vendar pa – medicinsko gledano – niso bolni. To je primer občutka bolezni ('illness')¹, kjer bolniki čakajo na diagnozo svoje bolezni ('disease')². Šele po opravljeni diagnozi postanejo zares bolniki ('sick people')³ v socialnem smislu, v okolju, kjer živijo (Ule 2003, 61).

Bolnik s kronično ali z neozdravljivo boleznijo ima več socialnih, interaktivnih in eksistencialnih težav kot bolnik z akutnim obolenjem, ker ima močnejšo subjektivno izkušnjo, ki sproža kompleksnejša socialna vprašanja (Ule 2003, 85). Izkušnja kronične bolezni pomeni veliko več kot izkušnja fizičnih znakov ali potreba po negi in osebni oskrbi. Vsebuje metafore in pomene, moralne presoje in etične vprašanja, dnevne napore in trajne težave. Človeku z neozdravljivo boleznijo se spremenita ustaljeni način življenja in način doživljanja sebe. Življenje postane negotovo, negotovost pa je hkrati osrednja izkušnja velikega števila kroničnih obolenj. Tudi samopodoba postane ranljiva in zato problematična.

Ranljivost delno izvira iz potencialnega neodobravanja in nesprejemanja okolja, saj je neozdravljiva bolezen v naši kulturi, kjer je zdravje zapoved, predvsem moralni problem. Hkrati pa zanje vedno obstaja možnost nepredvidenega zapleta, sprememb v zdravstvenem stanju, saj je negotov tudi sam potek bolezni (DeSpelder in Strickland 1999, 164). Kljub temu pa na potek nekaterih kroničnih bolezni, tudi sladkorne bolezni, bolniki lahko vplivajo, in sicer s spremembo svojih navad. Ko torej njihove navade zaradi bolezni vstopijo v območje krize, lahko posameznik sicer nadaljuje nespremenjene navade, vendar mora hkrati sprejeti tudi posledice. Boljši izbiri sta kreativnost in spreminjanje navad, ki vodita k nadzoru bolezni.

Obvladovanje neozdravljive bolezni od bolnika zahteva aktivno delovanje na vseh ravneh socialnega življenja, zato je normalizacija eden glavnih ciljev, h kateremu stremijo bolnik, njegova družina in zdravniki. Bolezen lahko namreč spremeni njegove odnose v družini, med prijatelji in sodelavci, še posebej takrat, kadar posameznik meni, da njegovo življenje nima več pomena. Sicer pa normalizacija nikoli ne pomeni vrnitve v prejšnje stanje, ampak vodi k vzpostavitvi nekega »novega naravnega odnosa« (Adam in Herzlich 2002, 65).

Socialni analitiki, ki se ukvarjajo z analizo bolezni in zdravja (Lupton 1994; Radley 1995; Turner 1996), so identificirali tri različne opise bolezni;

- ¹ socialni simptomi bolezni ali doživljanje bolezni (illness), ki pomenijo osebno občutenje ali doživljanje bolezni;
- ² fizični simptomi bolezni ('disease'), ki se nanašajo na »odklone od bioloških norm«;
- ³ vloga bolnika ('sickness'), ki je socialna vloga, ki odraža družbeno dimenzijo bolezni oz. spremembo družbene vloge obolelega oz. bolnika (Ule 2003, 61).

5 SLADKORNA BOLEZEN

Danes obstaja veliko kroničnih bolezni, velik pa je tudi razpon razlik med njimi. Pa vendar je vsem skupno, da jih medicina ne more ozdraviti. Zaradi lažjega razumevanja sem zato v prejšnjem poglavju navedla le nekaj splošnih značilnosti, ki veljajo za kronične bolezni. Od tu naprej pa bo pisanje usmerjeno samo v sladkorno bolezen. Ponovno bom zaradi lažjega razumevanja opisala nekaj podatkov o njej.

5.1 Splošno o sladkorni bolezni

Mogoče ni vsakomur po sebi umevno, da je sladkorna bolezen kronična in neozdravljiva bolezen. Ni nekaj, kar pride in gre, kot gripa, ali nekaj, kar se pojavi jeseni ali spomladi. Suhoparno povedano, je sladkorna bolezen stanje trajno zvečane glukoze v krvi, ki nastane zaradi pomanjkanja inzulina ali zaradi neobčutljivosti na njegovo delovanje. To se izrazi v neustrezni ravni glukoze, maščob in drugih snovi v telesu, kar vodi v različne bolezenske znake in pri nekaterih ljudeh tudi v trajne okvare nekaterih telesnih organov.

To je definicija sladkorne bolezni pri Svetovni zdravstveni organizaciji, in to v skrajšani obliki. Da bi jo bolje razumeli, jo bom v nadaljevanju še nekoliko podrobneje razložila.

Prva ugotovitev je, da je količina glukoze, tj. sladkorja v krvi, trajno povečana. Temu ni kaj oporekati, saj sladkorne bolezni z normalno količino glukoze v krvi ni. Veliko bolj pa je zanimivo vprašanje, zakaj je tako. Odgovor je v inzulinu in njegovem delovanju. Inzulin je beljakovina, ki se izloča iz določene vrste celic v trebušni slinavki in ki pomembno prispeva k prenosu glukoze iz krvi v telesne celice. Pomaga tudi beljakovinam in maščobam, da se spravijo v celice. Največji učinek pa ima na glukozo, ki vstopa v vsa ta tkiva: v mišice, maščobno tkivo in v jetra. Njegovo poslanstvo je v tem, da pospravi z energijo bogate sestavine hrane na prava mesta v telesu, tako da se obnovijo zaloge energije (Medvešček 1995, 101–125).

Najbolj znani sta sladkorna bolezen tipa 1 in tipa 2. Pri prvi zbolijo mladi ljudje; bolezen se pokaže zelo burno z izrazitimi težavami; zdravljenje z inzulinom je potrebno takoj in je trajno. Pri sladkorni bolezni tipa 2 pogosteje zbolijo starejši ljudje, čeprav z debelostjo otrok narašča

tudi delež teh. Navadno se bolezen odkrije naključno ali pri sistematskih pregledih; ob odkritju so ljudje navadno brez težav. Za potek bolezn je značilno stopnjevanje ravni krvnega sladkorja. Sprva so ljudje brez zdravil, pozneje se zdravijo s tabletami in na koncu marsikdo z inzulinom. Posledica drugih bolezn ali delovanja nekaterih zdravil, npr. uničenja trebušne slinavke zaradi vnetja, tiazidov, tj. zdravil za odvajanje vode, itd., pa je sekundarna sladkorna bolezen, ki je sicer redka, se pa vseeno lahko pojavi. Omeniti pa velja tudi nosečnostno sladkorno bolezen, ki se pojavi med nosečnostjo in navadno izgine po dojenju. Večina teh žensk pa vseeno v starosti zbolijo za sladkorno boleznijo tipa 2 (Medvešček 1995, 101–125).

5.2 Vzrok za nastanek sladkorne bolezn

Vzroki za nastanek sladkorne bolezn gotovo obstajajo, vendar pa jih (še) ne poznamo. Znano pa je, da je to bolezen razvitih okolij, kjer prevladuje hrana z veliko vsebnostjo prečiščenih ogljikovih hidratov (beli sladkor in bela moka ter izdelki iz njiju) in z veliko količino beljakovin (pogosteje v obliki mesnih izdelkov, ki vsebujejo številne umetne dodatke).

Mladostna sladkorna bolezen tipa 1 se pojavi zaradi nenadnega primanjkljaja sladkorja v krvi, kar preprečuje vsako funkcijo v jetrih; telo se odzove z visoko temperaturo, z žejo in s hiperfunkcijo ali pretiranim delovanjem ledvic. Ko ledvice ne zmorejo več hladiti telesa, nastane izguba zavesti in lahko nastopi tudi smrt. V tem primeru so zaradi trenja pregrete tudi kri in zožene stene arterij. Beljakovine živalskega izvora in navedeni sladkorji v prebavi in presnovi ustvarjajo veliko organskih kislin, ki v telesu ustvarjajo visoke temperature, povišane pritiske, slabe pretoke, zmanjšujejo delovanje prebavnih in presnovnih organov ter zavirajo čiščenje telesa (Ogorevc 2006, 32–33).

Sladkorna bolezen tipa 2 traja v lažji obliki dolgo časa in se jo vsak dan popravlja s hrano. Če se zdravilno hrano pravilno uporablja, je gotovo vsaj enakovredna zdravilom za sladkorno bolezen. Če se sladkorna bolezen tipa 2 ne obravnava kot fizičen pojav v telesu, preide v sladkorno bolezen tipa 1, ki se ga mora zdraviti z inzulinom. Inzulin brez sladkorjev v telesu je nujno potreben, a tudi strupen, saj brez uživanja sladkorjev še dodatno oži ožilje, z dodatki beljakovin zaradi dodatne kislosti pa ožilje trpi; posledice so lahko tudi amputacije nog in rok. Majhne poškodbe in izguba občutka na prstih nog namreč sčasoma in posledično postanejo resne okužbe, kar pomeni, da je amputacija edina mogoča rešitev (Ogorevc 2006, 34).

Kot sem opisala v drugem poglavju, hrano oz. tehnike prehranjevanja po Maussovem mnenju uvrščamo med telesne tehnike, s katerimi lahko sladkorni bolniki vplivajo na svojo bolezen in odločajo o njenem poteku. Niso pa to edine telesne tehnike, ki jih je Mauss omenil in ki so pri sladkornih bolnikih pomembne. Tu velja omeniti še tehnike telesne nege in tehnike dejavnosti, gibanja. Ker z naštetimi tehnikami sladkorni bolnik deluje na svoje telo, govorimo o avto-refleksivnih tehnikah, katerih namen je ohranjanje ali izboljšanje zdravstvenega stanja.

5.3 Smisel samonadzora sladkorne bolezni

Sladkorna bolezen zahteva velike spremembe življenjskega sloga in osebnih navad, zato je nerealno pričakovati, da bo bolnik korenito spremenil svoje življenje, ne da bi v celoti razumel, zakaj je to potrebno. Zato je za razumevanje samodiscipline sladkornih bolnikov v prvi fazi pomembna zdravstvena vzgoja (Bohnec in drugi 2006, 628). Tu bi omenila Marcela Maussa in njegovo poudarjanje vzgoje, ki temelji na posnemanju dejanj. Tudi pri sladkornih bolnikih učenje temelji na posnemanju dejanj zdravnikov (npr. učenje o injiciranju insulina). Cilj vzgoje je namreč pomagati bolniku, da bo razumel svoje stanje, in mu omogočiti, da bo dosegel in vzdrževal dobro urejenost sladkorne bolezni. Pri tem naj se mu ne bi kakovost življenja poslabšala, ampak po možnosti celo izboljšala.

Ker je sladkorna bolezen kronična bolezen, je potrebno neprekinjeno zdravljenje. Bolnik izvaja lastno zdravljenje, seveda po nasvetih zdravnika, pri čemer je vloga bolnika pri zdravljenju nepogrešljiva, vendar mora biti bolnik v zadostni meri usposobljen zanj. Po mnenju Oremove gre pri sladkornih bolnikih za podporno izobraževalni sistem, pri katerem je bolnik zmožen izvajati samooskrbo, ampak šele po tem, ko ga zdravnik pouči, kako jo glede na bolezen oz. stanje izvajati. Prvi pogoj je razumevanje lastne bolezni in njenega zdravljenja ter vplivov okolja nanjo pa tudi znanje o mogočih nezaželenih učinkih v zdravljenju. Dobro presnovno urejenost, ki je eden izmed ciljev zdravljenja sladkorne bolezni, je mogoče doseči s stalnim samonadzorom. Prav zato pomeni sladkorna bolezen za vsakega človeka resno oviro, ki zahteva poseben odnos in vedenje. Posameznikovo prilagajanje na sladkorno bolezen zato ni odvisno samo od njegovega psihičnega počutja, ampak tudi od možnosti in uspeha zdravljenja (Polh 1995, 15–18).

To je tudi razlog, da bolniki s sladkorno boleznijo potrebujejo razumevanje, podporo, spodbudo in motivacijo. Poleg osnovnega znanja, ki ga morajo posedovati ob postavitvi diagnoze, potrebujejo redno načrtno izobraževanje vse življenje. Bolnik pogosto potrebuje dodatno znanje tudi ob vsaki spremembi zdravljenja ali življenjskih okoliščin. Vzgoja bolnika s sladkorno boleznijo vodi k bolj urejeni presnovi, manjšim potrebam po bolnišničnem zdravljenju in k manjšemu številu akutnih in kroničnih zapletov. Za dosego tega pa je, kot sem omenila, potrebna tudi posameznikova motivacija. Ta je lahko notranja, ko se posameznik zaveda svojih potreb, teženj in si sam želi spremembe, ali zunanja motivacija, ki traja toliko časa, dokler je posameznik pod nadzorom (npr. nižja vrednost glukoze v krvi, samo da bo zdravnik zadovoljen) (Bohnec in drugi 2006, 628).

5.4 Samodiscipliniranje sladkorne bolezni

Dobro zdravje, »normalno delovanje« telesa, predvsem pa čvrsto in utrjeno telo štejejo za dosežek skrbnega samonadzora in samodiscipline. Prav tak dosežek je pomemben tudi za sladkorne bolnike. Sladkorna bolezen je bolezen, zaradi katere se sicer sladkorni bolniki, kadar se dobro počutijo, sami ne obravnavajo za bolnike, čeprav so glede na medicinske kategorije označeni za bolnike, ki zaradi svoje bolezni občasno ali redno potrebujejo zdravniško oskrbo.

Igra pa samonadzor pri sladkorni bolezni pomembno, če ne celo ključno vlogo pri zdravju in počutju bolnikov. Kot bom opisala v nadaljevanju, s samodiscipliniranjem mislim predvsem na hrano, telesno aktivnost, zmanjšanje telesne mase, krvni sladkor in seveda na zdravila, ki se jim pri zdravljenju bolezni ni mogoče izogniti. Vse to so načini discipliniranja oz. avto-refleksivne tehnike, s katerimi posameznik deluje na svoje telo in stanje bolezni. Po prejeti zdravstveni vzgoji so namreč bolniki sami tisti, ki morajo njihove zdravniške nasvete in navodila dosledno upoštevati. Zdravstveno osebje jim je lahko samo dober svetovalec, izvajalec pa so oni sami.

Če se v tem poglavju ponovno navežem na teorijo, ne morem mimo avtoric Montezove in Karnarjeve (2005), ki sta si izposodili Frankov model »idealnotipskih teles« in ga aplicirali v svojo raziskavo s sladkornimi bolniki. Na kontinuumu nadzora so se bolniki lahko razlikovali od tistih, ki se popolnoma predajo nasvetom zdravnikom, do tistih, ki jih sploh ne upoštevajo.

Na kontinuumu odnosa do telesa na eni strani najdemo tiste, ki svoje telo vidijo kot neločljivo od njihovega bistva ter so npr. mišljenja, da so tisto, kar jedo. Na drugi strani pa najdemo tiste, ki se od telesa čutijo ločene in jim telo predstavlja le objekt jaza. Tretji kontinuum določa bolnikov odnos do drugih, ki je bodisi monadičen, tj. vase zaprt, ali pa diadičen oz. zmožen empatije in deljenja izkušenj z drugimi prek interakcij. Kontinuum želje lahko na eni strani pomeni, da posameznik nima nikakršne želje do življenja, na drugi strani pa je lahko posameznik zaradi bolezni doživel spremembo v odnosu do življenja, ki ga zdaj želi živeti v polni meri.

Z raziskavo sta ugotovili, da je prevladujoči tip telesa pri sladkornih bolnikih disciplinirano telo, ki ga vodi predvsem želja po doseganju čim bolj stabilnega krvnega sladkorja. Svojega telesa ne doživljajo več kot eno s svojim sebstvom, ampak kot razdvojeno. Sladkorno bolezen pojmujejo kot »nekaj, kar imajo« in zaradi česar se morajo prilagajati, ne dojemajo pa je kot del sebe. Raziskovalki vidita poglavitni razlog za tak način doživljanja sebe in bolezni v načinu poučevanja sladkornih bolnikov. Na srečanjih sladkornih bolnikov so jim ves čas predavali, da so sami najbolj odgovorni za svojo bolezen, ki jo bodo najlažje obvladovali, če bodo redno nadzorovali krvni sladkor in ga uravnavali. Sladkorno bolezen so jim prikazovali skozi razpone krvnega sladkorja, holesterola, lipidov, krvnega tlaka in podobnih enot, zato so jo tudi sladkorni bolniki začeli doživljati kot nekaj mehanskega, nekaj, kar lahko meriš in uravnavaš. Dejstvo, da so sami odgovorni za svojo bolezen in njeno napredovanje, ter pomanjkanje komunikacije med sladkornimi bolniki sta jih pripeljala do »monadičnega« odnosa do drugih. Postali so vase zaprti in z drugimi niso delili svojih izkušenj. Njihovi največji želji sta bili živeti kot včasih, doživljati sebe in svoje telo kot pred sladkorno boleznijo ter doseči nadzor nad telesom. Raziskovalki menita, da odtujenost od sebe in drugih lahko pri posamezniku povzroči frustracije, depresijo in nezadovoljstvo, zato predlagata rešitve, s katerimi bi disciplinirano telo preoblikovali v komunikativno telo. Sladkorni bolniki bi po njunem mnenju morali spodbujati k produktivnim željam, z njimi graditi obojestranske odnose, jim pomagati spremeniti pogled na bolezen in postopoma vključiti nadzorovanje v njihov vsakdan (Montez in Karner 2005, 1093–1103). To pa je tudi pokazatelj, da komunikacijsko telo vendarle ni tako abstraktno, kot ga je opisal Frank.

Načine samodiscipliniranja lahko razdelimo na nefarmakološke in farmakološke. V primerjavi z nefarmakološkimi, ki jih bom bolj podrobneje predstavila, pa se pri

farmakoloških ne bom spuščala v podrobnosti. Pri njih poznamo več načinov samodiscipliniranja:

- uravnavanje sladkorja;
- uživanje zdravil;
- dajanje insulina;
- uravnavanje maščob v krvi;
- uravnavanje oz. nižanje previsokega krvnega pritiska (Ruhland 1998, 54).

Ti načini sicer sodijo med pomembnejše metode, katerim jim morajo bolniki posvečati pozornost, vendar pa so za njihovo uspešnost potrebne predvsem nefarmakološke metode zdravljenja. Te vključujejo vzgojo bolnika v smislu zdrave, uravnotežene prehrane, redne telesne dejavnosti in pomembnosti samonadzora v procesu zdravljenja. Vse to bom podrobneje predstavila v nadaljevanju.

5.5 Nefarmakološki načini samodiscipliniranja bolezni

5.5.1 Zdravstvena vzgoja bolnika

Pomembnost zdravstvene vzgoje sem poudarila že na prejšnjih straneh, zato naj še enkrat povzamem le bistvene stvari. Namen zdravstvene vzgoje je izobraževanje sladkornih bolnikov, da lahko samostojno vodijo svojo bolezen in tako živijo povsem polnovredno življenje. Učenje je namreč prilagojeno njihovim sposobnostim, vsi pa se naučijo o posebnem režimu prehrane, prilagajanju na novo bolezensko stanje, fizični aktivnosti, merjenju krvnega sladkorja, o pomoči pri težavah zdravljenja itd.

Namen zdravstvenega izobraževanja je tudi v tem, da bolniki sprejmejo svojo bolezen kot realnost in del svojega življenja, da spoznajo določena dejstva o svoji bolezni in pridobijo potrebne veščine za uspešno obvladovanje bolezni. Seveda pa zdravstveno-izobraževalni program ni proces pridobivanja potrdil, tj. spričeval, dokazil in listin o znanju, ampak proces učenja, razumevanja lastne bolezni, ki posamezniku ob strogi samodisciplini omogoča produktivno življenje (Starc 2003, 139–150).

5.5.2 Zdrav način prehranjevanja

Ker v sodobnih družbah obvladovanje življenja in samonadzor veljata za največji vrlini in vrednoti, sladkorni bolniki na neki način predstavljajo izgubo nadzora in neodvisnosti. Izguba nadzora se kaže v povišani telesni teži in neurejenemu krvnem sladkorju, s tem pa postanejo odvisni od vse večje količini zdravil. Zavedati pa se morajo, da je prav zdrava prehrana ključ do boljšega zdravja. Potrebno je torej samodiscipliniranje telesa, hrana pa je pri sladkornih bolnikih prvi način uporabe avto-refleksivnih telesnih tehnik.

Sladkorna bolezen tipa 2 sicer ne nastane ob povišanju telesne teže, je pa posledica telesnega neravnovesja, zato je samodisciplina pri prehrani še kako pomembna. Na tem mestu bi se strinjala s Turnerjem, ki pravi, da morajo bolniki sami poskrbeti za telesno stabilnost, saj danes telo ni več definirano s terminom božanske zmernosti, ampak s kalorijami in proteini.

Posebej predpisana prehrana ali dieta je osnova zdravljenja sladkorne bolezni, ki temelji na zdravi, uravnoteženi prehrani, ki je priporočljiva tudi za vsakega zdravega človeka. To je hrana, ki vsebuje malo mineralne umetne hrane (beli sladkor, umetni dodatki, bela moka, umetna sladila) ter veliko sadja in zelenjave (vitaminov in mineralov). Pri sladkornih bolnikih je torej pomembna dieta oz. način prehranjevanja po določenih pravilih, katere/-ega pomen je poudarjal tudi Turner, pri katerem gre za zmanjšanje vnosa kalorij v telo z namenom zmanjšanja telesne teže. Pri diabetični dieti morajo namreč bolniki ogljikove hidrate enakomerno razporediti čez dan, da se krvni sladkor ne zviša preveč. Predvsem pa morajo biti obroki raznoliki, torej sestavljeni iz več vrst hranil oziroma živil (Ruhland 1998, 33). Kljub ugodnim učinkom in nujnosti lahko dieta prinese nekaj težav. Prva je cena, saj je takšna prehrana za 10–30 odstotkov dražja od običajne in zahteva več časa za nakup in tudi pripravo. Nekaterim daje dieta stalen neprijeten občutek »drugačnosti«. Tak občutek morajo sami premagati. Vsekakor pa drži, da je urejena prehrana bistven pogoj za dobro počutje pa tudi da se diabetična dieta v bistvu ne razlikuje od zdrave uravnotežene prehrane vsakega človeka.

Kljub na videz preprostemu režimu pa naj bi spremembe prehranskih navad predstavljale nemalo težav. Blanka Tivadar pravi, da je za neupoštevanje strokovnih nasvetov krivo tudi njihovo pogosto nasprotovanje in spreminjanje tistega, kar velja za zdravo. Druga vrsta odziva na nasprotujoče si strokovne nasvete je prepričanje, da je najbolj zdrava uravnotežena

prehrana jesti vse po malem. Vendar pa večina s tem misli bolj na ravnotežje med zdravo in nezdravo prehrano kot pa na pravilna razmerja med zaužitimi ogljikovimi hidrati, maščobami in beljakovinami. Ljudje so namreč prepričani, da se je na eni strani treba prehranjevati disciplinirano z namenom vitkosti in zdravja, na drugi strani pa si je treba tudi privoščiti, se sprostiti in uživati življenje, ker ti hrana, ki je mogoče nezdrava, a dobra, dobro dene (Lupton v Tivadar 2001, 117).

Pri sladkornih bolnikih je torej v prvi vrsti potrebna sprememba navad prehranjevanja, če so te neustrezne, kar gotovo ni najbolj preprosto. Tivadarjeva pravi, da na prehranjevalne navade starih ljudi poleg družbenih dejavnikov (dohodek, spol, družbeni sloj) vplivajo še biološke posledice staranja (npr. s starostjo se manjša občutljivost za okušanje in vohanje pa tudi občutek lakote in žeje) in različne bolezni, ki vplivajo na prehrano neposredno (npr. sladkorna bolezen zahteva radikalno spremembo prehrane) (Tivadar 2001, 99). Sladkorni bolnik pa mora ne glede na starost in druge dejavnike spremeniti svoje prehranjevalne navade. Zdrava prehrana je namreč najpomembnejša metoda zdravljenja sladkorne bolezni, saj brez nje ni učinkovita nobena druga.

5.5.3 Redna telesna aktivnost

Če je torej prva telesu vsiljena disciplina podrejena izboljšanju zdravja sladkornih bolnikov zdrava prehrana, je druga telesna aktivnost. Danes je nova moralna obveza »biti v dobri kondiciji« (Turner 1996), šport pa se je vzpostavil predvsem kot kulturno besedilo, ki ljudem govori, kako živeti na zdrav, koristen in na kakovosten način. Gre za uporabo avto-refleksivnih telesnih praks športa z namenom ohranjanja in izboljšanja zdravja in videza. Lepo telo je začelo odražati telesno in duševno zdravje posameznika, hkrati pa je ohranjanje zdravja in izboljšanje videza s pomočjo telesnih praks športa postalo tudi merilo discipliniranosti posameznika. Tudi sladkorni bolniki z redno telesno aktivnostjo bistveno pripomorejo k nadzoru svoje bolezni.

Že od prvih obdobj poznovanja sladkorne bolezni je znano, da redna telesna aktivnost ugodno vpliva na urejenost presnove. Poleg dietne prehrane in zdravil predstavlja enega izmed temeljev zdravljenja sladkorne bolezni. Še zlasti velja to pravilo za »sodobno« življenje v razvitih deželah, kjer dobrine civilizacije in tehnološkega napredka ter socialnega

blagostanja človeka spreminjajo v pasivno, sedeče in vozeče se bitje, izpostavljeno bolj psihičnim kot fizičnim obremenitvam, z vsemi posledicami za zdravje (Mrevlje 1983, 81). Po drugi strani pa je Featherstone trdil, da se danes ljudje veliko bolj ukvarjamo s svojimi telesi, saj današnja moderna družba daje velik poudarek mlademu in lepemu videzu.

Naj navedem le nekaj pozitivnih učinkov, ki jih ima redna telesna aktivnost pri sladkornih bolnikih. Na splošno lahko rečemo, da vpliva na celoten bolezenski sklop tako imenovanega sindroma inzulinske rezistence. Omenjena dejavnost poveča občutljivost organizma na inzulin, zniža vsebnost maščob v krvi in uravnava krvni tlak. Pripomore tudi k hujšanju, delno zaradi večje porabe energije, delno zaradi bolj uravnanega teka (Karpljuk 2004, 37). Pri vsakem fizičnem naporu se namreč kot gorivo porabljajo glukoza in maščobne kisline, ki se sproščajo iz maščevja, v manjši meri tudi druge snovi.

S telesno aktivnostjo se poveča delovanje srca in izboljša prekrvavitev mišic, s tem pa se izboljša tudi fizična zmogljivost organizma. Omenjeno izboljšanje zmogljivosti se doseže predvsem s fizično aktivnostjo, ki vključuje srednje intenziven in daljši napor. Nikakor pa za to niso primerni občasni, kratki in intenzivni napor (Mrevlje 1983, 83–84). Priporočena je torej redna vadba, vsaj trikrat tedensko pol ure, saj le takšna vadba izboljša glukozno toleranco in zmanjša inzulinsko rezistenco. Dodatno poveča vzdržljivost, gibljivost, izboljša maščobni profil v krvi, zniža telesno težo in zmanjša centralno debelost.

Vse navedene spremembe vodijo k skupnemu cilju, tj. k izboljšanju stanja presnove in s tem k preprečevanju kroničnih zapletov sladkorne bolezni pa tudi k izboljšanju splošnih psihofizičnih lastnosti in počutja bolnika. Velja pripomniti, da so vse dosežene spremembe hitro mimo, če bolnik redno vajo opusti (Mrevlje 1983, 84). Poleg tega mora biti telesna dejavnost tudi primerno intenzivna. Izkazalo se je, da ni nujno, da je vadba zelo intenzivna, ampak je najboljša vztrajnostna vadba (Karpljuk 2004, 37).

Vsekakor pa velja opozoriti na nekatere omejitve, ki jih sladkorna bolezen pri izvajanju športne dejavnosti postavlja. Če jih ne upoštevamo, lahko vadba postane nevarna, seveda, če ni že prej nemogoča. Medvešček navaja naslednja mogoča bolezenska stanja, ki spremljajo sladkorno bolezen in zahtevajo posebno pozornost pri izvajanju športne vadbe: v prvi vrsti so to bolezen srca, hujše okvare živcev in žil dovodnic ter okvare žilnic v očeh (Karpljuk 2004, 37).

Kljub pomembnosti fizične aktivnosti je le-ta lahko omejena pri tistih bolnikih, ki imajo že razvite kronične zaplete na različnih organih. Ti sladkorni bolniki imajo v povprečju zmanjšano sposobnost dovajanja kisika v mišice in druge organe, s tem pa se zgodi tudi upadanje prilagodljivosti srca in ožilja na napore. Bolnikom z napredovanimi kroničnimi zapleti sladkorne bolezni svetujejo torej le blago, neintenzivno aktivnost, namenjeno predvsem razgibavanju in vzdrževanju nujno potrebne telesne kondicije (Mrevlje 1983, 85–86).

5.5.4 Samovodenje

Za samovodenje svoje bolezni morajo biti sladkorni bolniki dobro podkovani, predvsem pa je pomembno praktično izvajanje. Poleg zdrave prehrane in telesne aktivnosti samovodenje vključuje tudi bolnikovo samostojno določanje glukoze v krvi in seču ter acetona v seču, s tem pa prilagajanje odmerka inzulina glede na izvid meritve. Bolniki morajo torej na neki način obvladati del medicinske tehnike. S tem bolnik ni več pasiven uporabnik zdravniških storitev in objekt medicinskih posegov; tako skozi svoje telo vzpostavlja nov odnos z družbeno realnostjo. Že Talcott Parsons je dejal, da sta za ozdravitev zelo pomembni motivacija in sposobnost posameznika, da znova začne ali nadaljuje normalno socialno življenje, torej da vlogo bolnika zamenja z vlogo zdravega človeka (Ule 2003, 72–73). S tem bi se strinjala, hkrati pa bi dodala tudi vzgojo in učenje posameznika o sami bolezni. Sladkorna bolezen namreč zahteva reorganizacijo posameznih življenjskih vzorcev, kar bolniki dosežejo z dobrim poznavanjem svojega stanja. Za dober samonadzor bolezni so pomembni tudi načini merjenja sladkorja, zato jih bom v nadaljevanju na kratko predstavila. Tudi ti namreč sodijo med avto-refleksivne telesne tehnike, s katerimi bolnik vpliva na stanje svoje bolezni.

5.5.4.1 Samovodenje krvnega sladkorja

Za uspešno samovodenje bolezni mora sladkorni bolnik najprej osvojiti tehniko določanja krvnega sladkorja⁴, nato pa se mora bolnika naučiti, kako ukrepati glede na dobljene vrednosti

⁴Očiščeno in suho jagodico prsta mora vbosti s posebno sterilno lanceto ali sterilno injekcijsko iglo, da dobi lepo kapljko krvi, ki jo kane na testni papir in pusti učinkovati 60 sekund. Po preteku nadaljnje minute obarvanost na testnem polju primerja z barvno skalo na zavitku testnih trakov. Vsaka barva namreč označuje določeno vrednost sladkorja v krvi. Nasproti temu je mogoče izvesti meritve z avtomatsko pripravo za merjenje sladkorja v krvi –

krvnega sladkorja. Namen samonadzora pri sladkorni bolezni je, da glede na vrednost krvnega sladkorja spreminja dieto, telesno aktivnost in zdravila z namenom vzdrževanja krvnega sladkorja med 3 in 10 mmol/l⁵.

5.5.4.2 Samovodenje sladkorja v urinu

Določanje ravni glukoze v seču⁶ je primerno za bolnike, ki se zdravijo s tabletami in/ali z dieto ter:

ter:

- nimajo možnosti dobiti ali si kupiti glukometra;
- se ne želijo »zbadati« v prst;
- za starejše bolnike;
- za vse, ki jo uporabljajo kot dodatno metodo;
- s to metodo se tudi ugotavlja oz. potrdi poslabšanje bolezni (Ruhland 1998, 58).

Prisotnost glukoze v urinu pomeni, da je njena raven v krvi že visoka, saj normalne glukoze v seču ni (nad 8 mmol/l, pri starejših celo nad 10 mmol/l) (Bohnec in drugi 2006, 648). Kolikor višje se dvigne raven sladkorja v krvi, toliko več sladkorja vsebuje urin. Pri starejših ljudeh in pacientih z motenim delovanjem ledvic je prag ledvic lahko tudi višji.

5.5.4.3 Samovodenje acetona v urinu

V seču lahko določimo tudi ketone (aceton)⁷. Seč zdravega človeka in pravilno zdravljenega bolnika s sladkorno boleznijo ne vsebuje acetona. Pri večjih nihanjih ravni sladkorja v krvi se zgodi razgradnje maščob, kar povzroča nastajanje acetona in njegovo izločanje s sečem.

tako imenovanim reflektometrom –, ki je natančnejša in zato priporočljivejša metoda. Tu se po vstavitvi testnega papirčka v reflektometer na zaslonu takoj razbere višina krvnega sladkorja (Mrevlje 1983, 95).

⁵Enota za merjenje krvnega sladkorja je milimol na liter (mmol/l). Od 3,5 mmol/l do 5,6mmol/l normalne vrednosti (na tešče). Na sladkorno bolezen kaže koncentracija sladkorja v krvi višja, od 7mmol/l na tešče, oziroma nad 11 mmol/l po hranjenju.

⁶Meritev poteka s pomočjo testnega traku, ki se ga za kratek čas namoči v sveži urinski vzorec in v nadaljevanju, glede na predpisani čas učinkovanja (od ena do dve minuti), primerja s skalo na škatlici testnih trakov (Ruhland 1998, 58).

⁷Tudi ta meritev se opravi s posebnimi testnimi trakovi po metodi primerjave barv. Če je trak za merjenje acetona pozitiven, to pomeni, da ima bolnik v tistem trenutku v telesu premalo inzulina. Nastane lahko nevarna acidoza – prevelika kislost krvi. Aceton v urinu pri nižjih vrednostih sladkorja v krvi pomeni, da je bolnik zaužil premalo ogljikovih hidratov in zato telo razgrajuje maščobe, ki so nosilci energije. To se zgodi npr. pri postu in po tem, ko je imel bolnik prenizko raven sladkorja (hipoglikemija) (Ruhland 1998, 60).

Vzroki so lahko naslednji: hudo poslabšanje sladkorne bolezni, bolnik strada, popita večja količina alkohola (Bohncic in drugi 2006, 648).

Bolniki morajo stalno preverjati izvide in temu primerno ukrepati. V praksi se najpogosteje uporablja prva metoda, medtem ko sta samonadzora sladkorja in acetona v urinu odvisna od bolnikovega stanja. Vsi ti načini pa kažejo na pomembnost vzgoje in poznavanja lastne bolezni ter načinov zdravljenja.

5.6 Farmakološki načini samodiscipliniranja

V začetku zdravljenja se pacienti s sladkorno boleznijo tipa 2 zdravi z nefarmakološkimi metodami zdravljenja, ki so učinkovite le določen čas. Skoraj vsak pacient pa enkrat potrebuje tudi zdravljenje z zdravili (Kocijančič in Mrevlje 2005, 535).

Običajno pa se pacienta s sladkorno boleznijo tipa 2 zdravi z zdravili takrat, ko se samo z nefarmakološkimi metodami ne dosega več ciljev zdravljenja.

Med farmakološke metode uvrščamo:

- uravnavanje sladkorja;
- uravnavanje sladkorja;
- uživanje zdravil;
- dajanje inzulina;
- uravnavanje maščob v krvi;
- uravnavanje oz. nižanje previsokega krvnega tlaka (Ruhland 1998, 54).

Teh metod podrobneje ne bom opisovala, čeprav je pri farmakoloških metodah prav tako pomembna samodisciplina posameznika. S tem mislim na bolnikov nadzor pri uživanju zdravil, saj jim le kombinacija obeh metod prinese izboljšanje stanja bolezni. Pri teh metodah bi omenila le eno, ki je nisem vključila med zgoraj naštet, in sicer inzulinsko črpalko. Gre za še en način zdravljenja sladkorne bolezni, ki omogoča neprekinjeno podkožno dovajanje inzulina⁸. S to obliko zdravljenja se lahko doseže dobro presnovno urejenost sladkorne

⁸Pri inzulinski črpalki ima bolnik v podkožju kanilo, po kateri se inzulin dovaja v telo, črpalka pa je pritrjena za pasom hlač, krila ali v žepu. Črpalka tako ves čas v telo dovaja določene odmerke inzulina. To je bolnikova

bolezni ob manjšem številu hipoglikemij, saj velja za najboljši približek fiziološkemu izločanju inzulina, ki ga zaznamo pri zdravih ljudeh (Battelino in Janež 2007, 16).

Gotovo ima inzulinska črpalka številne prednosti, pa vendar nobena metoda ne bo učinkovita brez aktivnega pristopa k bolezni. Čeprav jih bolezen prisili k spremenjenemu načinu življenja v smislu prehrane, gibanja, zdravil, se morajo navaditi živeti s svojim telesom in z mejami njegovih zmogljivosti. V večini primerov so bolniki tisti, ki vplivajo na razvoj in potek bolezni, zato morajo poskrbeti, da prehod iz nefarmakoloških v farmakološke postopke nastopi čim pozneje.

5.7 Uspešnost izvajanja samodiscipline sladkornih bolnikov

Pravila za zdravljenje sladkorne bolezni so znana, načini zdravljenja so učinkoviti in ciljne vrednosti izvidov so jasno postavljene, zato se zdi, da je uspeh zdravljenja na dosegu roke. Kljub temu raziskave kažejo, da večina ljudi s sladkorno boleznijo nima dobro urejenega krvnega sladkorja; tisti s pridruženimi bolezenskimi motnjami imajo zelo pogosto kljub zdravljenju previsok krvni tlak, maščobe v krvi in visoko telesno težo. Posledica so kronične okvare, kar kaže na to, da glavni cilj zdravljenja ni dosežen.

Prav nobena skrivnost ni, da zdravljenje sladkorne bolezni zahteva od človeka s to boleznijo zahteva veliko stvari:

- motiviranost za to, da doseže stanje pogojnega zdravja (izničenje ali močno zmanjšanje vseh bolezenskih nenormalnosti);
- poznavanje svojih ciljev zdravljenja (npr. krvnega tlaka, maščob v krvi, telesne teže, nekajenja);
- razumevanje bolezni toliko, da jo lahko pod strokovnim vodstvom zdravi;
- poznavanje orodij zdravljenja (zdravil in zdravega načina življenja, vključno s prehrano, telesno dejavnostjo, hujšanjem pri debelosti, z opustitvijo kajenja), razumevanje njihovega

bazalna raven inzulina, ki se lahko spreminja glede na posameznikove fiziološke potrebe. Pred obroki si bolnik sam določi količino inzulina, in sicer glede na količino ogljikovih hidratov v prehrani (Battelino in Janež 2007, 16).

delovanja in spretnost ravnanja z njimi, da doseže zastavljene cilje (npr. samovodenje krvnega sladkorja z ravnovesjem odmerkov inzulina, telesne dejavnosti in prehrane).

Od vsega je najpomembnejša prav motiviranost. Ta daje človeku moč, da izkoristi vse omenjene možnosti in da nikdar ne odneha. Poseben način življenja, pa če še tako poudarjamo njegovo večjo stopnjo zdravega načina življenja, zato zahteva določeno mero samodiscipline in psihičnega ravnotežja.

Bolnik, tudi sladkorni, mora prevzeti neke vrste otroški status, ki mu nalaga določene obveznosti in omejitve. Mora se na primer držati določene diete, odpovedati se mora svojemu običajnemu življenjskemu slogu ali se držati pravil, ki mu jih nalagajo zdravniki (Ule 2003, 82).

Od bolnikov se torej kar naprej nekaj zahteva. Toda:

- napori, stiske in strahovi so manjši, če bolezen »posvojijo« in razmislijo o razumnih ukrepih za njeno obvladovanje;
- uspeh zdravljenja je bogato poplačan, ker se bodo zaščitili pred njenimi slabimi posledicami.

Naslednji razlog, zaradi katerega samodiscipliniranje sladkorne bolezni ni uspešno, pa avtorji pripisujejo pomanjkanju izobraženosti bolnikov o bolezni in njihovem zdravljenju. Obvladovanje bolezni od njih zahteva znanje, ki jim bo omogočilo, da z življenjem po posebnih pravilih spreobrnejo sladkorno bolezen v pogojno zdravje. Znanje je namreč najmočnejše zdravilo. To pa je ponovno odvisno od motivacije bolnikov in njihovega pristopa k zdravljenju. Tu bi omenila tri skupine bolnikov in njihove pristope k zdravljenju: pasivni, zainteresirani in aktivni bolniki.

- *Pasivni bolniki* vidijo sebe kot žrtve bolezni brez lastnega vpliva. Ne iščejo informacij o lastnem bolezenskem stanju in vse odločitve prepuščajo zdravnikom.
- *Zainteresirani bolniki* poslušajo nasvete zdravnikov in se ravnajo po njih, razen kadar to preveč ogroža njihov življenjski slog.
- *Aktivni bolniki* prevzemajo odgovornost za svoje zdravje. V odnosu do zdravnikov so zahtevni in pogosto iščejo dodatno strokovno mnenje (Ule 2003, 78).

Jasno pa je, da se izbira zgornjega pristopa kaže v (ne-)uspešnosti zdravljenja bolezni in da je odločitev odvisna od bolnika samega. Posameznik lahko namreč s svojo aktivno vlogo bistveno vpliva in prispeva k discipliniranju bolezni. Njihov pristop in posledično uspešnost zdravljenja bom preverjala tudi v empiričnem delu.

6 SKLEP TEORETIČNEGA DELA

Življenje za sladkorne bolnike ni nič težje kot za kogar koli drugega. Lahko ni za nikogar, saj vsakomur predstavlja nepretrgano verigo težav, ki jih je treba spriti premagovati. Njihova kakovost življenja pa bo toliko večja, kolikor učinkoviteje bodo sposobni razreševati drobne in velike probleme ter kolikor boljše čustveno ravnotežje bodo sposobni vzdrževati. Težave so zares težave samo do takrat, ko jih odstranimo ali pa jih napravimo znosne. Temeljni pogoj za njihov uspeh pa je, da osvojijo sladkorno bolezen kot del sebe in kot sestavni del vseh težav, ki jim jih nalaga njihovo vsakdanje prebivanje.

Spretnost prilagajanja spremembam, ki jih prinaša dogajanje v njihovi okolici ali v njih samih, ohranja dobro kakovost življenja. Sladkorna bolezen je samo ena izmed njih. Dejstvo, da je prisotna in da ne bo izginila, je neizpodbitno in ga morajo vzeti za sestavni del njih samih. Zelo srečna okoliščina je, da lahko zmanjšajo njeno nevarnost na najmanjšo mogočo raven, kar dosežejo s samodiscipliniranjem. Disciplina pa je dejavnost, za katero je že Foucault rekel, da omogoča podroben nadzor nad dejavnostmi človeka. Te se morajo sladkorni bolniki naučiti, saj predstavlja ključ do njihovega samonadzora.

Uspešnost samodiscipliniranja telesa se pri njih odraža v urejenosti krvnega sladkorja, le tako pa se lahko izognejo kroničnim okvaram, ki so jedro zlega te bolezni. Za njih torej velja tisto, o čemer je pisal že Featherstone, in sicer da se le s trdom in z delom na telesu ustvari tak videz, predvsem pa zdravstveno stanje, ki si ga želimo. Njegovo enačenje vitkosti z zdravjem oz. debelosti s tveganjem za zdravje se pri sladkornih bolnikih izkaže za pravilno.

Vsi opisani avtorji sociologije telesa poudarjajo posameznikov vpliv na telo, saj se delovanje kaže v njegovem pozitivnem ali negativnem vplivu. Tako se Turnerjevo mnenje o pomembnosti telesnega nadzora zaradi ohranjanja zdravja pri sladkornih bolnikih izkaže za

pravilno. Prav tako Frankovo mnenje do telesa kot vsote družbenih praks, ki jih mora posameznik izvajati zaradi boljšega zdravja.

Sladkorno bolezen lahko spremenijo v stanje pogojnega zdravja samo tako, da ji otopijo njeno ostrino. To zahteva njihovo tvorno sodelovanje pri obvladovanju bolezni, ki ga brez poznavanja bolezni ne bodo zmogli. Bolniki se morajo zato posluževati različnih telesnih tehnik. Gre za pojem, ki ga uvedel Marcel Mauss, s katerim je opredelil načine tradicionalne uporabe telesa ljudi v različnih družbah. Pri tem omenja načelo navade oz. habitusa, ki vključuje celoto pravil, zasidranih v telesu. Sladkorni bolniki so glede na Maussovo teorijo zaradi svoje bolezni oz. izboljšanja zdravstvenega stanja na neki način prisiljeni spremeniti te naučene navade in se naučiti novih. Pri njih gre torej za učenje o zdravi prehrani, jemanju zdravil in o primerni telesni aktivnosti. Pravilno izvajanje teh tehnik jim omogoča ohranjanje in modificiranje zdravja, kar Crossley imenuje reflektivne telesne tehnike. Vendar pa je po njegovem mnenju telesno delovanje lahko dvojno. Medtem ko Krpič z avto-refleksivnimi tehnikam poudarja, da posameznik oz. bolnik lahko izvaja nadzor nad lastnim telesom, pa Crossely vključi še izvajanje nadzora nad telesom nekoga drugega. V mojem diplomskem delu pridejo v poštev avto-refleksivne telesne tehnike, saj vsak posameznik (sladkorni bolnik) deluje na lastno telo, uspešnost in napredek zdravljenja pa sta najpogosteje odvisna od njega samega.

Pri zdravljenju se sladkorni bolniki torej ne smejo izogibati odgovornosti za svoje zdravje. Morajo razumeti osnove bolezni, ne smejo pa se bati zdravljenja in njihove vloge pri tem. Pogoj, da odstranijo to oviro, je, da se izobrazijo in si s tem pridobijo izkušnje. Le izvajanje primerne samooskrbe jim, po teoriji Dorothee E. Orem omogoča ohranjanje ali povrnitev zdravja. Pri sladkornih bolnikih gre glede na njeno teorijo za podporno izobraževalni sistem, saj je posameznik sposoben izvajati samooskrbo, vendar potrebuje znanje in spretnost. V tem sistemu je bolnik zmožen izvajati samooskrbo, ampak šele po tem, ko ga zdravnik pouči, kako jo izvajati glede na bolezen oz. stanje. Če je torej faza krize skupna vsem ali pa vsaj večini sladkornih bolnikov, pa tega ne moremo reči za fazo kreativnosti, v kateri gre za učenje novih navad in predvsem opustitev škodljivih starih. Ta faza se namreč razlikuje od posameznika do posameznika.

Gotovo sladkorna bolezen zahteva prilagoditev načina življenja novim razmeram, vendar to ne pomeni, da se morajo odpovedati vsem stvarem, ki naredijo njihov vsakdan zanimiv ter

življenje bogato in tvorno. Res pa je, da narava bolezni od njih zahteva uporabo primernih strategij obravnavanja lastnega telesa. Samonadzor nad boleznijo je torej najpogosteje in v največji meri odvisen od bolnikov samih. Z vnašanjem reda in novih navad, pa lahko kljub bolezni dosežejo kakovost življenja in se izognejo zapletom.

7 EMPIRIČNI DEL

Empiričnega dela se bom lotila s pomočjo poglobljenega intervjuja, ki sodi med kvalitativne metode raziskovanja. Po Creswellu je to način, ki temelji na različnih metodoloških tradicijah spraševanja. Gre za način raziskovanja, ki proučuje družbene in človeške probleme. S tem načinom skuša raziskovalec dobiti celostno sliko, analizirati besede, poročati o podrobnostih in umestiti izsledke raziskovanja v naravno okolje (Creswell 1998, 15).

Tako se bom empiričnega dela lotila tudi sama. Zanimale me bodo izkušnje posameznih sladkornih bolnikov, s pomočjo katerih bom poskušala dobiti splošno sliko o samodiscipliniranju njihovega telesa. Pri tem mi bo v pomoč metoda poglobljenega intervjuja oz. nestrukturiranega osebnega intervjuja, ki bo potekal z vsakim človekom posebej. Takšni intervjuji namreč omogočajo večjo širino od drugih tipov intervjuja in več natančnosti pri odgovorih na občutljive teme (Fontane in Frey 2005, 705). Moj vzorec bo majhen (do sedem intervjuvancev), vendar pa bo šlo za poglobljen vpogled v problematiko vsakega posameznika, pri čemer se bom navezala tudi na zgoraj zapisano teorijo. Ker bo govor o njihovi lastni bolezni, upam, da to ne bo vplivalo na njihovo pripravljenost o deljenju izkušenj, sama pa bom – kljub občutljivi temi – poskušala biti čim bolj objektivna in ne vplivati na njihove odgovore. Predvsem pa si želim njihovih iskrenih mnenj in da bi izsledki predstavljali čim bolj realno sliko stanja na tem področju.

7.1 Namen intervjujev

Za uresničevanje popolne obvladljivosti bolezni je potrebna vzpostavitev mehanizma mnogih elementov, ki pripomorejo k temu, da bolnik kljub bolezni ponovno vzpostavi normalen način življenja v drugačnih okvirih. Ob odkritju bolezni, preiskavah in ob končni potrditvi diagnoze se sladkornega bolnika napoti na izobraževanje, ki zajema predavanja o sami bolezni, spremembah prehranjevalnega režima ter o aplikaciji inzulina in njegovem delovanju. Od tod naprej pa je zdravje v največji meri odvisno od bolnika samega, zato me bo v intervjujih zanimala prav uspešnost samodiscipline sladkornih bolnikov. Poskušala bom ugotoviti, v kolikšni meri disciplinirajo svoje telo v smislu prehrane, telesne aktivnosti in zdravlil ter kako se (ne-)uspešnost samonadzora kaže v stanju bolezni. Znano je namreč, da so sladkorni

bolniki nagnjeni k debelosti, zato me bo v intervjujih zanimalo tudi, kako povečanje/zmanjšanje telesne teže vpliva na razvoj bolezni in nastajanje zapletov, povezanih s sladkorno boleznijo, ter vzroki (ne-)discipliniranja bolezni.

7.2 Cilji intervjujev

Zastavila sem si cilj, da bi odgovorila na naslednja vprašanja:

- kako pomembna se zdi bolnikom zdravstvena vzgoja in kako uspešen je način podajanja informacij;
- kolikšno je poznavanje o sami bolezni;
- kakšne spremembe je prinesla bolezen v njihovo življenje;
- kakšne spremembe je prinesla bolezen v smislu prehrane, gibanja, ukvarjanja z lastnim telesom;
- v kolikšni meri jim nadziranje telesa onemogoča oz. preprečuje normalno življenje;
- kako uspešni so v izvajanju avto-refleksivnih telesnih tehnik in kako se (ne-)uspešnost discipliniranja telesa odraža na njihovem telesu;
- vzroki za uspešnost oz. neuspešnost samodiscipliniranja telesa in bolezni.

7.3 Raziskovalni hipotezi

Hipoteza 1: Predpostavljam, da veliko starih sladkornih bolnikov ne nadzira bolezni – ne upošteva diete, ni športno aktivnih, saj zaradi starosti težko spreminjajo svoj habitus. Njihove navade so namreč trdno zasidrane v zavest. Razlogi za to so lahko tudi v pomanjkanju znanja bolnikov o bolezni, nemotiviranost ali celo nezmožnost zaradi različnih zunanjih ali notranjih dejavnikov.

Hipoteza 2: Predpostavljam, da se starejši sladkorni bolniki najteže prilagodijo na samodisciplino prehranjevanja. To pa predstavlja problem predvsem tistim ljudem, ki so imeli že pred boleznijo nezdrav način prehranjevanja. Sladkorna bolezen namreč zahteva zdrav način prehranjevanja in upoštevanje diete, saj je to ena izmed najpomembnejših avto-refleksivnih tehnik zdravljenja njihove bolezni.

7.4 Intervjuvanci in metoda dela

V diplomskem delu sem se odločila za metodo poglobljenega intervjuja, in sicer s sladkornimi bolniki, starimi nad 50 let. Pogoj za intervju so bili torej starejši bolniki, ki imajo sladkorno bolezen najmanj deset let. To je namreč obdobje, ko se bolnik s svojo boleznijo že sprijazni in se z njo nauči živeti. Hkrati pa je to tudi obdobje, v katerem se lahko pokaže izboljšanje ali poslabšanje stanja sladkorne bolezni.

Intervjuvala sem sedem ljudi, in sicer tri ženske in štiri moške. Vsi so bili stari nad 50 let, zanimivo pa je tudi to, da so vsi razen enega zboleli v obdobju odraslosti. Le eden je torej zbolel ob rojstvu, svojo bolezen pa pripisuje dednosti. Treba je namreč razlikovati med sladkornimi bolniki tipov 1 in 2 pa tudi način zdravljenja. Pri sladkornih bolnikih tipa 1 se stanje hitro spravi v red z injekcijami inzulina, medtem ko le-te pri sladkornih bolnikih tipa 2 pogosto niso potrebne. Bolniki, ki zbolijo ob rojstvu, in tisti, ki zbolijo pozneje, morajo paziti na svoje telo v smisli prehrane, telesne aktivnosti in zdravlil.

Ker gre za vprašanja osebne narave, sem sklepala, da bo poglobljeni intervjuju najboljša metoda pridobivanja informacij. Hkrati pa so bili vsi intervjuvanci sorodniki, prijatelji ali znanci, zato pri intervjujih nismo bili časovno omejeni; pogovori so bili dolgi, poleg podatkov, ki zadevajo diplomsko delo, pa sem dobila še številne druge informacije. V povprečju so intervjuji z vsakim posameznikom trajali približno 45 minut, le v enem primeru, kjer sem intervjuvala dva predstavnika skupaj, je ta trajal dobro uro in pol. V nadaljevanju sem zaradi zaščite tajnosti identitete uporabila njihove psevdonime.

7.5 Izsledki/ Ugotovitve

Hipoteza 1: Predpostavljam, da veliko starih sladkornih bolnikov ne nadzira bolezni – ne upošteva diete, ni športno aktivnih, saj zaradi starosti težko spreminjajo svoj habitus. Njihove navade so namreč trdno zasidrane v zavest. Razlogi za to so lahko tudi v pomanjkanju znanja bolnikov o bolezni, nemotiviranost ali celo nezmožnost zaradi različnih zunanjih ali notranjih dejavnikov.

Osnova zdravljenja sladkorne bolezni je dieta ali posebno predpisana prehrana. Dieta za bolnika s sladkorno boleznijo se pravzaprav nič ne razlikuje od zdrave prehrane zdravega človeka. Sladkorni bolnik mora strogo upoštevati dietni predpis varovalne prehrane, zdravemu človeku pa je dopustno občasno odstopanje od priporočene varovalne prehrane. Pogosto odstopanje od osnovnih načel zdrave prehrane pa ima lahko tudi pri zdravem človeku škodljive posledice. Cilj in naloga zdravljenja sladkorne bolezni z dieto je normalizacija presnove pri bolniku. S tem preprečijo ali vsaj odložijo razvoj kroničnih zapletov, bolnik pa se dobro počuti, ostane delovno sposoben in aktiven.

Pri tej hipotezi sem naletela na različne primere. Večina anketirancev je sicer potrdila, da se zaveda svoje bolezni, a je kljub temu ne jemlje resno, ker sladkorna bolezen zlasti v začetku ne boli. Tisto, kar ne boli, pa je mogoče spregledati. Glede na zelo dobro seznanjenost dveh intervjuvancev sem pričakovala, da bo tak tudi njun odnos do bolezni. In res je bilo tako. Z nadziranje telesa v smislu prehrane in telesne aktivnosti jima že več let uspeva zadrževati krvni sladkor v mejah dovoljenega. Sogovornica Anamarija mi pove: »Že pred boleznijo sem živela zdravo, se veliko gibala in zdravo prehranjevala, zato korenita sprememba življenjskega sloga ni bila potrebna. Veliko tudi berem, sem članica društva diabetikov in redno obiskujem zdravnika, zato lahko rečem, da dobro poznam svojo bolezen.« Takoj mi začne opisovati: »Hrana, ki je bele barve, kot so bel kruh, bel riž, keksi in pecivo, narejeno iz bele moke, se hitro prebavlja in povzroča hiter dvig glukoze v krvi. Jabolko, ki vsebuje veliko hranil in vlaknin, je veliko boljše kot na primer jabolčni sok, ki nima zaželenih vlaknin.« Pove mi, da se zdravega načina prehranjevanja strogi drži in da si le redko privošči prekršek. Zato tudi nima težav s povišano telesno težo, ki je velik problem sladkornih bolnikov. Tudi sama mi pove: »Pridobitev telesne teže je problem veliko sladkornih bolnikov. Čim težji postajajo, tem težja je bitka za izgubo telesne teže, zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni ne bodo delovala dobro, potrebnih bo več zdravil in posledica bo še več kilogramov. Gre za začaran krog, iz katerega brez močne samodiscipline ni izhoda.« Seveda nihče ne more zagotoviti, da uporaba zdravil ne bo več potrebna, če bodo izgubili telesno težo, vendar pa je večja verjetnost, da bodo potrebovali vsaj manj zdravil.

Poznavanje svoje bolezni, predvsem pa svojega telesa je pokazal tudi Rafael, ki že 15 let uspešno nadzira svojo bolezen, zadnjih nekaj let s pomočjo inzulinske črpalke. Pove mi: »Svoje telo sem pripeljal do faze, kjer točno vem, kaj lahko pričakujem ob določenem sladkorju, zato ni moje življenje nič kaj drugačno od preostalih. Prehrani ne posvečam

pretirane pozornosti in jem čisto vse, seveda pa upoštevam pravilo izogibanja maščobam pri vseh vrstah jedi in če že zaužijem maščobe, so to tiste pod enim odstotkom.« Sam zase pravi, da živi zdravo, vendar se tudi prekrškom ne izogiba. »Če si zaželim pivo ali sladico, si ju privoščim. Pomembnejše pri tem pa se mi zdi, da sem fizično aktiven, kjer znižujem sladkor v varne meje,« mi pove. Sam gotovo izstopa po fizični aktivnosti, zato lahko sklepamo, da si prekrške pri hrani lahko večkrat privošči. Je namreč zagrizen tekač, ki se redno udeležuje vseh maratonov, to pa je po njegovem mnenju bistven dejavnik nadzora lastnega telesa. Kljub očitkom številnih ljudi, da taki telesni napor niso primerni za sladkornega bolnika, mi pove, da mu je inzulinska črpalka pri aktivnostih v veliko pomoč. Z njo lahko v trenutku spremeni svoj profil bazalnih odmerkov in jih prilagodi glede na trenutno potrebo po inzulinu. »Na začetku bolezni sem svoje telo dodobra opazoval, preizkusil, kako je določen napor vplival na moj sladkor, zato se danes brezskrbno prepuščam vsakodnevnim fizičnim aktivnostim. Najbolj pa sem vesel, ko lahko za nekaj ur odklopim napravo, se veselim trenutkov in uživam ob teku ter ob tem podoživljam trenutke, ko sem bil še zdrav.«

Zgoraj omenjena sogovornika sta edina primera, ki kažeta na popoln nadzor nad boleznijo. Povsem drugače sta svoj odnos do bolezni in njenega zdravljenja pokazala naslednja dva intervjuvanca – Boža in Andrej –, ki nista upoštevala nobene diete in sta prav tako že vse življenje telesno neaktivna. Ker gre za moža in ženo, ki so jima sladkorno bolezen odkrili približno hkrati, je razumljivo, da sta drug drugemu slaba motivacija. Oba se zdravita z inzulinom, vendar pa ob nespremenjeni hrani in s tem previsoki telesni teži ter krvnemu tlaku zdravljenje ne more biti uspešno. Znano je namreč, da so zdravila najučinkovitejša takrat, ko bolnik z življenjskim slogom pripomore k njihovem delovanju. Urejena telesna teža oz. počasno hujšanje, kakovostna, manj slana prehrana, redna telesna dejavnost, omejitve živalskih maščob in opustitev kajenja pripomorejo k manjši porabi zdravil oz. njihovem nižjemu odmerjanju. Ena najnovejših večjih raziskav je pokazala, da je dieta lahko celo veliko učinkovitejša od zdravil za zdravljenje sladkorne bolezni. Ker so izdatki za zdravila zelo visoki, je upravičeno pričakovati, da se po najboljših močeh trudijo tudi bolniki. Intervjuvanca, omenjena zgoraj, sta bila edina, ki kljub bolezni nista spreminjala načina življenja. Razloge njune nekreativne faze bom predstavila v nadaljevanju.

Preostali trije, Barbara, Ivan in Jani, se svoje bolezni sicer zavedajo, vendar pa so bolj ali manj uspešni pri samem zdravljenju. Ivan, ki ima edini sladkorno bolezen tipa 1, mi pove: »Saj ne, da se ne bi trudil pri predpisih glede zdrave prehrane in gibanja, vendar se preveč

pogosto pregrešim z nezdravo prehrano.« To je tudi posledica za njegovo precej povišano telesno težo in zmerno povišanje le-te pri preostalih dveh intervjuvancih. Tudi Barbara mi zaupa: »Pri meni ni problem v nezdravi prehrani, ampak v stalnem občutku lakote. Vem, da bi z izgubo kilogramov izboljšala krvni sladkor, vendar je želja po hrani premočna.« Kljub slabemu vodenju bolezni pa pove: »Zelo me je strah zapletov, ki lahko nastanejo zaradi neurejene kronične bolezni, a se počutim tako nemočno.« Sogovornik Jani, ki se prav tako bolj ali manj uspešno bori s sladkorno boleznijo, mi podrobno opiše svoj dan. »Po jutranji telovadbi, jogurtu z misliji in naribanim jabolkom ali z banano se s kolesom odpravim v službo. Še prej si izmerim sladkor in po potrebi pojem še en sadež. Še pred delom si ponovno izmerim sladkor, ker mi umsko delo po približnih izračunih vzame več sladkorja kot telesna aktivnost. Kosilo je samopostrežno. Po navadi pojem veliko zelenjave, saj le-te lahko pojem v neomejeni količini. Tudi meso si lahko privoščim, a ne sodi med moje priljubljene jedi, zato pogosteje posežem po ribah. Malo pred koncem dela ponovno preverim sladkor in ker gre veliko energije v zbrano delo, pojem košček kakavove čokolade. Na koncu dneva sledi večerja, ki je enaka zajtrku.« Ob vsem tem natančnem opisovanju in naštevanju se sprva zazdi, kako disciplinirano živi, vendar pa hitro pove, da je pri njem večer čas nediscipline. Pravi: »Sem in tja odpiram hladilnik, grešim s piškoti in si zraven pridigam, da je tokrat res zadnjič!« Posledično je večerni krvni sladkor zato velik, kar se odraža na kilogramih in v njegovem počutju.

Razlogov za slabši samonadzor sladkornih bolnikov je več. Prvi je slabša seznanjenost in nepoznavanje lastne bolezni nekaterih intervjuvancev, npr. Bože in Andreja, čeprav so razlogi pri njiju tudi drugačne narave. Sladkorna bolezen je namreč tipična bolezen, pri kateri zdravljenje brez bolnikovega sodelovanja ni uspešno. Le tako, da se izobrazijo o svojem stanju, postane bolnik neodvisen pri urejanju svoje bolezni, se telesno in duševno osamosvoji, postane samozavesten, skratka, življenje se mu izboljša. Ker me je zanimal najsplošnejši podatek sladkorne bolezni, sem jim že na začetku zastavila vprašanje o normalni vrednosti krvnega sladkorja. Čeprav številke glede na prebrano literaturo nekoliko odstopajo, se vrednosti gibljejo do 6,6 mmol/l na tešče in do 8 mmol/l po jedi. Ker je to številka, ki vpliva na potek njihovega zdravljenja, sem bila presenečena nad njunim nepoznavanjem. Boža in Andrej mi povesta: »Precej redno si sicer meriva krvni sladkor, vendar pa so najine vrednosti precej višje, zato se s številkami ne obremenjujema preveč.« Kot sem ugotovila v nadaljevanju, je tudi uspešnost njunega zdravljenja temu primerna.

Pravo nasprotje Boži in Andreju pa predstavlja Anamarija, ki je pokazala izjemno podkovanost o sladkorni bolezni. Pravi: »Še vedno, čeprav imam sladkorno bolezen že 15 let, pridem na pregled k zdravniku pripravljena, s seznamom vseh zdravil, ki jih prejeman, z dnevnikom, v katerega si zapisujem vrednosti sladkorja in tlaka, ter z vprašanji, ki me zanimajo.« To je bil tudi edini primer, ki je pokazal, da se človek ukvarja s svojo boleznijo in se temu primerno vseskozi izobražuje. Presenetljivo dobro je seznanjen tudi Rafael, ki mi pove: »Svojo bolezen obvladam in se preverjenega načina zdravljenja držim že od samega začetka bolezni.« Preostali trije, torej Ivan, Jani in Barbara, mi povedo, da sicer redno hodijo na preglede k zdravniku, vendar se nanj redkeje obrnejo z vprašanji, ki jih trenutno zanimajo.

Druge razloge slabšega samonadzora nad boleznijo pripisujem več dejavnikom. Gotovo pa izstopa pomanjkanje motivacije. Barbara, Jani in Ivan sicer vedo dovolj o sami bolezni, vendar so razlogi slabšega discipliniranja skriti drugje. Primanjkuje jim volje in motivacije, a se po drugi strani zavedajo posledic slabše urejenosti bolezni. Razlogi so lahko tudi: stres, življenjski problemi in druge bolezni.

Njihova neaktivnost in nemotivacija se kažeta tudi z neudeležbo v društvih diabetikov, ki so po celotni Sloveniji. Članici le-teh sta samo dve intervjuvanki, in sicer Anamarija in Barbara. Obe mi takoj začneta naštevati pozitivne strani udeležbe v društvu, predvsem učnih delavnic, ki se jih redno udeležujeta. »V prvi vrsti je cilj učnih delavnic boljše spoznavanje sladkorne bolezni, njenih zapletov in zdravljenja.« Delavnice temeljijo na sproščenem, vendar strokovnem pogovoru med udeleženci in strokovnjaki na določeno temo. Njihov namen pa je naučiti sladkorne bolnike odgovornosti pri zdravljenju, izobraževanje svojcev v poznavanju same bolezni ter zdravnikov in celotne družbe. Barbara mi pove: »Bistvena prednost društev je individualen pristop. Razvrstili so nas po tipu bolezni, starosti, vrsti zdravljenja in trajanju same bolezni. Celoten proces traja osem tednov, skupina pa se dobiva dve uri tedensko.«

Preostali intervjuvanci, Rafael, Boža, Andrej, Ivan in Jani, kot razloge neudeležbe navedejo pomanjkanje časa, neinteres in dejstvo, da se o vsem, če že morajo, raje pogovorijo z zdravnikom, s prijatelji ali pa si preberejo v knjigah. Na vprašanje, koliko časa posvetijo pogovoru o svoji bolezni, pa je bil odgovor – z izjemo Rafaela – zelo malo ali skoraj nič.

Čeprav moj namen ni bil ugotoviti razlikovanja v nadzoru telesa med spoloma, so ženske pokazale nekoliko večji prispevek glede poznavanja lastne bolezni. To je po eni strani logično, saj se ženske že v osnovi bolj ukvarjamo s svojo fizično podobo.

Hipoteza 2: Predpostavljam, da se starejši sladkorni bolniki najteže prilagodijo na samodisciplino prehranjevanja. To pa predstavlja problem predvsem tistim ljudem, ki so imeli že pred boleznijo nezdrav način prehranjevanja. Sladkorna bolezen namreč zahteva zdrav način prehranjevanja in upoštevanje diete, saj je to ena izmed najpomembnejših avto-refleksivnih tehnik zdravljenja njihove bolezni.

Telo kot organizem se mora hraniti. Hranjenje je temeljna in bistvena potreba. Z jedjo telo sprejema snovi, ki so potrebne za njegovo rast in razvoj. S hrano se človekovo telo – kot telesa vseh živih bitij – vzdržuje v primernem stanju, je pa v njej tudi vir energije, ki ga telo potrebuje za preživetje in dejavnosti, ki jim na splošno lahko rečemo delo. Prehranjevanje in način priprave hrane pa imata še prav posebno vlogo v človekovem življenju. Vplivata na njegovo počutje, zagotavljata njegovo vitalnost, življenjsko moč in tako tudi zdravje. Človekovo zdravje je bistveno odvisno od tega, kako in kdaj hrano zaužije. Pomembni sta torej vsebina in red v prehranjevanju (Južnič 1998, 205–206).

Sladkorni bolniki tipa 2 imajo pogosto povečano telesno težo. Ti bolniki bi morali shujšati, a jim žal redko uspe. Gre namreč za bolnike, ki imajo 50 in več let in ki težko spreminjajo utečen življenjski slog. To pa je bistveno za izgubo kilogramov. Poleg gibanja, ki ga je treba vpeljati v vsakdan, je nujno potrebna in najpomembnejša sprememba prehranskih navad. To pa je ljudem pogosto najtežje. Poudariti velja tudi, da so v tem življenjskem obdobju presnovne potrebe izredno nizke; ljudje bi morali nujno zmanjšati obroke, pa tega ne storijo. Pri ljudeh, ki so še slabše mobilni, torej se malo gibljejo, pa so potrebe po hrani sploh majhne. Nujno je uživanje zdrave prehrane, kar pomeni zlasti močno zmanjšanje uživanja maščob in ogljikovih hidratov. Nujno je tudi zmanjšanje velikosti obrokov, zato pa jih je treba uživati večkrat dnevno, začevši z zajtrkom. Omeniti velja tudi, da imajo bolniki s sladkorno boleznijo, ki se zdravijo z inzulinom, še eno smolo. Inzulin je hormon in je pogosto krivec za približno od dva do štiri kilograme, ki jih bolnik pridobi na njegov račun, zato sta zmernost in samodisciplina pri prehrani še toliko pomembnejša.

Kot sem omenila že v zgornji hipotezi, se samo Anamarija in Rafael držita diete in tako že več let uspešno uravnava sladkorno bolezen. Sama svoje prehrane nimata za dieto, saj se zdravo prehranjujeta že vse življenje, zato nimata občutka, da bi se čemur koli odpovedovala. Je pa res, da bi se marsikomu njun način prehrane zdel strog, saj se zelo redko pregrešita. Če se na drugi strani obrnem na preostala dva sogovornika, Božo in Andreja, ki svoji bolezni ne posvečati prevelike pozornosti, lahko zapišem, da je tudi glede prehrane tako. Svojo bolezen zdravita z zdravili in to jima zadostuje. S tem ne mislim, da je njun krvni sladkor zadovoljiv, vendar pa ju to ne moti. Ker sta oba sladkorna bolnika tipa 2, ki sta bolezen dobila po 50. letu, ne vesta niti ne kažeta interesa po spremenjenem načinu življenja. Tako je dnevno na njunem jedilniku mogoče zaslediti ogromne količine maščob in sladkorjev, uživanje katerih se odraža na njunem telesu in zapletih, ki jih povzroča nediscipliniranje bolezni. Če znova združim odgovore preostalih treh intervjuvancev, Barbare, Ivana in Janija, lahko strnem, da se Barbara nekoliko bolj ukvarja s svojo prehrano, vendar pove, da so njeni obroki pogosto preveliki, prav tako se težko izogne sladnicam. Pove: »Trudim se z vzdrževanjem telesne teže, vztrajam kak mesec, a mi kljub dosežku manjka motivacije. Še posebej težko je ob praznikih ali praznovanjih, kjer je veliko hrane, oči pa so po navadi bolj lačne kot samo telo.« Tudi Ivan in Jani se bolj ali manj držita zdravega prehranjevanja, vendar se pogosto tudi pregrešita. Oba omenita, da zelo rada spijeta kakšen kozarec piva ali žganja, kar pa povzroča le dodatno brazgotinjenje že tako okvarjene trebušne slinavke. Tudi pivo za sladkorne bolnike ni najboljša izbira, saj je zelo kalorično. Ob zaužitju piva zato veljajo enake omejitve kot pri sladkarijah: pivo po kalorijah velja že za samostojni obrok in bi ob njem lahko uživali le zelenjavo ali beljakovine. Alkohol pa ima žal še nekatere druge slabe učinke: ne prispeva toliko kalorij, kot naredi dober tek in to mi potrdira oba sogovornika. Ker je pitje pri njima prisotno največkrat ob večernih urah, ima to toliko slabši učinek, saj presežka kalorij ne porabita, krvni sladkor pa je temu primerno previsok. Sogovornik Ivan pa mi omeni še eno izmed svojih slabih razvad, in sicer kajenje. »S to razvado se sicer za zdaj ne obremenjujem, ne vidim pa tudi povezave, kako bi lahko s tem škodil svoji bolezni,« mi pove. Tu se pokaže eden izmed razlogov nediscipliniranja bolezni, ki sem jih navedla že zgoraj, in sicer pomanjkanje znanja. Slabi učinki nikotina se pri sladkorni bolezni najraje pokažejo kot dodatna okvara najdrobnejšega ožilja, kar se najbolj občuti na nogah, na katere morajo sladkorni bolniki zelo paziti.

Glede na odgovore intervjuvancev domnevam, da se bolniki sicer zavedajo zdravljenja sladkorne bolezni s prehrano, a se tega ne držijo. To je pokazala tudi anketa avtorice Klamfer

(2001), ki navaja, da se bolniki s sladkorno boleznijo zavedajo dejstva, da bolezen lahko zdravijo tudi z zdravo prehrano. Avtorica je v raziskovalni nalogi, ki jo je izvedla leta 2000 v ambulanti za sladkorne bolnike v Splošni bolnišnici Ptuj, podala izsledke, v katerih je kar dvainosemdeset odstotkov žensk in šestindevetdeset odstotkov moških odgovorilo pritrdilno.

Čeprav sladkorna bolezen vsaj na začetku ne boli, pa se napačen pristop k zdravljenju in neresno jemanje same bolezni kmalu pokažeta. Dandanes precej dobro poznamo bolezenske zaplete, ki se pojavljajo pri sladkorni bolezni, in se jih ob strogem uravnavanju krvnega sladkorja, maščob, krvnega tlaka, telesne teže, prenehanju kajenja, redni telesni aktivnosti in ob zdravi prehrani lahko uspešno prepreči ali vsaj upočasnijo njihov napredek. Pri akutnih zapletih sladkorne bolezni gre za življenjsko naravna presnovna iztirjenja (npr. hipoglikemija), ki se jih je mogoče z dobro zdravstveno vzgojo v veliki meri izogniti. Kronični zapleti sladkorne bolezni se običajno pojavijo od pet do deset let po začetku bolezni, popolnoma pa se razvijejo nekako po petindvajsetih letih bolezni. Najpogosteje se zgodijo okvare oči oz. spremembe na očesni mrežnici, odpoved ledvic, prizadetost živčevja, srčne okvare, možganske kapi, razjede na nogi, ki lahko vodijo do amputacij. To govori o pomembnosti samodiscipline in izvajanju avto-refleksivnih tehnik. Z redno telesno aktivnostjo in zdravo prehrano se zmanjšajo dejavniki tveganja zapletov, izboljša pa se tudi kakovost življenja.

Če ponovno začnem z Anamarijo in Rafaelom, ki disciplinirata svojo bolezen, lahko potrdim, da sta oba seznanjena tudi z vsemi mogočimi zapleti, ki jih sladkorna bolezen lahko prinese. Rafael nima nikakršnih težav, medtem ko so se pri Anamariji zapleti že zgodili. Sama pravi: »Zapleti so se gotovo zgodili zaradi staža moje bolezni. Izgubila sem ostrino vida, kljub temu pa še vedno kar dobro vidim. Obstaja neka laserska operacija, pri kateri drobne žilice »zatalijo« z lasersko lučko, vendar pa je slaba stran ta, da na očesu ostane drobna brazgotina, podobna črni piki.«

Vsi intervjuvanci so omenili utrujenost in pokazali seznanjenost z zapleti nog, ki se lahko pojavijo. Pri Boži in Andreju, ki najmanj aktivno pristopata k sami bolezni, se jasno pokaže nezavedanje glede zapletov same bolezni. Kljub določenim zapletom, utrujenosti in slabemu počutju svojega načina življenja nimata namena spreminjati. Povesta mi: »S svojim življenjem sva zadovoljna.« S kančkom sramu mi celo priznata, da tudi zdravil ne jemljeta redno. Na tem mestu želim omeniti razlog njunega nediscipliniranja, ki bo verjetno vsaj

nekoliko razjasnil njuno pasivnost. Gre za vrsto vzajemnih razlogov – bolezen, stres, pomanjkanje motivacije itd. Oba sta imela namreč težko življenje. Poleg izgube otroka sta oba prebolela hujši obliki raka, pri gospe se je pojavil celo dvakrat. To torej na neki način lahko razjasni ali opraviči njun neinteres za zdravljenje boleznin in prepričanje, da želita brez omejitev uživati življenje.

Odgovori preostalih treh sogovornikov, Barbare, Ivana in Janija, so bili ponovno podobni. Barbara, ki je pokazala zavedanje glede pomembnosti zdrave prehrane, mi pove: »Zavedam se zapletov sladkorne bolezni in se jih bojim.« Našteti mi zna tiste, ki se pri njej tudi pojavljajo. Tudi ona omeni utrujenost in težave z očmi. Omeni tudi slabšanje sluha, ki pa je lahko posledica sladkorne bolezni ali starosti. Preostala sogovornika pravita, da se zavedata zapletov sladkorne bolezni, vendar je tudi njuno delovanje na meji aktivnega. Omenita mi pogostost pojavljanja hipoglikemij (pretiran padec krvnega sladkorja) in hiperglikemij (stanje kronično povišanega krvnega sladkorja). Jani mi pove, da drugih zapletov za zdaj ne opaža, medtem ko so se pri Ivanu začele težave z nogami. Od takrat naprej redno izvaja preglede, še bolj skrbi za higieno, pravo obutev, nogavice in za drugo.

Glede na postavljeno hipotezo lahko sklenem, da je gotovo težje spreminjati navade in ustaljene vzorce prehranjevanja starejšim ljudem. Kljub temu pa sem skozi intervjuje ugotovila, da je treba za posameznikovo (ne-)discipliniranje bolezni razumeti njihove vzroke in razloge, ki sem jih opisala zgoraj. Gotovo pa je zdravljenje bolezni odvisno tudi od denarja in stroškov, ki jih zdravljenje zahteva, pa čeprav nihče izmed intervjuvancev tega ne navede kot razlog slabšega discipliniranja bolezni.

7.6 Komentar k empiričnemu delu

Pri empiričnem delu oz. intervjujih, ki sem jih izvedla meseca julija in avgusta, je bilo vključenih sedem ljudi, starih nad 50 let. Moj vzorec je obsegal tri predstavnice ženskega in štiri predstavnike moškega spola, ki so imeli sladkorno bolezen najmanj 10 let. Kot zanimivost lahko dodam, da so z izjemo enega vsem bolezen odkrili med petinštiridesetim in petinpetdesetim letom starosti in da imajo tako sladkorno bolezen tipa 2, ki so jim jo odkrili naključno, in sicer na rednem zdravniškem pregledu.

»Zdravljenje sladkorne bolezni gotovo ni bolj zapleteno kot vožnja avtomobila, vendar je lažje prelistati policiste, pa tudi kazni nas udarijo pozneje, ko na prekrške že pozabimo«. To je odgovor enega izmed anketirancev, ki se mi je zdel primeren za začetek komentarja empiričnega dela. Čeprav je zdravje temeljna vrednota življenja in eden najpomembnejših dejavnikov kakovosti življenja, je pri sladkornih bolnikih ta vrednota ogrožena. Za ohranitev čim višje ravni kakovosti življenja je zato pomembno samodiscipliniranje. V intervjujih sem se osredotočila predvsem na samodisciplino glede lastnega telesa v smislu prehrane, športne aktivnosti in tudi zdravil. Glede na to, da so imeli razen enega vsi bolniki sladkorno bolezen tipa 2, me je hkrati zanimalo, v kolikšni meri se zavedajo dejstva, da lahko bolezen zdravijo z zdravim načinom življenja. Kot sem omenila, je anketa avtorice Klamfer (2001) sicer pokazala, da se bolniki zavedajo dejstva, da lahko bolezen zdravijo tudi z zdravo prehrano, sama pa sem bila glede tega nekoliko v dvomih.

V osnovi lahko intervjuvance razdelim v tri skupine. Prvo skupino sestavljajo ljudje, ki izvajajo samodisciplino, se torej s svojo boleznijo ukvarjajo, so dobro seznanjeni in se zavedajo posledic, ki jih lahko prinese sladkorna bolezen. V mojem primeru se je to pokazalo pri dveh intervjuvancih, Anamariji in Rafaelu, pri katerih se to kaže v nadzorovani telesni teži, zdravem načinu prehranjevanja, vsakodnevni telesni vadbi, stalnih kontrolah in v seznanjanju o bolezni. Bolnika se zavedata svoje bolezni in imata do nje resen in aktiven pristop, kljub temu pa ju ne ovira pri njunem življenju. V drugi skupini so Barbara, Ivan in Jani, ki se sicer zavedajo svoje bolezni in njenih posledic, vendar pa je njihov pristop k zdravljenju premalo aktiven. Gre za zainteresirane bolnike, ki sicer poslušajo nasvete zdravnikov in se ravnaajo po njih, razen kadar to preveč ogroža njihov življenjski slog. Tako se lahko na primer več mesecev držijo navodil zdravnikov in dosledno izvajajo avto-refleksivne tehnike, ko se pojavi upad motivacije, pa grešijo brez slabe vesti. Zavedajo se posledic pomanjkanja samodiscipline, včasih pa jim vseeno manjka nekoliko več znanja o bolezni in aktivnega pristopa. Tretjo skupino pa tvorijo ljudje, v mojem primeru Boža in Andrej, ki se s svojo boleznijo zaradi različnih vzrokov ne ukvarjajo. Gre za pasivne bolnike, ki sebe vidijo kot žrtve bolezni brez lastnega vpliva. Svoji bolezni ne posvečajo nobene pozornosti, ne iščejo informacij o lastnem bolezenskem stanju in vse odločitve prepuščajo zdravnikom. Sami torej ne izvajajo avto-refleksivnih tehnik oz. so le-te minimalno prisotne. Vzrokov za nediscipliniranje je več, in sicer: nemotiviranost, neizobraženost, težke življenjske izkušnje, druge bolezni, starost pa tudi denar.

Izsledki intervjujev so torej pokazali, da bolniki za samodiscipliniranje sladkorne bolezni ne naredijo dovolj, kar je posledica različnih vzrokov. Eden je slaba informiranost glede bolezni, kar se posledično kaže v neukvarjanju z lastno boleznijo. Čeprav glede na majhnost vzorca ne gre posploševati, pa so izsledki pokazali nepoznavanje glede osnovnih stvari zdravljenja. (Ne-)poznavanje same bolezni se namreč kaže v uspešnosti zdravljenja. Pri ljudeh, ki svojo bolezen poznajo in kažejo interes za izboljšanje zdravstvenega stanja, se to tudi jasno pokaže. Prav tako jasno se pokaže uspeh bolnikov, ki ne kažejo nikakršnega interesa. Problem pa ni samo v neznanju, ampak v izvajanju teorije v praksi. Razlogov nediscipliniranja bolezni je torej veliko, bolnik pa je tisti, ki mora izvajati njen nadzor.

Predpostavljamo o tem, da sladkorni bolniki ne nadzirajo svoje bolezni, se je v mojem primeru izkazalo za pravilno; ker so z izjemo Ivana, vsi intervjuvanci zboleli za sladkorno boleznijo tipa 2, sta bili za njihovo zdravljenje ključnega pomena zdrav način prehrane in telesna dejavnost. Samodisciplino večina izvaja tudi z jemanjem zdravil, kar pa je ob odsotnosti zdravega sloga življenja povsem zaman. Z zdravim načinom prehranjevanja in ustrezno telesno aktivnostjo se namreč lahko doseže normalizacija presnove pri bolniku. S tem pa se prepreči ali vsaj odloži razvoj kroničnih zapletov; bolnik se dobro počuti, ostane delovno sposoben in aktiven. Odgovori intervjuvancev so potrdili zastavljeno hipotezo in hkrati podali nevzpodbudno sliko. Prevelika telesna teža, ki je bila prisotna pri večini sogovornikov, gotovo ni odraz samodiscipliniranja telesa. Čeprav so bili sogovorniki starejši bolniki, pa sta me presenetili pasivnost in nepripravljenost na eni ter aktiven pristop k bolezni na drugi strani. Jasen dokaz, da se s samodisciplino telesa lahko doseže nadzor nad boleznijo, sta mi podala Anamarija in Rafael, zato sem bila toliko bolj razočarana, ker sta bila to tudi osamljena primera. Z izvajanjem nadzora nad telesom se sicer najverjetneje res ne bodo izognili jemanju zdravil, vendar pa je večja verjetnost, da jih bodo potrebovali bistveno manj. S tem se bodo zmanjšali tudi izdatki za zdravila, kar bi lahko bolnikom predstavljalo le dodatno motivacijo. Nepravilna prehrana in pomanjkanje telesne neaktivnosti sta tudi odraza ustaljenih dolgoletnih vzorcev, kar pomeni, da bolniki pred odkritjem bolezni niso imeli zdravih prehranjevalnih navad in se niso ukvarjali s športom. Skozi odgovore v intervjujih popolno ignoriranje bolezni kažeta sogovornika Boža in Andrej, medtem ko preostali trije, Barbara, Ivan in Jani, bolj ali manj upoštevajo pravila zdrave prehrane, se ukvarjajo s športom ter tako skrbijo za nadzor telesa in posledično bolezni.

Glede na nerazveseljive izsledke prve hipoteze je bila tudi druga hipoteza postavljena pravilno. Predpostavljanje o tem, da se bolniki najteže prilagodijo na samodisciplino prehranjevanja, je bilo natančno. Vsebina in red prehranjevanja sta bistvena pri vseh ljudeh, ne samo pri sladkornih bolnikih. Je pa prehrani pri sladkornih bolnikih tipa 2 treba posvetiti še več pozornosti. Ti bolniki imajo najpogosteje preveč kilogramov, zato je bistvena sprememba prehranskih navad. Glede na odgovore to ljudem predstavlja najtrši oreh. Lažje bi se namreč navadili na dodatna zdravila kot na omejitev pri hrani. Nezdrava oz. nepravilna prehrana je bila zato prisotna pri kar petih intervjuvancih, kar gotovo ni vzpodbudno. Ker gre za starejše ljudi, je po eni strani sicer razumljivo, da nekateri bolniki s težavo spreminjajo prehranske navade in ustaljene vzorce, spet drugim pa prav starost predstavlja zadostno motivacijo po spremembah. Potrditev hipoteze sem dobila tudi v številnih člankih, v katerih sem zasledila, da bolniki le izjemoma obvladujejo svojo težo, čeprav ta gotovo vodi k boljši urejenosti bolezni in izogibanju zapletov.

S pomočjo intervjujev sem dobila odgovore na zgoraj zastavljeni hipotezi, ki ju težko popolnoma sprejemem ali zavrnem. Ugotovila sem namreč, da je razlika v načinih avto-refleksivnih tehnik, ki jih sladkorni bolniki uporabljajo, in pogostosti uporabe. Prav tako pa je za (ne-)discipliniranje bolezni treba razumeti in poznati posameznika kot osebnost, torej njegovo življenje in ne samo njegove bolezni.

8 SKLEP

Naše telo je stalno podvrženo spreminjanju. Prek organizacij, različnih regulacij, ideologij in premikov v našem vsakdanjem življenju ga treniramo in oblikujemo (Bordo 2003, 165–166). Ker je danes videz zelo pomemben, se pričakuje, da bo telo lepo, popolno in spolno privlačno, povezuje se ga s hedonizmom, z lagodnostjo in razkazovanjem (Franzoi in Klaiber 2007, 205–214). Čeprav so ideje o lepem telesu precej relativna stvar, pa smo že dlje časa priča enačenju vitkosti z boljšim zdravjem. Vitko telo namreč velja za simbol samonadzora oz. samodiscipline, le tako pa se lahko poveča tudi njegova učinkovitost. To sta poudarjala tudi Turner in Featherstone, medtem ko je Foucault trdil, da se z discipliniranjem izdelujejo podrejena in izurjena »krotka telesa«.

Sama sem enačenje vitkosti z zdravjem na neki način preverila tudi v svojem diplomskem delu, kjer sem se ukvarjala z discipliniranjem teles sladkornih bolnikov. Ko je namreč govor o zdravem telesu, sta vzdrževanje in nagrajevanje telesa odvisna od naše volje, medtem ko je pri bolezni to nekoliko drugače. Pri sladkorni bolezni pa je to pravzaprav nujnost. Takrat postane bolezen tista, ki upravlja naše telo in zaradi katere moramo vzdrževati telo na način, ki ga od nas »zahteva« bolezen. Pri tem gre za uporabo različnih telesnih tehnik, ki jih mora posameznik izvajati za doseganje dobrega zdravja. Pri sladkornih bolnikih gre za uporabo različnih avto-refleksivnih tehnik, pri katerih je bolnik učinkoval na svoje lastno telo z namenom, da bi telo na poseben način preoblikoval in ohranjal ter tako izboljšal svoje zdravstveno stanje. Sama sem se v diplomskem delu osredotočila predvsem na nefarmakološke načine zdravljenja, med katerimi sem poudarila vzgojo, prehrano in telesno dejavnost.

Samodiscipliniranje telesa in uporaba telesnih tehnik v smislu prehrane in športne aktivnosti sta še kako pomembna predvsem pri sladkornih bolnikih tipa 2. Znano je namreč, da je vsako jemanje zdravil in inzulina zaman, če se bolniki prehranjujejo nezdravo in če niso fizično aktivni. Priporočila sladkornim bolnikom torej ne zadevajo samo uživanja zdravil, ampak zajemajo korenito spremembo življenjskega sloga – od prehrane, gibanja, uživanja alkohola do prenehanja kajenja. Ker sem se v diplomskem delu osredotočila na starejše ljudi, sem ugotovila, da jim to predstavlja nemalo težav. Ljudje z izoblikovanimi navadami oz. s habitusom, ki pri večini ni vključeval najbolj zdravih navad, pri izvajanju avto-refleksivnih

telesnih tehnik niso bili najuspešnejši. S pomočjo intervjujev sem ugotovila, da največji problem predstavlja ravno sprememba v načinu prehranjevanja.

Zdrava prehrana sicer ne pomeni nujno stroge diete, čeprav se mora veliko bolnikov zaradi predhodnega nezdravega načina življenja pogosto odpovedati celi vrsti živil. Pri sladkornih bolnikih je torej v prvi vrsti pomembno, da opustijo »star« način življenja in ga prilagodijo stanju bolezni. Dokazano je namreč, da s samodiscipliniranjem, torej z zdravim načinom prehranjevanja, s telesno aktivnostjo in z jemanjem zdravil ugodno vplivajo na svojo bolezen. Kljub temu pa so odgovori intervjuvancev empiričnega dela pokazali nekoliko drugačno sliko. Presenetili so me predvsem neznanje bolnikov o sami bolezni in nemotiviranost na eni ter neverjetna samodisciplina oz. ukvarjanje z boleznijo na drugi strani.

Kljub temu izsledki empiričnega dela niso najbolj vzpodbudni. Vseeno pa bi želela omeniti nekaj vprašanj, ki se mi porajajo in ki bi bila potrebna nadaljnje raziskave. Glede na slabe izide samodiscipliniranja bolezni se sprašujem o učinkovitosti zdravstvene vzgoje. Bolniki se namreč o bolezni izobrazijo prek zdravstvene vzgoje in navodil na rednih pregledih pri zdravniku. Kljub pozitivnemu mnenju zdravnikov in intervjuvancev glede seznanjanja o bolezni sem na forumu društva diabetikov našla precej negativnih mnenj. Zdravstveno osebje je sicer res samo svetovalec, vendar igra pomembno vlogo pri motiviranju bolnikov. Po drugi strani pa je za neuspeh najlažje poiskati drugega krivca. Zdravstvena vzgoja, zdravniki in diabetologi res predstavljajo osnovni pogoj zdravljenja, vendar so izvajalci še vedno bolniki sami.

Njihova nemotiviranost oz. nepripravljenost po spreminjanju načina življenja je tako naslednje vprašanje, ki bi najverjetneje zahtevalo podrobnejšo raziskavo. Nerazumljivo se mi zdi, da je pripravljenost ljudi za samodiscipliniranje telesa tako majhna, glede na to, da zdravje večini predstavlja najvišjo vrednoto. Ker je nadzor nad lastnim telesom pri sladkornih bolnikih nujnost, me čudi, kako malo so ljudje pripravljeni narediti za izboljšanje svojega počutja. Kljub temu sem z diplomskim delom dobila odgovore na številna vprašanja. Predvsem pa sem želela prikazati, kako lahko bolniki kljub trajni in neozdravljivi bolezni s samodisciplino telesa oz. z uporabo različnih avto-refleksivnih tehnik ter njegovim nadzorom dosežejo večjo svobodo, prilagodljivejši režim življenja in s tem boljšo kakovost življenja.

LITERATURA

- Adam, Philippe in Claudine Herzlich. 2002. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.
- Bahovec, Eva D. 1995. Žensko telo in oblast v mediju vizualnega. *Delta* 1 (3–4): 19–40.
- Bartky, Sandra. 1990. *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. London: London.
- Battelino, Tadej, Andrej Janež, Aleš Skvarča, Andreja Širca-Čampa, Marjeta Tomažič, Nataša Uršič-Bratina in Alja Verbič. 2007. *Insulinska črpalka*. Ljubljana: Didakta.
- Bezenšek, Jana in Andreja Barle. 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.
- Bohnec, Milena, Jana Klavs, Mateja Tomažin-Šporar, Andrej Krašovec in Barbara Žargaj. 2006. *Sladkorna bolezen: priročnik*. Ljubljana: samozaložba.
- Bond, John in Lyanne Corner. 2004. *Quality of Life and Older People*. England: Open University Press.
- Bordo, Susan. 2003. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. California: University of California Press.
- Creswell, John W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Crossley, Nick. 2005. Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and Maintenance. *Body & Society* 11 (1): 1–35.
- DeSpelder, Lyanne Ann in Albert Lee Strickland. 1999. *The Last Dance. Encountering Death and Dying (5th edition)*. Mayfield: Mayfield Publishing Company.

- Featherstone, Mike, Mike Hapworth in Bryan S. Turner. 1991a. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- --- 1991b. The Body in Cosumer Culture. V *The Body: Social Process and Cultural Theory*, ur. Mike Featherstone, Mike Hepworth in Bryan S. Turner, 170–196. London: Sage Publications.
- Fontana, Andrea in James H. Frey. 2005. The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. V *The Sage Handbook of Qualitative Analysis*, ur. Norman K. Denzin in Yvonna S. Lincoln , 695–727. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Foucault, Michel. 1975. *The Birth of Clinic. An Archeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- --- 1991. *Vednost – oblast – subjekt*. Ljubljana: Krt.
- --- 2004. *Nadzorovanje in kaznovanje: nastanek zapora*. Ljubljana: Krtina.
- Frank, Arthur. 1996. Reconciliatory Alchemy: Bodies, Narratives and Power. *Body & Society* 2 (3): 53–71.
- Franzoi, Stephen L. in Jeffrey Klaiber. 2007. Body Use and Reference Group Impact: With Whom Do We Compare Our Bodies. *Sex roles* 56 (3–4): 205–214.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Grogan, Sarah. 1999. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London: Routledge.
- Južnič, Stane. 1998. *Človekovo telo med naravo in družbo*. Ljubljana: FDV.
- Kaloper, Urška. 2007. *Zdravo. Sladko*. Ljubljana: Tales- Lovšin in ostali.
- Karpljuk, Damir, Vlasta G. Kaloper, Mateja Videmšek, Edvin Dervišević, Vedran Hadžič, Saša Cecić Erpič, Andreja Hrovat, Klemen Adamič, Vanja Rešetar in Franc

- Rožman. 2004. *Sladkorna bolezen, gibanje in šport*. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije.
- Kocijančič, Andreja, Franc Mrevlje, Dušan Štajer, Joško Osredkar. 2005. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta.
 - Kovačev, Asja Nina. 1994. Družbene in kulturne determinante telesnih gibov. *Psihološka obzorja* 94 (2): 73–85.
 - Krpič, Tomaž. 2004. *Kognitivno delovanje človeškega telesa*. Ljubljana: FDV.
 - --- 2008. *Tvoje telo – moja bolečina*. Prispevek na konferenci. BSA Annual Conference: Social Worlds, Natural Worlds. Velika Britanija: Durham.
 - Kuhar, Metka. 2004. V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe. Ljubljana: FDV.
 - Mauss, Marcel. 1996. *Esej o daru in drugi spisi*. Uvod v delo Marcela Maussa. Ljubljana: Škuc: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
 - Medvešček, Marko. 1995. *Življenje s sladkorno boleznijo*. Ljubljana: Planprint, Litterapicta.
 - Montez, Jennifer Karas in Tracy X. Karner. 2005. Understanding the Diabetic Body-Self. *Qualitative Health Research* 15 (8): 1086–1104.
 - Mrevlje, France. 1983. *Sladkorna bolezen: priročnik za bolnike*. Ljubljana: Založba Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva.
 - Ogorevc, Irma in Igor Ogorevc. 2006. *Diabetes je ozdravljiv*. Ljubljana: As An.
 - O'Neill, John. 1985. *Five Bodies: The Human Shape of Modern Society*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
 - Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.
 - Pajkihar, Majda. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

- Polh, Saša. 1995. *Kvaliteta življenja sladkornih bolnikov*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Zdravstvena fakulteta.
- Prelec-Lainščak, Jolanda. 2002. Prehrana bolnika s sladkorno boleznijo in morebitni zapleti. V *Zdravljenje in zdravstvena vzgoja sladkornega bolnika*, ur. Mateja T. Šporar in Melita Hočevar, 63–69. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Endokrinološka sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Rener, Tanja. 1998. Sociopatologije vsakdanjosti: anorexia nervosa. *Družboslovne razprave XIV (27/28)*: 55–62.
- Ruhland, Bernd. 1998. *Diabetes: obsežno praktični nasveti*. Logatec: Kele&Kele.
- Scambler, Graham in Paul Higgs. 1998. *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology Towards 2000*. London: Routledge.
- Shilling, Chris. 1993. *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications.
- --- 2008. *Changing Bodies: Habit, Crisis and Creativity*. London: Sage Publications.
- Starc, Andrej. 2003. Program zdravstvenega izobraževanja sladkornih bolnikov. *Obzornik zdravstvene nege 37 (2)*: 139–150.
- Strehovec, Janez. 1993. Performance art in jaz, ki se uprizarja. *Časopis za kritiko znanosti 21(162/163)*: 183–200.
- Synnott, Anthony. 1993. *The Body Social: Symbolism, Self and Society*. London: Routledge.
- Škerlep, Andrej. 1998. Razred in okus – Bourdieujev pojem habitusa. *Časopis za kritiko znanosti 26 (189)*: 31–46.
- Tivadar, Blanka. 2001. *Družbeno strukturiranje prehranskih vzorcev*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.

- Turner, Bryan S. 1991. Recent Development in the Theory of the Body. V *The Body – Social Process and Cultural Theory*, ur. Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S. Turner, 1–35. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications.
- --- 1993. Novejša dognanja v teoriji telesa. *Časopis za kritiko znanosti* 21 (156/157): 99–117.
- --- 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. Second edition. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- --- 1996. *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Twigg, Julia. 2000a. *Bathing – the Body and Community Care*. London, New York: Routledge.
- --- 2000b. Carework as a Form of Bodywork. *Ageing and Society* 20 (1): 389–411.
- Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- Vrtovec, Matjaž. 1996. *Telesna vadba*. Ljubljana: Klinika za endokrinologijo in bolezni presnove, Klinični center: Novo Nordisk.
- Vrtovec, Matjaž, Vilma Urbančič-Rovan in Maja Ravnik-Oblak, ur. 2001. Celostna obravnava bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 – napotki za delo v ambulanti. Ljubljana: *Medicinski razgledi* 40 (3): 21–32.