

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Alja Žorž

Vpliv samosledilnih naprav na dožemanje telesa in zdravja

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Alja Žorž

Mentorica: doc. dr. Tanja Kamin

Vpliv samosledilnih naprav na dožemanje telesa in zdravja

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Vpliv samosledilnih naprav na dožemanje telesa in zdravja

Skrb za zdravje je postala pomembna tema v vsakdanjem življenju posameznikov. Vse več medijskega prostora je namenjenega nasvetom o tem, kako naj posamezniki skrbijo za svoje zdravje, danes pa se omenjena skrb povezuje tudi z uporabo tehnologije. Integracija telesa in tehnologije se je začela ravno na področju medicine, cilj pa je bilo izboljšanje delovanja človeškega telesa. Z razvojem naprav je bila integracija vse bolj obsežna, pomemben element pa danes predstavljajo t.i. samosledilne naprave oziroma aplikacije, ki jih posamezniki nosijo na svojem telesu, merijo pa telesne funkcije in aktivnosti. Ker predstavljajo pomemben del skrbi za telo in zdravje, sem v svoji diplomski nalogi raziskovala, kako uporaba samosledilnih naprav vpliva na dožemanje telesa in zdravja pri uporabnikih. Zanimalo me je, kako se samosledenje povezuje s promocijo zdravja in zdravizmom ter kakšno vlogo ima njihova uporaba v posameznikovem vsakdanjiku. Prek pregleda teorij in kvalitativne tematske analize, izpeljane s pomočjo poglobljenih intervjujev, sem iskala povezanost med samosledenjem in uporabnikovim dožemanjem telesa in zdravja. Rezultati so potrdili teoretski okvir in nakazali na to, da je samosledenje pomemben element digitalizirane promocije zdravja, ki prek zdravizma prelaga odgovornost za zdravje na posameznika.

Ključne besede: samosledenje, promocija zdravja, zdravizem, telo.

Self-tracking devices and their impact on the perception of the body and health

Healthcare has become an important topic in the everyday lives of individuals. More and more media space is devoted to advice about how individuals should take care of their health, which is often linked with the use of technology. The integration of body and technology began in the medical field, where the objective was to improve the functioning of the human body. The development of devices caused the integration to be more and more extensive, a part of which are also self-tracking devices. These are worn by the individual and they monitor bodily functions and physical activity. Since such devices represent an important part of personal care for body and health, I researched how they affect the user's perception of the body and health. I was interested in the association between self-tracking devices and health promotion as well as healthism. Based on my theoretical research and qualitative content analysis, carried out through in-depth interviews, I attempted to find a connection between self-tracking and the user's perception of the body and health. The results have confirmed the theoretical framework and indicated that self-tracking as an element of health promotion emphasizes the individual's responsibility for his own health.

Keywords: self-tracking, health promotion, healthism, body.

KAZALO

1	Uvod	5
2	Pregled literature.....	6
2.1	Teoretski pristopi k zdravju	6
2.1.1	Družbena konstrukcija zdravja	6
2.1.2	Telo v medicinskem diskurzu	8
2.2	Medikalizacija in zdravizem.....	9
2.3	Promocija zdravja	11
2.4	Samosledenje.....	13
2.4.1	Klasifikacija samosledenja in samosledilnih naprav	15
2.4.2	Samosledenje in digitalizirana promocija zdravja	17
2.4.3	Kritike samosledenja	19
3	Empirični del.....	22
3.1	Raziskovalno vprašanje	22
3.2	Metodologija.....	22
3.2.1	Opredelitev skupine intervjuvancev	23
3.3	Rezultati raziskave	23
3.3.1	Razumevanje zdravja	23
3.3.2	Prizadevanje za zdravje	24
3.3.3	Fizična aktivnost.....	26
3.3.4	Začetki samosledenja.....	27
3.3.5	Vzroki za uporabo samosledilnih naprav in aplikacij	28
3.3.6	Interpretacija podatkov	29
3.3.7	Omejitve in negativni vidiki	31
4	Diskusija	33
5	Sklep	35
6	Literatura	37
	Priloga A: Vprašalnik za polstrukturiran intervju	40

1 Uvod

Z integracijo človeškega telesa in tehnologije se ukvarjajo raziskovalci, znanstveniki in teoretiki z različnih področjih, začetki pa segajo na področje medicine; meje človeškega telesa so preizkušali z namenom preventive, diagnoze ali terapije (Fortunati 2003). Ta integracija postaja v 21. stoletju pomembna družbena problematika. Razvoj novih tehnologij je omogočil razmah t.i. samosledilnih naprav (angl. *self-tracking devices*), s katerimi je mogoče v vsakdanjem življenju posameznikov opazovati, meriti in reprezentirati človeško telo. Gre za naprave in aplikacije, povezane z internetom, ki jih lahko uporabniki nosijo s seboj ali na sebi, merijo pa različne telesne funkcije in aktivnosti. Tako so vpete v področja medikalizacije, zdravizma in promocije zdravja. Spreminjajo konceptualizacijo, upravljanje ter nadzor telesa in zdravja na vsakodnevni ravni.

V prvem delu bom pregledala teoretske pristope k zdravju in telesu znotraj medicinskega diskurza. Opredelila bom medikalizacijo in zdravizem ter ju uvrstila v področje promocije zdravja. Nato sem bom usmerila na samosledenje: pregledala bom, kaj samosledenje sploh je, kako se izvaja in katere so ključne klasifikacije. Zanima me, kako se samosledenje povezuje s promocijo zdravja in katere so ključne kritike, ki jih poudarjajo avtorji. Na podlagi pregleda literature bom zasnovala empiričen del naloge, v katerem bom opravila poglobljene intervjuje z uporabniki samosledilnih naprav oziroma aplikacij in poskušala odgovoriti na osrednje raziskovalno vprašanje:

»Kako uporaba samosledilnih naprav vpliva na dožemanje telesa in zdravja pri uporabnikih?«

V sklepnem delu bom predstavila ugotovitve o ujemanju teoretičnih konceptov z izsledki analize poglobljenih intervjujev in jih umestila v področje promocije zdravja in zdravizma.

2 Pregled literature

2.1 Teoretski pristopi k zdravju

V zgodovini sociologije zdravja in bolezni so se razvili trije osrednji teoretski pristopi: funkcionalizem, politična ekonomija in socialni konstruktivizem. Prva dva sta v zatonu, socialni konstruktivizem pa je osrednji pristop (Lupton 2012).

Funkcionalizem pravi, da sta družbeni red in usklajenost ohranjena s pomočjo posameznikov, ki imajo v družbi določeno vlogo. Bolezen vidijo kot družbeni odklon, nenaravno stanje človeškega telesa, kot nezmožnost delovanja v skladu s pričakovanji in normami družbe. Medicina ima v funkcionalistični teoriji vlogo institucije družbenega nadzora, ki skrbi, da ne prihaja do deviančnosti (Lupton 2012, 4).

Politična ekonomija, imenovana tudi kritični strukturalizem, predpostavlja, da je dobro zdravje posameznika odvisno od »dostopa in nadzora nad osnovnimi dobrinami, ki ohranjajo in promovirajo življenje z visoko stopnjo zadovoljstva« (Lupton 2012, 5). Družba marginalizira bolne posameznike, saj ne prispevajo k produkciji in potrošnji dobrin, hkrati pa imajo določene družbene skupine več dostopa do zdravstvenih storitev kot druge. Medicina je torej v vlogi institucije, ki zagotavlja, da ostane populacija dovolj zdrava, da lahko prispeva k ekonomskemu sistemu. Vendar pa zanemarja tiste, ki ne želijo oziroma k sistemu niso sposobni prispevati. Medicina ima znotraj politične ekonomije negativno vlogo, saj na ta način ohranja socialne neenakosti med družbenimi skupinami (Lupton 2012, 5).

V nadaljevanju se bom usmerila v tretji teoretski pristop, to je socialni konstruktivizem.

2.1.1 Družbena konstrukcija zdravja

Osrednji teoretski pristop k zdravju in bolezni je socialni konstruktivizem, ki se je začel v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Predpostavlja, da je »resnica« produkt razmerij moči in tako ni nikoli nevtralna, temveč vedno na strani interesov določenih

družbenih akterjev. Tudi pri socialnem konstruktivizmu ostaja pogled na medicino kot institucijo socialnega nadzora, vendar pa je poudarek na spreminjanju konceptualizacije v času in prostoru (Lupton 2012, 8).

Zdravje in bolezen sta torej sociokulturna proizvoda, zato je pomembna analiza njunih družbenih in kulturnih reprezentacij ter simbolnih pomenov. Na to, kako mislimo zdravje in se z njim ukvarjamo, vplivajo različni diskurzi. To lahko opišemo kot »vzorec besed, metaforiko, koncepte, vrednote in simbole«, s katerim opisujemo in kategoriziramo različne svetove ter jih tako osmislimo (Lupton 2012, 2). Diskurzi o zdravju in bolezni so torej kulturni konstrukti, povezani z družbenimi, političnimi in ekonomskimi sistemi, ter vplivajo na posameznikovo doživljanje telesa in porazdelitev odgovornosti za bolezen (Ule 2003, 29–35). Gre za prepletanje različnih ravni realnosti, skozi katere posameznik doživlja bolezen in zdravje, ki sta tako rezultat odnosa med telesnimi procesi in kulturnimi kategorijam, med izkušnjo in njenim pomenom (Kamin 2006, 18). Bolezen in bolečina obstajata kot biološka realnost, vendar pa dobijo tovrstna izkustva vedno pomen in so razumljena oziroma doživeta skozi kulturne ter družbene procese (Lupton 2012, 11).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot »stanje popolnega fizičnega, mentalnega in družbenega dobrega počutja in ne pomeni le odsotnosti bolezni ali oslabelosti« (World Health Organization). Vendar pa zdravje ni le stanje, je proces, vseobsegajoča blaginja, kontinuum, ideologija. Znotraj teorije družbene konstrukcije ni nevtralna kategorija, temveč »biološko-družbeno-kulturni produkt in konstrukt« (Kamin 2006, 11). Kot ugotavlja Ule (2003), ima zdravje v sodobni konstrukciji realnosti pomembno mesto. Ukvarjanje z zdravjem je postalo pomemben del prostega časa posameznikov in ohranjanje zdravja se spreminja v »posebno ideologijo, ki nadomešča religijo in vero v odrešenje«; zdravje je sinonim za življenje (Ule 2003, 42).

Z vidika socialnega konstruktivizma niti telo ni več dana realnost, temveč postane rezultat določenih znanj in diskurzov, ki se nenehno spreminjajo. Kot pravi Haraway (1991), telesa niso rojena, ampak ustvarjena. So konstrukt nenehnih sprememb in ta konstruktivizem je pomemben pri razumevanju zdravja oziroma bolezni pri posameznikih (Haraway 1991b, 208).

2.1.2 Telo v medicinskem diskurzu

Telo moramo vedno umeščati v družbeni kontekst. Simbolni pomen in socialna reprezentacija se lahko spreminjata v odvisnosti od spola, rase, starosti, etničnosti, fizičnih in intelektualnih zmožnosti ter kulturnih, zgodovinskih in ekonomskih kontekstov (Ferrando 2014).

Foucault je raziskoval medicinski diskurz med 18. in 19. stoletjem, ko se je začel nastanek bolnišnic in klinik ter razvoj tehnologije oziroma instrumentov, ki so omogočali napredno znanstveno raziskovanje človeškega telesa in bolezni. To obdobje je predstavljalo temelje za razvoj znanstvene medicine, ki prevladuje še danes (Kamin 2006, 30). V tem obdobju se je spremenil pogled na človeško telo, ki se je skozi pogled anatomskega atlasa nenadoma opredmetilo. Do tedaj je bila pozornost usmerjena na bolezen samo, bolnik in njegovo telo pa sta bila videna le kot kanala, prek katerega je bilo mogoče bolezen opazovati. V tistem obdobju pa se je pozornost preusmerila na telo, organe, spremembe v tkivih. Z opazovanjem sprememb je medicina lahko začela predvidevati pojave in navidezno odpravljati negotovosti (Foucault v Kamin 2006). Človeško telo postane predmet opazovanj, merjenj in kategoriziranj, ki ga je treba nadzorovati in disciplinirati (Lupton 2012). Medicina »postane znanost o posamezniku, znanost o vidnih, lokaliziranih fizioloških, bioloških procesih«, ki postavlja v ospredje normalizacijo zdravja (Kamin 2006, 31).

Zdravja in bolezni ne moremo misliti brez telesa oziroma človeške telesnosti, imenovane tudi »utelešenje«. Slednja je več kot telo, pomeni »celoto vsakdanjih doživljanj ljudi o tem, da imajo telo in da so 'telesni'« (Ule 2003, 35). Gre torej za »razlikovanje med biti telo in imeti telo« (Kamin 2006, 24), kjer posamezniki razmišljajo o zdravju in telesu tako skozi stanja in medicinske simptome kot tudi skozi spremembe svojega počutja in videza. Pri utelešenosti gre torej za dualizem telesa in duha, kjer ima telo svojo voljo, ki ji mora posameznik prisluhniti, po drugi strani pa mora posameznik telo tudi nadzorovati, s čimer preprečuje kaos in nered, ki se pojavi z boleznijo (Lupton 2012, 24). Telesna zmogljivost in funkcionalnost sta kazalnika zdravja; telo je cilj oziroma sredstvo zdravja (Kamin 2006, 24–25).

Prav zdravje se pogosto navaja kot glavni razlog za ukvarjanje s telesom in tako se ga enači z lepotnimi normativi telesa (Kamin 2006, 26). Govorimo lahko o *estetiki zdravja*, saj je zdravje vizualno determinirano; celotna podoba zdravja zahteva tako nadzorovanje teže kot tudi pozornost do mode, oblikovanje telesa, obraza in kože ter osebne značilnosti (Spitzack v Kuhar 2004, 55). Znotraj potrošniške kulture govorimo o t.i. *komodificiranem telesu*, ki ga je treba negovati in vzdrževati. Cilj je mlado in lepo telo, ki tako postane dobrina, ki jo je mogoče tržiti. V ta namen delujejo mnoge industrije za njegovo negovanje; od kozmetične, modne, športne, dietne ipd. Telo reprezentira posameznika: vitkost in čvrstost postaneta povezani z moralnim nadzorom, samodisciplino in skrbnostjo (Lupton 2012, 38). Je sredstvo samoizražanja in skrb zanj je v sodobni potrošniški kulturi namenjena povečanju užitka; da bi začeli uživati v telesu, ga moramo najprej disciplinirati (Kuhar 2004, 62). Postalo je pomembno tako za socialni red kot tudi za posameznikov uspeh in družbeni status, zato daje negovanje telesa posamezniku konkurenčno prednost (Maguire 2008, 40). Kot pravi Featherstone: »Bolj kot se [telo] približuje idealizirani podobi mladosti, zdravja, čilosti in lepote, višja je njegova menjalna vrednost« (Featherstone v Kuhar 2004, 62). Lepotni normativi telesa se v zahodni potrošniški družbi dotikajo tudi staranja in invalidnosti. Kot pravi Lupton (2012), sta starajoče in invalidno telo postala vir anksioznosti, vizualno in konceptualno odklonska. Starost je postala negativna kulturna vrednota, ki se jo je treba pod krinko skrbi za zdravje izogibati s pomočjo negovanja telesa.

2.2 Medikalizacija in zdravizem

Medikalizacija pomeni širitev koncepta bolezni in profesionalne moči medicine na ostala področja (Maguire 2008). Govori o tem, da medicinska razlaga in terminologija posegata v razlage in izkušnje individualnega ali družbenega vedenja (White v Kamin 2006, 38). Tako se medikalizira vse več zdravstvenih stanj, ki postajajo »bolezni«, in druga področja: kronična utrujenost, stres, depresija, igre na srečo, seksualna zmogljivost, umetne oploditve, menopavza, alkoholizem ipd. Kritika medikalizacije pravi, da se s tovrstnim poseganjem medicine v ostala področja vzdržuje družbeni red in reproducirajo se socialnoekonomske razlike. Na eni strani je torej medicina kot avtoriteta s strokovnim znanjem, na drugi strani pa nevedno ljudstvo, na čigar življenjska področja medicina posega (Kamin 2006, 38-41).

Rešitev za to naj bi predstavljala demedikalizacija, ki zavrača formalno medicinsko avtoriteto in njeno poseganje v posameznikov vsakdanjik. To odvrčanje od avtoritete pa veča potrebo po individualnem ocenjevanju in opazovanju življenja; kot skrb za telo in sebstvo. V ta proces se vključujejo druge storitve in akterji, posamezniki oziroma bolniki pa s tem prevzemajo vlogo potrošnika. S tem pa se, ironično, čedalje več področij povezuje z zdravjem in medicino in tako se proces medikalizacije s tem še krepí (Maguire 2008, 48). Znotraj poseganja medicine na druga področja se je pojavila tudi t.i. ideologija preventive, ki postavlja v ospredje preprečevanje, obvladovanje in lajšanje bolezni. Posamezniki naj bi razumeli, kako škodijo svojemu zdravju in odgovornost za zdravje se od drugih družbenih akterjev premakne k njim (Kamin 2006, 41).

To vodi v tezo o zdravizmu (angl. *healthism*), ki pri obravnavanju bolezenskih simptomov postavlja v središče pozornosti posameznikovo vedenje, stališča in čustva. Pomeni, da naj bi bil za bolezen oziroma zdravje odgovoren posameznik sam s svojimi izbirami. Poudarjen je nenehen nadzor nad zdravjem oziroma boleznijo, samozdravljenje in zdravstvena samopomoč, kjer ima veliko vlogo posameznikova moralna odgovornost. Gre za celosten pogled na zdravje, ki ga razume kot »način življenja, način bivanja, veselje do življenja, blaginjo«, pri doseganju tega pa mora posameznik aktivno in odgovorno sodelovati (Crawford v Kamin 2006, 43–44). Vpeljan je koncept *opolnomočenega državljana*, ki predpostavlja, da je posameznik opolnomočen za skrb za svoje zdravje; to je njegova dolžnost (Kamin 2006, 82). Posledica je čedalje večje število komercialnih in pogovornih oddaj, novinarskih programov, blogov, knjig za samopomoč in drugih priročnikov o skrbi za zdravje, ki posameznikom ponujajo nasvete o tem, kako naj »bodo oziroma ostanejo zdravi« (Maguire 2008, 48–49). Samonadzor in samodisciplina sta tako postali novi delovni etiki (Lupton 2012, 33). Zavračanje te individualne skrbi za zdravje pa vodi v moraliziranje, označevanje ali stigmatiziranje; posamezniki s prekomerno telesno težo so na primer v družbi, kjer je norma vitkost, označeni kot leni in breme zdravstvenega sistema (Metcalf v Kamin in Tivadar 2003, 894).

To individualno delovanje z namenom maksimiziranja zdravja je z vidika kritikov zdravizma problematično; težave z zdravjem in boleznimi namreč niso posledica izključno posameznikove (ne)odgovornosti za življenjski slog. Raziskave kažejo, da

na življenjski slog vplivajo številni fizični, ekonomski, socialni in kulturni dejavniki. Kritike izpostavljajo prelaganje odgovornosti družbenih struktur za okoliščine, ki so podporne zdravju, na posameznika; gre za individualizacijo družbenih problemov (Kamin 2006, 50–51). Poleg tega pa medicina z vzpostavitvijo razmerja med življenjskim slogom in zdravjem posega na skoraj vsa področja vsakdanjega življenja (Kamin in Tivadar 2003, 894).

2.3 Promocija zdravja

Termin »promocija zdravja« naj bi prvi opredelil Henry E. Sigerist leta 1945. Poleg preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije naj bi bila promocija zdravja temeljna naloga medicine. Opredelil jo je kot zagotavljanje ustreznih življenjskih razmer, izobrazbe, sredstev za počitek in rekreacije ter fizične kulture, pri čemer bi poleg zdravnikov sodelovali tudi vsi državniki, delodajalci, industrija in izobraževalne ustanove (Terris v Kamin 2006, 80).

V drugi polovici 20. stoletja je sledil razmah konferenc, dokumentov, vladnih teles, zavodov in inštitutov, ki so svoje delo usmerjali v zdravje. Na tem področju so začeli izhajati znanstveni časopisi, potekali so tečaji in strokovna srečanja, promocijo zdravja pa v svoje poročanje vključijo tudi množični mediji (Klajnšček 1990, 93). Poročilo javnega zdravstva ZDA iz leta 1979 je promocijo zdravja opredelilo kot dejavnosti za spremembe življenjskega sloga in jo postavilo v enakovreden položaj s preprečevanjem bolezni. Leta 1986 pa je v Ottawi v Kanadi potekala prva mednarodna konferenca o promociji zdravja, ki je postavila smernice za njene nadaljne konceptualizacije (Kamin 2006, 80–81). V tem času bolezen seveda ostane v središču pozornosti medicinske stroke, vendar pa zdravje postane merilo in cilj lastnega delovanja; vpeto je v vsakodnevno življenje in zaradi potrebe po mobilizaciji volje, znanja, denarja in moči ni bilo več le v pristojnosti medicine in zdravstva (Klajnšček 1990, 93).

Dve izmed danes najbolj pogostih opredelitev promocije zdravja sta naslednji: »Promocija zdravja so različne kombinacije vzgoje za zdravje z organizacijskimi, političnimi in ekonomskimi posredovanji, ki so oblikovane z namenom vplivanja na vedenjske in okoljske spremembe za ohranjanje in izboljšanje zdravja« (Anderson v Kamin 2006, 81) in: »Promocija zdravja je kombinacija izobraževalnih in ekoloških

podpor delovanju posameznika in življenjskim razmeram, ki pozitivno vplivajo na zdravje» (Green in Kreuter v Kamin 2006, 81). Pomembno je torej, da v procesu sodelujejo vsi pomembnejši akterji na tem področju in ne pomeni le informiranosti, temveč celostno izobraževanje in vzgoja za doseg želenega vedenja. V komuniciranje o zdravju in promocijo zdravja so vključene tako zdravstvene ustanove, kot tudi množični mediji in industrija (farmacevtska, kozmetična, športna, prehrambena ...) (Kamin 2006).

Promocija zdravja temelji na konceptu tveganja; posameznik naj bi se izogibal tveganju in prevzel vedenja, ki naj bi ohranjala zdravje oziroma preprečevala nastanek bolezni. Nekatere od aktualnih tem v prizadevanju za popolno zdravje so na primer odvajanje od kajenja ali alkohola, zdravo prehranjevanje, izogibanje stresu, dolgotrajnemu sedenju ali močnemu soncu, uživanje vitaminskih dodatkov ipd. (Kamin in Tivadar 2004, 63–64). To preprečevanje bolezni je postalo »kulturni in politični koncept za obvladovanje družbe oziroma za organiziranje, nadzorovanje in upravljanje posameznika, družbenih skupin in institucij« (Kamin 2006, 61). Dejavnike tveganja se pogosto izenačuje kar z boleznijo samo (Ule 2003, 47). Brashers označi družbo, ki želi nenehno preprečevati tveganja, za *kulturo kronične bolezni*. Nenehen nadzor in vedno boljše možnosti za postavljanje diagnoze povzroča, da se v vsakem posamezniku najde (možna) bolezen. Kultura kronične bolezni deli posameznike na dve skupini: kronično bolne in zaskrbljene zdrave (Brashers v Kamin 2006, 63).

Koncept tveganja se širi na vse več področij javnega in zasebnega življenja (Kamin 2006, 64). Tako se v javnem zdravstvu od posameznika zahteva samonadzorovanje telesa z namenom ohranjanja zdravja. Promocija zdravja se na tem mestu usmerja k posamezniku prek t.i. *bolezni življenjskega sloga*, ki jih lahko preprečuje z nadzorom nad svojim telesom. Pojavlja se dialektika med svobodo posameznika in pravico družbe, da nadzira posameznikovo telo v imenu zdravja. Diskurz javnega zdravja narekuje, da je cilj vsakega posameznika zdravje, za kar naj bi si morali vsi prizadevati, tudi z nadzorom drugih in samonadzorom (Lupton 2012, 33). Kot pravi Foucault, lahko promocijo zdravja razumemo kot »kombinacijo naraščujočega individualnega opolnomočenja in družbenega nadzora nad vedenjem posameznikov« (Foucault v Maguire 2008, 46).

2.4 Samosledenje

Integracija človeškega telesa in tehnologije je postala pomembno področje raziskovanja, s katerim se ukvarjajo tako raziskovalci kot tudi poslovni in politični akterji. Kot pravi Fortunati (2003), se je integracija začela na področju medicine. Razlog za to naj bi bil, da so tovrstno združitev opravičevali z želenim ciljem, torej s preventivo, diagnozo ali terapijo. Tako je bila združitev telesa in tehnologije dovoljena; najprej z umetnimi udi, nato pa s transplantacijo organov, srčnimi spodbujevalniki ipd. Vse to pa je temeljilo na dveh predpostavkah: da so meje človeškega telesa negotove in da je telo videno kot »stroj«.

Integracija telesa in tehnologije je zapleten proces, ki postaja ena izmed pomembnejših družbenih problematik v 21. stoletju, ko genska manipulacija, plastične operacije, nosljiva komunikacijska tehnologija, medicinske manipulacije telesa in druge naprave postajajo vse večji del vsakdanjega življenja (Fortunati in drugi 2003). Kot pravi Lupton (2012), je pomembno, kako so omenjene tehnologije razvite, uporabljene in vpete v vsakdanjem življenju, saj vplivajo na izkušnjo uporabnika in njegovo dožemanje bolezni oziroma skrbi za zdravje.

V zadnjih letih je prišlo do porasta ponudbe in uporabe naprav, povezanih z internetom, ki jih uporabniki nosijo s seboj oziroma na sebi; pametni telefoni in ure, predvajalniki glasbe, tablični računalniki ipd. Določene naprave in aplikacije pa omogočajo zbiranje podatkov o telesnih funkcijah in aktivnostih posameznika, kar jih ločuje od drugih tehnologij. Zanje sem v literaturi zasledila različna poimenovanja, najpogostejše pa se uporabljajo naslednja: »*samosledilne naprave*« (angl. *self-tracking devices*) (Lupton 2013; Ruckenstein in Pantzar 2015; Wiederhold 2012; Till 2014; Fox 2015), »*m-Health tehnologije*« (Lupton 2013) in »*Quantified Self naprave*« (Lupton 2013; Ruckenstein in Pantzar 2015; Beauchet in drugi 2014). Ustrezni slovenski prevodi za določena poimenovanja še ni. Samosledenje (angl. *self-tracking*) pa pomeni uporabo tovrstne tehnologije (Swan v Lupton 2013, 394).

Samosledilne naprave lahko namestimo na različne dele telesa in oblačil; gre za naglavne trakove, naprave za zapestja, obliže, športne čevlje, oblačila ... Tovrstne naprave so majhne in lahke, zato jih uporabniki lahko nosijo s seboj ves čas ter se

povezujejo z internetom z večine lokacij. S pomočjo interneta oziroma GPS sistema tudi identificirajo in spremljajo posameznikovo gibanje ter natančno določijo lokacijo na zemljevidu (Lupton 2013, 394). Ker so lahke, nemoteče in preproste za uporabo, jih lahko neprestano nosijo, tudi med spanjem. Lahko merijo krvni sladkor, telesno temperaturo, dihanje, telesno težo, krvni tlak, utrip, vzorce spanja in celo možganske aktivnosti. Zbiranje teh podatkov omogoča raznovrstne informacije: od diagnoz fizičnih bolezni, spremljanja telesne vadbe, prehranjevalnih navad, menstrualnih in ovulacijskih ciklov, do celo mentalnega zdravja in razpoloženja; s spremljanjem števila in časa pogovorov, fizične aktivnosti in spalnih vzorcev je na primer možno odkriti simptome depresije, mikroanaliza telesnega premikanja pa lahko razkrije celo zgodnje simptome Parkinsonove bolezni (Piwek in drugi 2016, 3).

Samosledenje pa lahko posamezniki izvajajo tudi s pomočjo aplikacij, ki si jih naložijo na druge mobilne naprave, na primer na prenosne računalnike, tablice, pametne telefone, pametne ure ipd. Prednost teh aplikacij je, da si jih lahko uporabniki na preprost in hiter način naložijo na mobilne naprave, prav tako pa so poceni ali celo brezplačne. Lupton (2014c) tovrstne aplikacije imenuje zdravstvene in medicinske aplikacije (angl. *health and medical apps*). Nekatere so zelo preproste in zbirajo informacije le o določenih telesnih funkcijah, druge pa omogočajo zelo podrobne vizualizacije in diagnoze (Lupton 2014c, 608).

Razmah senzorjev in naprav, ki jih nosimo na telesu in ki omogočajo samosledenje, je leta 2007 povzročil pojav novega gibanja. »*Quantified Self*« gibanje, ki v ospredje postavlja samosledenje, hekanje telesa in zbiranje velikih količin podatkov, se je začelo, ko je Gary Wolf objavil blog z istoimenskim naslovom. V naslednjih letih se je gibanje iz ZDA razširilo tudi v druge države po svetu in sedaj ima že 217 skupin in več kot 63 tisoč članov. Njihov namen je povezovanje posameznikov, ki jih zanima oziroma izvajajo samosledenje. Ena skupina deluje od novembra 2014 tudi v Ljubljani, uradno pa ima nekaj več kot 70 članov (Quantified Self Meetups 2016). Razlog za razmah samosledenja Wolf pripisuje vse manjšim in bolj kakovostnim napravam, vseprisotnosti senzorjev, družabnim omrežjem in zmožnosti shranjevanja podatkov »v oblaku« (Wolf 2010). Spletna stran gibanja omenja več kot 500 različnih orodij samosledenja, kjer so vključene aplikacije in naprave za spremljanje zdravja, gibanja, spanja, diet, razpoloženj, pa tudi interakcij z drugimi, e-mailov, meditacije, gledanja televizije, vožnje, uporabe računalnika, delovne produktivnosti ... (Lupton

2014b, 5). Člani Quantified Self skupin naj bi bili »eklektična mešanica zgodnjih uporabnikov, fitnes navdušencev, tehnoloških evangelistov, obsedencev z osebno rastjo, hekerjev in bolnikov z različnimi zdravstvenimi težavami. Imajo pa skupno prepričanje, da lahko zbiranje in analiziranje podatkov o dnevnih aktivnostih izboljša njihova življenja« (The Quantified Self 2012). Vendar pa samosledenje presega omenjeno gibanje – postalo je del razprave v popularnih medijih, vse več je proizvajalcev in uporabnikov, večja pa se tudi njegov pomen znotraj medicine in literature o javnem zdravju.

2.4.1 Klasifikacija samosledenja in samosledilnih naprav

Lupton (2014b, 5–10) je opredelila pet načinov samosledenja, ki se razlikujejo glede na vzroke in uporabo pridobljenih podatkov:

- *Zasebno samosledenje*: gre za samosledenje iz izključno osebnih razlogov posameznika, podatki pa ostanejo zasebni oziroma so deljeni z omejenim krogom posameznikov. Zbrani podatki uporabnikom omogočijo boljše razumevanje delovanja svojega telesa ter optimiziranje oziroma izboljšanje svojega življenja. Podatke o lastnem delovanju torej uporabljajo za izboljšanje svojega zdravja, bolj kakovosten spanec, boljši nadzor nad kroničnimi boleznimi ali razpoloženjem, za zmanjševanje stresa ipd.
- *Potisnjeno samosledenje*: od zasebnega se razlikuje po tem, da da uporabniku prvo spodbudo za samosledenje nekdo drug. Samosledenje je še vedno prostovoljno, vendar pa je rezultat zunanje spodbude, kjer gre na primer za področja promocije zdravja ali literaturo o preventivni medicini.
- *Skupno samosledenje*: veliko uporabnikov samosledilnih naprav se počuti kot del skupnosti, zato so včlanjeni v določene skupine oziroma platforme, na primer Quantified Self gibanje, kjer delijo in primerjajo svoje podatke z drugimi.
- *Vsiljeno samosledenje*: pri tem načinu samosledenja gre za to, da drugi, predvsem zaradi lastnih koristi, naložijo samosledenje posamezniku; na primer samosledenje zaposlenih na delovnem mestu z namenom povečanja učinkovitosti.

- *Izkoriščevalsko samosledenje*: o tovrstnem samosledenju govorimo takrat, ko so posameznikovi zbrani podatki zlorabljeni oziroma izkoriščeni v komercialne namene.

Trickler (2013, 198) je kategoriziral samosledilne naprave glede na njihovo obliko:

- *Prenosne naprave* (angl. *portable devices*): običajno so lahke, energijsko učinkovite in omogočajo preprosto uporabo ter ročne nastavitve, na primer mobilni telefoni s samosledilnimi aplikacijami.
- *Nosljive naprave* (angl. *wearable devices*): tudi te naprave so običajno lahke, vendar pa jih za razliko od prenosnih lahko uporabniki namestijo na oblačila ali dele telesa, za kar imajo tudi posebne mehanizme. Pogosto se samodejno vključijo in izklopijo ob začetku oziroma koncu aktivnosti, zato jih uporabniki pogosto nosijo dlje časa, tudi po koncu merjenja.
- *Postavljene naprave* (angl. *placeable devices*): te naprave so lahko pritrjene na določene objekte ali pa nameščene oziroma postavljene na določena področja, kjer zbirajo podatke. Zato največkrat omogočajo zbiranje podatkov iz okolja ali interakcijo med različnimi napravami, na primer brezžično povezana tekoči trak in tehnika.
- *Potrošne naprave* (angl. *consumable devices*): te naprave so še v zgodnji fazi tehnološkega razvoja in se uporabljajo večinoma samo za medicinske ali vojaške namene. Gre za zelo majhne naprave s kratko dobo delovanja, ki jih lahko vstavimo v telo.
- *Naprave za vsaditev* (angl. *implantable devices*): od potrošnih naprav se razlikujejo le v tem, da je njihova doba delovanja daljša. Lahko so vstavljene v kožo in druga telesna tkiva. Zaradi varnosti in regulacije se tudi te naprave uporabljajo samo v medicinske in vojaške namene.

Trickler je klasificiral samosledilne naprave tudi glede na podatke, ki jih lahko zbirajo. Tako jih je razvrstil v štiri kategorije: *naprave, ki zbirajo biometrične podatke*, *naprave, ki spremljajo razpoloženja oziroma čustvena stanja*, *naprave, ki spremljajo zaznavanje* in *naprave, ki spremljajo vedenje posameznika* (Trickler 2013, 198–199).

2.4.2 Samosledenje in digitalizirana promocija zdravja

Kot že omenjeno, promocija zdravja temelji na konceptu tveganja, ta pa se širi na vse več področij. Poudarek je na posamezniku in njegovem samonadzorovanju oziroma samodisciplini, s čimer naj bi preprečeval nastanek bolezni. Lupton (2014a) je opredelila promocijo zdravja, ki se izvaja s pomočjo digitalnih tehnologij, kot *digitalizirano promocijo zdravja*; na voljo je veliko spletnih strani, forumov, spletnih socialnih omrežij in različnih aplikacij, ki ponujajo informacije o boleznih ter vedenjih, ki naj bi ohranjala zdravje. Nov element digitalizirane promocije zdravja pa je samosledenje; tovrstna tehnologija naj bi bila »ustvarjena tako, da s strategijami, ki promovirajo fizično dobro počutje, pomaga uporabnikom živeti dlje« (Gilmore 2015, 4).

Elemente digitalizirane promocije zdravja lahko zasledim v Foxovi (2015, 8) opredelitvi petih področij, povezanih z javnim zdravjem, h katerim naj bi po njegovem mnenju uporaba samosledilnih naprav pozitivno prispevala:

- Nadzor prebivalstva: z zbiranjem podatkov o posameznikih in njihova analiza bi lahko omogočila širše razumevanje vedenj in aktivnosti, ki pripomorejo k zdravju. S tem znanjem bi lahko oblikovali ustrezne intervencije.
- Odgovornost: posameznike bi bilo treba spodbujati, da prevzamejo odgovornost za svoja dejanja in posledično zdravstvena stanja.
- Zmanjšanje zamud bolnikov: zbrani podatki lahko prikažejo zdravstvene težave, še preden se jih posameznik sam zaveda.
- Upravljanje stopenj zdravstvenega varstva: zgodnje diagnoze bolezni bi omogočile zgodnje zdravljenje oziroma preventivo, s čimer bi se lahko izognili zdravljenju v poznejših fazah
- Nadzor stroškov: ta bi bil omogočen z omenjenimi ustreznimi intervencijami in zgodnjim oziroma preventivnim zdravljenjem, kar pa je posledica zbranih podatkov s pomočjo samoslednja.

Fox je ta področja opredelil kot pozitivne posledice samosledenja in tako utrjuje elemente zdravizma, odgovornost posameznika za lastno zdravje pa je še bolj v ospredju. To lahko zasledim tudi v nadaljnjem opisu tehnologije. Ta naj bi bila z vidika »bolnika« razvita tako, da bi omogočala: spremljanje internih znakov,

upravljanje z boleznijo, opozarjanje na potrebo po urgentnih intervencijah, opozarjanje na potrebo po profesionalnem nasvetu in upravljanje s predpisanimi aktivnostmi in zdravili (Fox 2015, 10).

Rezultati raziskave iz leta 2013 v ZDA so pokazali, da 21 odstotkov vprašanih odraslih uporablja naprave ali aplikacije za samosledenje (za spremljanje telesne teže, diet, telesnih aktivnosti ali telesnih funkcij). Vsak peti si je na napravo naložil aplikacijo z namenom spremljanja ali upravljanja zdravja, med katerimi so bile najpogostejše aplikacije za vadbo, telesno težo in diete (Lupton 2013, 395). Samosledilne naprave naj bi po raziskavah večkrat kupili in uporabljali posamezniki, ki že prej skrbijo za svoje zdravje in želijo svoj zdrav način življenja le še izboljšati (Piwek in drugi 2016, 1). Da ostanejo posamezniki motivirani za njihovo uporabo, jih aplikacije za dosledno samosledenje in izpolnjevanje zastavljenih ciljev nagrajujejo s točkami, značkami ali celo pravim denarjem. Tako se v področje promocije zdravja vključuje tudi koncept igrifikacije (angl. *gamification*), ki prenaša mehanizme igranja v druge kontekste, da bi zavezal uporabnike k želenim dejanjem (Lupton 2013, 394; Gilmore 2015, 5; Piwek in drugi 2016). Nenehno spremljanje delovanja telesnih funkcij in aktivnosti ter nagrajevanje za doslednost posameznika motivirajo, da to vedenje vzdržuje. Nekatere samosledilne naprave torej omogočajo igrifikacijo vsakodnevnih aktivnosti; prehranjevanja, spanja, telesnih aktivnosti ipd. Pomemben vidik teh aplikacij je tudi to, da lahko uporabnik svoje podatke oziroma dosežke deli z drugimi preko spletnih socialnih omrežij, na primer prek Facebooka in Twitterja ali preko specializiranih platform, kot sta PatientLikeMe in Patient Option. Na omenjenih straneh lahko uporabnik tudi »tekmuje« z drugimi (na primer v številu prehojenih korakov, pretečenih kilometrih, izgubljenih kalorijah ipd.). Z deljenjem osebnih podatkov o svojem telesu na nek način »performirajo zdravje« (Lupton 2013, 398).

Promotorjem zdravja je prek zbranih podatkov omogočen večji in bolj natančen vpogled v delovanje posameznikov (Lupton 2014a, 176). Uporabnik samosledilnih naprav lahko zbira podatke v daljšem časovnem obdobju in zaznane spremembe posreduje svojemu osebnemu zdravniku. So nadgradnja obstoječih naprav, ki jih medicina uporablja za analiziranje telesa, na primer ultrazvoka, magnetne resonance, rentgena ipd. Uporabnik naj bi z opazovanjem svojega telesa v določenih

pogledih celo prevzel vlogo zdravnika (Gilmore 2015, 6). Podatki, pridobljeni s pomočjo samosledenja, naj bi bili zaradi neprestanega in nepristranskega merjenja tudi bolj natančni, kar omogoča zdravstvenim delavcem in promotorjem zdravja lažje in hitreje prepoznavanje ponavljajočih vzorcev. Naprave torej ne prikazujejo le podatkov o delovanju posameznika, ampak omogočajo prepoznavanje navidezno skritih vzorcev, vedenj, bolezni (Fleming 2012). Kvantitativno merjenje odstranjuje pristranosti; človeški nepopolni spomin, nepozornost, nezmožnost zaznavanja določenih telesnih funkcij. Telo postaja vedno bolj transparentno. Kot pravi Wiederhold: »Smo na robu nove revolucije na področju zdravstva, ki jo prinaša bolnik ob uporabi telefona za samosledenje« (Wiederhold 2012, 235).

2.4.3 Kritike samosledenja

Digitalizirana promocija zdravja še bolj pomika skrb za zdravje k posamezniku in zanemarija vlogo drugih družbenih akterjev. Vendar pa obširnih in relevantnih raziskav o tem, ali uporabniki z njihovo pomočjo res ostanejo zdravi oziroma svoje zdravje še izboljšujejo, še ni (Piwek in drugi 2016, 1–3). Kot pravi Lupton (2013), uporabniki samosledilnih naprav v želji po dobrem zdravju promovirajo diskurz zdravizma in so k temu tudi zavezani. Posamezniki naj bi, z vidika zdravizma, prevzeli odgovornost ter imeli občutek popolnega nadzora nad svojim telesom in zdravjem – samosledilne naprave omogočajo zbiranje podatkov in njihovo poglobljeno analizo, z namenom čim boljšega delovanja v prihodnosti in izogibanju bolezni (Lupton 2013, 397). Posamezniki, t.i. »*selftrackerji*«, naj bi dobili tudi odgovore na vprašanja, kdo so v resnici, česa si želijo in kje bi morali biti. Zato verjamejo, da jim bodo podatki razkrili dejstva o sebi, ki jih sami še ne vedo. Samosledenje naj bi bila logična posledica vse večje obsedenosti z učinkovitostjo, pri čemer gre za nenehen proces in kontinuirano posameznikovo delovanje (Wolf 2010). Cilj je zdravo telo, za katerega naj bi bil odgovoren posameznik sam, pomen vpliva zunanjih dejavnikov pa se manjša. Celo strokovnjaki s področja zdravja zagovarjajo uporabo samosledilnih naprav in tako odgovornost za zdravje prelagajo na posameznike same (Lupton 2013). S tem pa prinašajo samosledilne naprave tudi negativne posledice za uporabnike, ki ne izvajajo dosledno samosledenja, in jih naprava neprestano opominja, da »zanemarjajo delo na svojem telesu«. Naprave dajejo zaradi svoje tehnološke osnove občutek, da so objektivne, emocionalno

nevtralne. Predstavljale naj bi ogledalo, ki prikazuje »realno stanje« (Wolf 2010). Vendar je pomen podatkov odvisen od interpretacije vsakega posameznika. To je lahko spodbujajoče ali pa neprizanesljivo, kar lahko mnoge odvrne od njihove uporabe.

S samosledenjem naj bi uporabniki bolje razumeli delovanje svojega telesa in misli ter vsakdanje delovanje (Lupton 2013). Ruckenstein in Pantzar (2015) opozarjata, da samosledenje ni nov pojav; ljudje so spremljali nekatere svoje vsakdanje aktivnosti (na primer prehranjevanje, pitje, telesno vadbo ...) že v preteklosti. Nove tehnologije pa so povzročile, da uporabniki doživljajo svoje telo kot njihov del in sebe oziroma svoje telo »vidijo skozi tehnologijo« (Ruckenstein in Pantzar 2015, 3). Pri samosledilnih napravah uporabnik misli telo skozi številke – meritve se prikazujejo na ekranu naprave v obliki števil, ki postajajo za uporabnika ključne pri poznavanju svojega telesa. Več števil kot ima uporabnik na voljo, bolj naj bi poznal svoje telo in njegovo delovanje – številke in grafični prikazi nadomeščajo fizična občutenja. Vendar pa številke niso nevtralne; vedno so umeščene v določen družben kontekst, skozi katerega jih je potrebno interpretirati. Samosledilne naprave ne delujejo le kot telesne proteze, temveč tudi kot interpreti telesa (Lupton 2013). Spreminjajo način, kako posamezniki razmišljajo, čutijo in delujejo. Na tem mestu lahko vpeljem tudi koncept kiborga, »križanca med strojem in organizmom, bitje socialne resničnosti in hkrati domišljjsko bitje« (Haraway 1991a, 235), kjer je velik poudarek na telesu. Popolno poznavanje telesa pomeni sredstvo proti boleznim. Nova spoznanja torej omogočajo posamezniku, da transformira in izboljša svoje telo; telo je torej videno kot stroj, kjer so lahko določeni deli nadomeščeni in optimizirani s pomočjo nove tehnologije in njihovih zmožnosti.

Zavedati se moramo, da ima tudi tovrstna tehnologija omejitve in mnoge samosledilne naprave ne dajejo natančnih informacij, ki bi jih lahko interpretirali v zdravstvene namene (Gilmore 2015, 7). Izdelovalci samosledilnih naprav jih oglašujejo kot učinkovite naprave, ki »bodo izboljšale splošno zdravje«, vendar pa teh trditev ne podprejo z dokazi (Piwek in drugi 2016, 4). Vprašanje kvalitete samosledilnih naprav se pojavlja predvsem pri aplikacijah; vsak razvijalec lahko objavi zdravstvene ali medicinske aplikacije, dokler ustrezajo zahtevam trgovine, kamor bodo aplikacijo objavili. Tako mnoge aplikacije ne zagotavljajo natančnih in

kredibilnih podatkov (Lupton 2014c, 609). Samosledilne naprave lahko mislimo tudi kot tehnologijo za dominacijo in nadzor, na primer zdravnikov nad svojimi pacienti. Samosledenje torej ne bi bilo več samo *samosledenje*; pojavlja se vprašanje zasebnosti in varovanja podatkov. Ali so podatki pod nadzorom posameznika, ki opravlja samosledenje, ali so pod nadzorom korporacij, ki razvijajo in proizvajajo naprave oziroma aplikacije? Lastniki podatkov so pogosto izdelovalci teh naprav; uporabnik je torej samo lastnik naprave, s katere se podatki shranjujejo v »oblak«, njegovi lastniki pa so izdelovalci. Zaenkrat še ni znano, kako ti lastniki oziroma korporacije uporabljajo zbrane podatke, čeprav nekatere raziskave dokazujejo, da si jih podjetja, med katerimi so tudi oglaševalske agencije, delijo med seboj (Piwek in drugi 2016, 4; Till 2014, 449). Till (2014) pravi, da naprave spreminjajo telesno vadbo v delo oziroma ju enačijo; samosledenje je t.i. *digitalno delo*. Gre za to, da uporabniki s telesnimi aktivnostmi zbirajo vredne podatke, ki so posredovani korporacijam. Te pa lahko podatke naprej prodajajo podjetjem in oglaševalcem. Uporabniki so v tem procesu torej zastopni delovna sila, ki ustvarja vrednost za podjetja (Till 2014, 449–450). Vendar lahko ta proces vidimo tudi v odnosu med delodajalci in zaposlenimi; nekateri delodajalci v ZDA naj bi od svojih zaposlenih že zahtevali, da nosijo samosledilne naprave pod pretvezo, da gre za izvajanje »wellness programov«. To zahtevajo še posebej tisti delodajalci, ki svojim zaposlenim plačujejo zdravstveno zavarovanje. S tem želijo ohranjati telesa svojih zaposlenih »stroškovno učinkovita« (Lupton 2014a, 176; Gilmore 2015, 7). Pojavi se tudi vprašanje »digitalne delitve« – mnogi nimajo oziroma ne bodo imeli dostopa do samosledilnih naprav zaradi svojega socio-ekonomskega statusa, lokacije, pomanjkanja veščin ali želje po uporabi, zato bi bili iz tega izključeni (Lupton 2013).

3 Empirični del

V teoretičnem delu sem pregledala, kaj samosledilne naprave so ter kako so vpete v promocijo zdravja in zdravizem. Ker gre za nov pojav, področje še ni dobro raziskano, še posebej pa ne z vidika uporabnikov samosledilnih naprav. Zato se bom v raziskovalnem delu usmerila prav nanje. Samosledilne naprave ter njihovo vpetost v uporabnikovo zdravje in telo sem proučevala s pomočjo osebnih intervjujev.

3.1 Raziskovalno vprašanje

- Kako uporaba samosledilnih naprav vpliva na dožemanje telesa in zdravja pri uporabnikih?

Katere samosledilne naprave uporabljajo posamezniki in na kakšen način? Kako uporaba vpliva na njihovo vsakodnevno življenje? Na kakšen način vplivajo na uporabnikovo dožemanje telesa in zdravja?

3.2 Metodologija

V kvalitativni raziskavi sem uporabila metodo polstrukturiranih poglobljenih intervjujev. Te sem opravila med majem in julijem 2016 z devetimi uporabniki samosledilnih naprav, ki sem jih izbrala naključno, med znanci in prijatelji. Intervjuji so bili snemani in po koncu natančno urejeni v transkript; prepisala oziroma napisala sem vse besede, premore, smeh in podobno. Transkripte sem nato analizirala s pomočjo kvalitativne tematske analize; gre za metodo, s pomočjo katere identificiramo in analiziramo ključne teme med zbranimi podatki. Poleg tega pa vključuje tudi interpretacijo različnih pogledov na izbrano temo (Boyatzis v Braun in Clarke 2006, 6). Pri določanju tem je bolj kot pogostost pojavljanja določenih podatkov pomembna njihova relevantnost, o čemer pa presoja raziskovalec sam (Braun in Clarke 2006, 10). Tako sem v transkriptih intervjujev prepoznala ključne teme, ki so relevantne za moje raziskovanje, jih opisala in nato interpretirala.

3.2.1 Opredelitev skupine intervjuvancev

Udeleženci intervjujev sodijo v različne demografske skupine. Šest udeleženk in trije udeleženci so stari med 23 in 51 let. Štirje so študenti višjih letnikov različnih fakultet, drugi pa so zaposleni oziroma samozaposleni, z višjo stopnjo izobrazbe. Vsi prebivajo v mestnem oziroma primestnem okolju. Vsi so uporabniki samosledilnih naprav oziroma aplikacij, vendar med njimi ni profesionalnih športnikov. Samosledenje izvajajo s pomočjo različnih naprav oziroma aplikacij, razlikujeta se tudi čas in pogostost uporabe. Nekateri izvajajo samosledenje že nekaj let, drugi pa le nekaj mesecev. Samosledenje je lahko neprestano, lahko pa samo ob določenih fizičnih aktivnostih. Med udeleženci se razlikujejo tudi vzroki za samosledenje, vsi pa se navezujejo na zdravje in telo: hujšanje, spremljanje telesnih funkcij pri fizičnih aktivnostih, navdušenje nad povezanostjo tehnologije s telesom ipd.

3.3 Rezultati raziskave

S pomočjo kvalitativne analize transkriptov intervjujev sem prepoznala ključne teme, ki so se pojavljale v intervjujih. Nanašajo se predvsem na uporabnikove misli o zdravju, skrb za zdravje, uporabo samosledilnih naprav oziroma aplikacij, spremljanje podatkov in možne negativne posledice. Ključne teme so predstavljene v nadaljevanju.

3.3.1 Razumevanje zdravja

Prva osrednja tema se nanaša na razumevanje zdravja. Intervjuvanci so opisovali, kaj jim pomeni zdravje. Odgovori nakazujejo na to, da zdravje razumejo kot nasprotje bolezni: *»Zdrav je tisti, ki nima nekih pretiranih bolezni.«* Osredotočali so se tako na fizično kot tudi na duševno zdravje, najpogosteje pa so ga opisovali kot »vitalnost«, »dobro počutje«, »dobro voljo«, »srečo«, »voljo do življenja«. Velikokrat so omenili tudi odsotnost utrujenosti, stresa, anksioznosti ali depresije. V ospredju je torej dualizem telesa in duha; dojemanje zdravja skozi medicinske simptome oziroma odsotnost le-teh in skozi svoje počutje. Tako telesna kot tudi duševna funkcionalnost naj bi bila indikatorja zdravega posameznika, to pa naj bi bilo pogoj za kvaliteten življenjski slog. Pri tem je pomembno tudi to, da kot nasprotje zdravja

udeleženci omenjajo nekatera druga zdravstvena ali telesna stanja, na primer utrujenost in stres, kar jih umešča v »področje bolezni«. Zdravje dojemajo kot pozitivno življenjsko vrednoto, kjer lahko opazim korelacijo med besedama »dobro« in »zdravo«.

»Zdravje mi pomeni to, da lahko brez ustavljanj uživam, delam in potujem. Da me pri tem ne ovirajo težave, kot so nesposobnost premikanja ali pa anksioznost.«

3.3.2 Prizadevanje za zdravje

Intervjuvanci so bili pri vprašanjih o skrbi za zdravje enotni. Menijo, da bi si posamezniki morali za svoje zdravje prizadevati predvsem z uravnoteženo prehrano. Pomembni sta predvsem sestava in ustrezna dnevna razporeditev obrokov; omenjajo doma pripravljeno hrano, obroki pa naj bi bili sestavljeni iz beljakovin, veliko zelenjave in ustrezne količine ogljikovih hidratov. Nekaj udeležencev dnevno uživa tudi »superživila« ali druga prehranska dopolnila, na primer proteine. Udeleženci torej dajejo največji poudarek prehrani; zdrav posameznik bi si moral za zdravje prizadevati s svojimi prehranjevalnimi navadami. To uvršča skrb za zdravje na vsakodnevno raven, med osnovne življenje aktivnosti; »skrb za prehrano je skrb za zdravje«. Tako naj bi bil način prehranjevanja podrejen misli na to, kako bo vplivala na posameznikovo zdravje. Opazim torej, da je tudi področje prehrane uvrščeno v domeno zdravstva.

»Ja ... jaz mislim, da je največ v prehrani. Absolutno, uravnotežena prehrana je ... tudi če se nič ne gibaš, mislim, minimalno, lahko ti s hrano narediš ... ma devetdeset procentov. Če pa vključiš zraven še gibanje, potem se ti izboljša še razpoloženje, pa si srečen, pa se imaš ful fajn, je pa potem to samo še plus, no.«

»Zdravje je večinoma odvisno od tega, kaj jemo, ne. In potem, seveda, kaj delamo, ne.«

Poleg prehrane je zelo pomembna tudi redna fizična aktivnost, sledi skrb za zmanjševanje stresa in utrujenosti. Pomembno je tudi, da posamezniki ohranjajo ustrezno ravnotežje tako v prehrani in fizični aktivnosti kot tudi pri razvadah, ki naj bi

negativno vplivale na zdravje posameznika. Skrb za zdravje je torej mišljeno kot ravnovesje celotnega delovanja posameznika in gre za proces usklajevanja vseh življenjskih aktivnosti, tako »pozitivnih« kot tudi »negativnih«.

»Če ti ne živiš v ravnovesju, da je nekaj preveč, nekaj premalo, se mi zdi, da pol takrat pride do težav, ne. In isto pol takrat tudi zbolíš.«

»Ne da muči samega sebe, da se tipo odreka stvarjem, ampak da si tudi kdaj kaj privoščiš, vse v mejah normale.«

Udeleženci menijo, da so zdravi in da si prizadevajo za svoje zdravje. Kot negativne dejavnike, za katere menijo, da vplivajo na njihovo zdravje, omenjajo preveč zaužitega sladkorja in slanih prigrizkov, nekateri omenjajo še kajenje. V teh vedenjih uživajo in negativnih posledic ne doživljajo neposredno, vendar se jim zdi, da z njimi negativno vplivajo na svoje zdravje. To je lahko posledica prevladujočega diskurza o omenjenih vedenjih, ki jih promocija zdravja uršča med negativne dejavnike za zdravje.

Udeleženci redno iščejo nasvete o zdravem načinu življenja, zdravi prehrani in telesni aktivnosti, najpogosteje na internetu. Največkrat jih zasledijo na Facebooku, saj spremljajo strani s tovrstnimi objavami. Sledijo blogi, forumi in videoposnetki. Tu lahko zasledim elemente digitalizirane promocije zdravja, ki predstavljajo ključen vir informacij. V ospredju je individualno iskanje informacij in samostojnost pri branju, presoji in aplikaciji pridobljenih podatkov. Nekateri se o določenih aktivnostih posvetujejo z osebnimi trenerji, ki so na voljo v fitnesu, ali pa s prijatelji, ki imajo podobna zanimanja. Redko iščejo nasvete v knjigah ali revijah.

»Bodi Eko, to imam na Facebooku, tam največ najdem. Potem pa še na mojezdravje.net, pa potem rada gledam kakšne recepte na Pinterestu, pa malinca.si, pa običajno gledam bolj angleške strani, ki jih pa bolj ko ne googlam.«

»Ja, prek interneta vse, pa še s kom govorim kaj /.../, ampak načeloma ful ne govorim dosti z ljudmi, ne iščem nasvetov od ljudi, ampak predvsem z interneta. Mislim, saj na internetu so ljudje, ampak pač ne od prijateljev.«

Preventivno obiskovanje osebnega zdravnika je zelo redko, izjema so obvezni sistematski pregledi. Zdravnika obiščejo le ob večjih poškodbah ali boleznih, saj naj bi »načeloma vsak moral biti sam svoj zdravnik, moraš sam razčistiti prvo«. To se sklada s prejšnjo ugotovitvijo, da posamezniki večinoma sami iščejo informacije o skrbi za zdravje, predvsem na internetu. Tako lahko opazim samostojnost pri skrbi za zdravje, prevzemanje odgovornosti s strani posameznika in umik od medicinske avtoritete.

3.3.3 Fizična aktivnost

Udeleženci kot najpomembnejši dejavnik pri skrbi za zdravje navajajo prehrano, vendar pa so vsi omenjali tudi fizično aktivnost. So fizično aktivni nekajkrat tedensko, ali pa si za to vsaj prizadevajo. Zanimalo me je, zakaj, in kaj jim šport oziroma rekreacija pomeni. Vsi se strinjajo, da bi se morali posamezniki redno fizično gibati, vendar pa temu ne pripisujejo tako velikega pomena kot prehranjevalnim navadam. Fizično aktivnost večinoma dojemajo kot sprostitev, vir energije in način soočanja s stresom. Je torej pomemben del skrbi za zdravje, vendar pa ne predstavlja tako velike obremenitve kot skrb za prehrano.

»To pač mene ful napolni z energijo, pač to je meni res najboljše. Karkoli, sam da grem nekam ven. Ali na kolo, ali z rolerji, toliko, da se neki zmigam, da vem, da naredim nekaj zase, da naredim pač ... Da se zdivjam, in to je potem meni ful dobro.«

»Ja, meni je všeč in se sprostiš. Tudi ko sem bil na faksu, js sem šel tudi zvečer ob enajstih tečt. Da se spihaš (smeh).«

»Js vidim, da sem psihično najbolj na dnu v tistih obdobjih, ko se ne gibam dosti. Js sm se začela tudi zato gibat, da si s tem počistim malo glavo.«

Svoje aktivnosti so nekateri opisovali tudi kot obveznost, predvsem v povezavi z izgubljanjem telesne teže oziroma izoblikovanjem telesa. Približevanje k ustaljenim lepotnim normativom telesa opredeljujejo kot skrb in obvezo, za katero si morajo prizadevati.

»Ja na začetku je blo uno ... moram, da se tako malo ... kako bi reku ... nardim mišice, ampak zdej mi je postalo že navada, ne.«

3.3.4 Začetki samosledenja

Udeleženci so začeli spremljati svoje telesne funkcije iz več razlogov. Najpomembnejša sta uravnavanje telesne teže in splošen pregled nad delovanjem telesa. Nekateri so samosledenje izvajali že pred uporabo samosledilnih naprav oziroma aplikacij, predvsem v povezavi z izgubo telesne teže. Svoje aktivnosti so spremljali s pomočjo koledarjev in drugih tabel, v katere so ročno vpisovali podatke. Tu lahko opazim potrebo po spremljanju telesnih funkcij in razumevanju delovanja svojega telesa zaradi določenega cilja. Ta potreba je bila prisotna že pred uporabo samosledilnih naprav.

»Js sem že prej, ko sem si uravnavala to mojo telesno težo, iskala načine, kako bi si js zapisovala. Potem sem imela nekaj časa koledar v kopalnici, pa sem si zjutraj težo zapisala. Potem sem si v excel dala.«

» ... preden sem dobila zapestnico, sem na roke pisala, kaj pojem. Gibanje tudi malo, ja.«

»Že pred to tehnologijo ... sem na internetu dobila take tabele, v katere si potem ročno vpisoval, koliko prehodiš, pa sem potem približno preračunavala kalorije.«

Ob vprašanju o začetkih samosledenja so omenjali tudi svoja prva srečanja s podobno tehnologijo. Razumevanje in navdušenost nad tehnologijo je za nekatere pomemben del začetkov samosledenja. Pojavi se torej vprašanje, ali »tehnoški navdušenci« in posamezniki, ki so bolj tehnološko pismeni, prej in lažje sprejmejo naprave za samosledenje ter jih vključijo v svoje vsakdanje delovanje.

»Kolikor se spomnem, sem že od majhnega najraje imela, ko smo šli kam s kolesom, števec. Števec na kolesu, to je bilo meni najboljše.«

»Ja, živila sem v takem okolju, ati se ful ukvarja s tehniko in potem tudi naroča ful s Kitajske, vsak teden dobi paket z neko novo stvarco not. In ja, pač to je mene od vedno zanimalo, zato sem hotela imet vse te gadžete in te stvari. Tako da ja, iz tega po mojem to izhaja.«

»Prej edino, kar sem imel, ne vem, uni Garmin, za avto, kaj takega, ali pa na telefonu. Ma večinoma tako, ko smo šli na potovanje, ko sem bil po svetu, mi je prišlo ful prav.«

3.3.5 Vzroki za uporabo samosledilnih naprav in aplikacij

Pomemben razlog za izvajanje samosledenja je torej nadzor in pregled nad telesnimi funkcijami in aktivnostmi, kar je z napravami oziroma aplikacijami »lažje«, »hitreje«, »bolj točno«.

Udeleženci so kot vzrok za nakup samosledilne naprave oziroma aplikacije izpostavili pregled nad tem, koliko časa so fizično aktivni in koliko ne. Poleg tega jim je zelo pomembno, da jim samosledilne naprave omogočajo splošen oziroma celovit pregled nad podatki, kar jim prejšnje tehnike samosledenja niso omogočale. Pri integraciji telesa in tehnologije za samosledenje gre za željo po nenehnem nadzoru nad svojim delovanjem. S tem izpolnjujejo zahtevo po samonadzoru in samodisciplini. Posamezniki prevzamejo vlogo avtoritete, ki izvaja nadzor sama nad seboj.

»Potem sem pol leta nazaj, ko sem začela kolesarit, začela uporabljat, ker mi je dejansko zanimivo videt, koliko kolesarim ... Zanimalo me je, koliko časa na dan presedim.«

»Začela sem zato, ker sem res hotela videt, kolko se res premikam. To je bilo najbolj.«

»Jaz imam samo uro, mi je dovolj. Za nek splošen pregled ... «

Nekateri udeleženci so napravo dobili v dar ali pa so jo začeli uporabljati po priporočilu drugih. Prva spodbuda je bila zunanja, njihovo samosledenje pa je še vedno prostovoljno. To je lahko posledica elementov promocije zdravja.

»To aplikacijo mi je svetovala kolegica, preden sm šla na dieto, to je leto in pol nazaj. Ko sva se pogovarjali o kalorijah in o dnevnem vnosu mi je potem svetovala to aplikacijo, zaradi tega, da bom lažje spremljala dnevni vnos kalorij, da ne bom kaj pozabila, kaj spregledala, pač da vidim dejansko, na kakšnem stanju sem.«

»V ambulantni so mi rekli, da imam malo preveč holesterola. In tako, enih deset procentov previsoko telesno težo, in da bi bilo dobro, če preventivno malo shujšam ... pa so mi doma kupili zapestnico. Da bom lažje spremljala aktivnosti in porabo kalorij in vnos kalorij.«

3.3.6 Interpretacija podatkov

Udeležencem je torej zelo pomemben splošen pregled nad zbranimi podatki. Če ustrezajo njihovim pričakovanjem in zastavljenim ciljem, jim pomenijo potrditev, da so »nekaj naredili zase«, kar vodi v njihovo boljše počutje. Poudarek je na dojetju podatkov kot objektivnih in verodostojnih. Zaradi mnenja, da so podatki nepristranski, predstavljajo uporabnikom povratno informacijo o tem, koliko skrbijo zase in za svoje zdravje. Podatkom bolj zaupajo kot svojim lastnim občutkom; za dobro počutje potrebujejo potrditev s strani naprave.

»Zanimivo mi je, ker vidim, koliko se na dan gibam, pa potem se boljše počutim. Pa tudi takrat, ko se usedem in mislim, da se nisem nič gibala, pa sem crknjena in mi ni jasno zakaj, pogledam aplikacijo in vidim, da v bistvu sem pa nekaj naredila danes. Se sama boljše počutim, ker vidim, da sem nezavedno nekaj naredila, to mi je pomembno.«

» ... pač nek splošen pregled, pa če imaš kakšen velik dosežek, je to kot nek dokaz, spomin, da si enkrat nekam šel.«

Posledično so zbrani podatki lahko tudi vir motivacije za vzdrževanje oziroma spremembo določenega vedenja. Kot interpreti telesa in delovanja spreminjajo način, kako posamezniki razmišljajo o zdravju in telesu ter zanj skrbijo. Telo vidijo skozi pridobljene podatke in dobro poznavanje le-teh lahko vodi optimalno delovanje. To pa je spet doseženo le s prikazom ustreznih podatkov na samosledilni napravi.

»Mislim, ful sem spremenila način, kako preživim dan. Opomni me na to, da se ful časa na dan gibljem. Opomni me, da je dobro, da toliko kolesarim. Mogoče sem se tudi zato odločila, da se bom vozila s kolesom, tudi ko bo grdo vreme.«

» ... če pogledam čez par dni za nazaj in vidim, uhh, sem samo toliko naredila, pa sem potem tisti dan bolj pridna.«

»Če vnesem en dan sto kalorij več, bom mogoče naslednji dan naredila za tistih sto kalorij več.«

» ... potem pogledam kalorije, da vem, če se lahko najem ali ne (smeh).«

Pri nekaterih udeležencih motivacijo spodbujajo tudi elementi igrifikacije, kot na primer zbiranje točk in nagrajevanje posameznika za opravljeno aktivnost. Posamezniki začnejo tekmovati sami s seboj ali pa z drugimi, kar poveča njihovo željo po uporabi naprave oziroma aplikacije. Gre torej za spodbujanje vzdrževanja vedenja prek igrifikacije fizične aktivnosti, prehrane ipd.

»Mislim, da imam nastavljeno dva ali tri tisoč korakov dnevno, ki jih moram prehoditi. In vsakič, ko jih prehodim, mi zapiska, dobim tin-tin, bravo, pridna (smeh). Saj je zelo butasto, ampak so taki triki, da si potem misliš: o, danes mi je pa nekaj uspelo.«

»Pač mene to ful motivira, no. Ker dobiš na primer tudi trofeje, odvisno od tega, koliko uporabljaš.«

» ... se tekmuješ s prijatelji, ki tudi to uporabljajo in je motivacija, moram biti boljši (smeh).«

3.3.7 Omejitve in negativni vidiki

Udeleženci kot negativne posledice uporabe samosledilnih naprav omenjajo pretirano »tekmovanje samega s seboj« in obremenjevanje z zbranimi podatki. Te negativne posledice zaznajo pri sebi ali pri drugih. Samosledenje tako udeležencem včasih predstavlja nujo in počutijo se, da ga morajo izvajati z namenom skrbi za zdravje. Naprave niso več samo pripomoček za spremljanje telesnih funkcij in aktivnosti, ampak sredstvo za izvajanje nadzora posameznikov samih nad seboj. To pa posamezniki včasih dojemajo kot negativno.

»Človek bi rekel, da sem obsedena s tem, ker včasih nonstop gledam, koliko kalorij je, sem pojedla že tisoč danes, konec je, ne jem več (smeh). Ali pa to, ko gledam, koliko smo prehodili, eni bi rekli, da je to neumno, da potem človek pretirava.«

»Mislim, da res postaneš od tega odvisen, da začneš tekmoval sam s sabo in tudi z drugimi. Da ni več to tisto, kar te sprošča, ampak pride že neko preverjanje, tekmovalje.«

» ... to je meni kot nek kontroler in se ga malo izogibam včasih pol. V bistvu me nadzira in ustrahuje (smeh).«

Kot omejitev omenjajo tudi to, da včasih svoje aktivnosti prilagajajo delovanju samosledilne naprave. Na tem mestu se spet kaže ideja, da naprave oziroma podatki predstavljajo objektivno realnost, ki jo mora posameznik meriti, ji prisluhniti in delovati v skladu z njo.

»Včasih se noče sinhronizirati GPS, pa namesto da bi začela tečt, čakam, da se sinhronizira. Potem izgubim s tem veliko časa. Prišla sem tečt, ne pa gledat v napravo. Ful te obsede potem to.«

Nekateri udeleženci ne morejo kupiti tistih samosledilnih naprav, ki bi jih želeli, saj so predrage. Zato so prisiljeni k uporabi manj kakovostnih naprav oziroma aplikacij, ki ne izpolnjujejo vseh njihovih želja. Pojavi se vprašanje o povezanosti socio-ekonomskega statusa posameznika in njegove uporabe samosledilnih naprav.

»Tudi razmišljam o nakupu nove ure. Tudi Garmina, samo nimam 600 evrov (smeh).«

»Hočem zapestnico, sam stane 150 ali 200 evrov, kar je preveč ... zdaj uporabljam res osnovne stvari, ker nimam druge opcije. Če bi pa imela, bi mi to ful pomenilo.«

Udeležencev zasebnost ne skrbi, saj zaupajo podjetjem, ki imajo v lasti njihove podatke. Menijo, da jih podjetja ne bi zlorabljala, pa tudi če bi do tega prišlo, se s tem ne bi obremenjevali, saj podatki po njihovem mnenju niso pomembni oziroma relevantni. Znanje o tem, kdo je lastnik zbranih podatkov, kako jih uporabljajo in ali jih delijo z drugimi akterji, je torej v ozadju. Problematično je tudi to, da uporabniki primerjajo možno zlorabo podatkov, pridobljenih s samosledenjem, z zlorabo podatkov, ki jih posredujejo prek drugih aktivnost, na primer z uporabo spletnih družbenih omrežij. V primerjavi s slednjo se jim zloraba podatkov o samosledenju ne zdi tako škodljiva, zato se s tem niti ne obremenjujejo.

»Ma ja, to se meni zdi brezveze. Pač jaz, ki se malo bolj v to razumem, zame je to bullshit. Pač nisi toliko pomemben, da bi ti nekdo sledil, pa tudi ne more ti, že samo zaradi delovanja sistema. Tudi glede podatkov me ne skrbi, tudi če kdo vidi. Čeprav za tako veliko firmo mislim, da noben mojih podatkov ne zlorablja, vsaj upam.«

»Mislim, itak se mi zdi, da na internetu dajem vsak dan ful podatkov o sebi, da so druge vrste podatki ful bolj problematični kot to. In če se bodo odločili mi sledit, bo to, da imam self-tracking napravo, še najmanj. Se mi zdi, da so druge vrste podatki ful bolj pomembni.«

Izjema pa so podatki, povezani z GPS-om. Udeležence nekoliko skrbi, da bi jih s pomočjo GPS-a lahko kdo izsledil ali jih zasledoval. Skoraj edina možna negativna posledica zlorabe podatkov, ki se je uporabniki zavedajo, je povezana s fizičnim vdorom v njihov vsakdan. To spet potrjuje, da so ostale možne zlorabe in negativne posledice v ozadju, posamezniki o njih ne razmišljajo.

»Ko odprem GPS, se včasih bojim, da mi kdo lahko sledi. To sem se večkrat vprašala, da to ni najbolj kul.«

4 Diskusija

Analiza transkriptov poglobljenih intervjujev je pokazala, da udeleženci razmišljajo o zdravju skozi prevladujoči diskurz. Zdravje je torej predvsem stanje, nasprotno fizični in duševni bolezni. Poudarjali so tudi vitalnost, dobro počutje, zmožnost neoviranega dela in užitka. Ti odgovori udeležencev ustrezajo trditvam Kamin (2006, 24–25), da sta telesna zmogljivost in funkcionalnost kazalnika zdravja. Odgovornost za to pa prevzemajo posamezniki sami; v ospredju sta samodisciplina in individualno opazovanje. Skrb za zdravje se torej pomakne k posamezniku, kar vodi k zdravizmu. Udeleženci tej tezi pritrjujejo: posameznik je za svoje zdravje odgovoren sam, s svojimi navadami in delovanjem. Kot ugotavlja Ule (2003), ima ukvarjanje z zdravjem veliko vlogo v prostem času posameznikov. Vendar pa ne gre le za redne aktivnosti – gre za »zdrav način življenja«, kjer so udeleženci izpostavljali predvsem ustrezno prehrano, fizično aktivnost in izogibanje stresu.

V ospredju sta torej samonadzor in samodisciplina. K temu pa pripomore pregled nad telesnimi funkcijami in aktivnostmi, kar je bil tudi najpomembnejši razlog za začetek samosledenja pri udeležencih. Samosledilne naprave in aplikacije omogočajo uporabnikom enostavno spremljanje: nosijo jih s seboj ali na sebi, naprava meri določene aktivnosti, uporabnik pa lahko nato zbrane podatke pregleda. Udeleženci glede na klasifikacijo samosledenja po Lupton (2014b) izvajajo večinoma zasebno samosledenje, pri katerem gre za samosledenje iz izključno osebnih razlogov, da bi boljše razumeli delovanje svojega telesa. Pri nekaterih pa je opazno tudi potisnjeno samosledenje, ki ga prav tako izvajajo iz osebnih razlogov in je prostovoljno, vendar pa je bila prva spodbuda za samosledenje zunanja.

Zbrani podatki udeležencem predstavljajo realno stanje. Fizični občutki torej niso dovolj; za »boljše počutje« in občutek, da so pripomogli k svojemu zdravju, so potrebni ustrezni podatki, ki zadovoljujejo uporabnikova pričakovanja oziroma želje. To jim predstavlja tudi vir motivacije za vzdrževanje ali spremembo vedenja. Podatki jim lahko pomenijo potrditev, da so zmožni opraviti določen fizičen napor ali da se dnevno dovolj gibljejo. Lahko pa jih interpretirajo kot negativne oziroma nezadovoljive, kar jih nato spodbudi k vedenju, s katerim bodo dosegli ustrezne rezultate na samosledilni napravi oziroma aplikaciji. Udeleženci so omenjali tudi

elemente igrifikacije, na primer doseganje določenih ciljev, zbiranje točk in tekmovanje z drugimi uporabniki, kar jih motivira za nadaljno uporabo samosledilnih naprav oziroma aplikacij. Hkrati pa so udeleženci kot negativno posledico samosledenja navajali ravno pretirano obremenjevanje s samosledilno napravo in zbranimi podatki, ki ga opažajo pri sebi in drugih, zasebnost in varovanje podatkov pa jih ne skrbi.

5 Sklep

V diplomski nalogi sem se ukvarjala z uporabo samosledilnih naprav ter njihovo povezanostjo z dojemanjem telesa in zdravja. S pomočjo pregleda literature sem opredelila ključne teoretske pristope k zdravju, od katerih sem se v nadaljevanju usmerila na socialni konstruktivizem, ki gleda na zdravje in bolezen kot na sociokulturna proizvoda (Lupton 2012). Zdravja pa ne moremo misliti brez telesa, zato sem pregledala še literaturo, ki govori reprezentaciji telesa znotraj medicinskega diskurza. To me je vodilo v opredelitev medikalizacije in zdravizma, ki pomenita širjenje koncepta bolezni in medicine na druga področja ter poudarjanje posameznikove odgovornosti za lastno zdravje (Magiure 2008). Posameznikovo izogibanje tveganju in prizadevanje za zdravje kot ključna elementa promocije zdravja zahtevata samonadzor in samodisciplino. Na tem mestu sem opredelila pojav samosledenja, torej uporabo naprav in aplikacij za zbiranje podatkov o telesnih funkcijah ter aktivnostih posameznika. Izvajanje samosledenja sem uvrstila v digitalizirano promocijo zdravja in predstavila kritičen pogled nanj.

Da bi lahko odgovorila na vprašanje, kako uporaba samosledilnih naprav vpliva na dožemanje telesa in zdravja pri posameznikih, sem opravila poglobljene intervjuje z uporabniki naprav oziroma aplikacij. S pomočjo analize transkriptov intervjujev sem opredelila ključne tematske sklope in vanje vključila trditve udeležencev intervjujev.

Tako sem prek pregleda literature in analize kvalitativnih tekstov prišla do naslednjih ugotovitev.

Samosledilne naprave omogočajo integracijo tehnologije in telesa. Z njihovim razvojem je vpetost v telo vedno bolj razširjena, natančna in omogoča prikaz delovanja človeškega telesa v vsakem trenutku, neodvisno od prostora. Naprave merijo telesne funkcije in aktivnosti ter jih prikazujejo na zaslonih; postanejo torej vidne. Telo postane skupek števil in grafičnih prikazov, ki jih uporabniki dojemajo kot realne in objektivne. Z njihovo pomočjo interpretirajo telo in njegove funkcije, lastni občutki pa niso več dovolj zanesljivi in »resnični«.

Samosledenje kot orodje digitalizirane promocije zdravja posega na področje zdravizma, ki postavlja v ospredje idejo, da se mora posameznik izogibati boleznim s samonadzorom in samodisciplino. Ker naj bi bili podatki, pridobljeni s pomočjo samosledenja, natančni in zanesljivi, pa sta nadzor in disciplina še bolj v ospredju; številke se morajo ujemati. Ta »nuja« po ujemanju števil in preseganju vizualiziranih rezultatov predstavlja posameznikom motivacijo za vzdrževanje ali spremembo vedenja, ki naj bi prispevalo k ohranitvi zdravja. Tako samosledilne naprave in aplikacije odgovornost za prizadevanje za zdravje še bolj pomaknejo k posameznikom, ki naj bi izvajali samosledenje in spremljali zbrane podatke z namenom izogibanja boleznim. Kot navaja Lupton (2012), gre torej res za novo delovo etiko. Z elementi igrifikacije, ki so prisotni ob uporabi samosledilnih naprav, pa se posledično igrificira tudi skrb za zdravje. Pojavi pa se novo vprašanje o korelaciji med socio-ekonomskimi dejavniki in uporabo samosledilnih naprav ter posledično prevzemanjem odgovornosti za zdravje s strani posameznika.

6 Literatura

1. Beauchet, Olivier, Cyrille P. Launay, Christine Merjagnan, Anastasiia Kabeshova in Cedric Annweiler. 2014. Quantified Self and Comprehensive Geriatric Assessment: Older Adults Are Able to Evaluate Their Own Health and Functional Status. *PloS ONE* 9 (6): 1–5.
2. Braun, Virginia in Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2): 77–101.
3. Ferrando, Francesca. 2014. The Body. V *Post- and Transhumanism: An Introduction*, ur. Robert Ranisch in Stefan Lorenz Sorgner, 213–226. Frankfurt am Main; New York: Peter Lang GmbH.
4. Fleming, Nic. 2012. Quantify thyself. *New Scientist* 215 (2876): 40–43.
5. Fortunati, Leopoldina. 2003. Real People, Artificial Bodies. V *Mediating the human body: technology, communication, and fashion*, ur. Leopoldina Fortunati, James E. Katz in Raimonda Riccini, 61–71. Mahwah (N.J.); London: L. Erlbaum.
6. Fox, Nick J. 2015. Personal health technologies, micropolitics and resistance: a new materialist analysis. *Health* (7). Dostopno prek:
<http://hea.sagepub.com/content/early/2015/07/24/1363459315590248.full.pdf+html> (2. marec 2016).
7. Gilmore, James N. 2015. Everywear: The quantified self and the wearable fitness technologies. *New Media & Society* (5). Dostopno prek:
<http://nms.sagepub.com/content/early/2015/05/30/1461444815588768.full.pdf+html> (2. marec 2016).
8. Haraway, Donna J. 1991a. Manifest o Kiborgih. V *Razpol 8: Glasilo Freudovskega polja*, ur. Miran Božovič, 235–248. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.

9. --- 1991b. *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. New York: Routledge.
10. Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
11. --- in Blanka Tivadar. 2003. Laično upravljanje s telesom v imenu zdravja: iskanje ravnotežja s prehranjevanjem. *Teorija in praksa* 40 (5): 891–908. Dostopno prek: <http://dk.fdv.uni-lj.si/db/pdfs/tip20035kamintivadar.PDF> (18. februar 2016).
12. --- 2004. Mora biti dober državljani tudi zdrav? *Javnost* (11): S61–S74.
13. Klajnšček, Ciril. 1990. Modernizacija družbe kot predpogoj za konstituiranje družbenega "Health promotion". *Družboslovne razprave* 7 (9): 92–105.
14. Kuhar, Metka. 2004. *V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. Lupton, Deborah. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. Los Angeles: SAGE.
16. --- 2013. Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. *Critical Public Health* 23 (4): 393–403.
17. --- 2014a. Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International* 30 (1): 174–183.
18. --- 2014b. Self-tracking Modes: Reflexive Self-Monitoring and Data Practices. Dostopno prek: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2483549 (7. maj 2016).
19. ---2014c. Apps as Artefacts: Toward a Critical Perspective on Mobile Health and Medical Apps. *Societies* 4 (4): 606–622.

20. Maguire, Jennifer S. 2008. *Fit for consumption: sociology and the business of fitness*. London; New York: Routledge.
21. Piwek, Lukasz, David A. Ellis, Sally Andrews in Adam Joinson. 2016. The Rise of Consumer Health Wearables: Promises and Barriers. *PLOS Medicine* 13 (2): 1–9.
22. *Quantified Self*. Dostopno prek: <http://quantified-self.meetup.com/> (19. februar 2016).
23. Ruckenstein, Minna in Mika Pantzar. 2015. Beyond the Quantified Self: Thematic exploration of a dataistic paradigm. *New Media & Socitey* 9 (22). Dostopno prek: <http://nms.sagepub.com/content/early/2015/09/22/1461444815609081.full.pdf+html> (2. marec 2016).
24. Till, Chris. 2014. Exercise as Labour: Quantified Self and the Transformation of Exercise into Labour. *Societies* 4 (3): 446–462.
25. Trickler, Christopher. 2013. *An Overview of Self-Monitoring Systems*. Dostopno prek: <http://sais.aisnet.org/2013/Trickler.pdf> (22. avgust 2016).
26. Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
27. Wiederhold, Brenda K. 2012. Self-Tracking: Better Medicine Through Pattern Recognition. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 15 (5): 235–236.
28. Wolf, Gary, 2010. The Data-Driven Life. *The New York Times Magazine*, 28. april. Dostopno prek: http://www.nytimes.com/2010/05/02/magazine/02self-measurement-t.html?pagewanted=all&_r=1 (19. februar 2016).
29. *World Health Organization*. Dostopno prek: <http://www.who.int/en/> (9. februar 2016).

Priloga A: Vprašalnik za polstrukturiran intervju

Kako poteka vaš vsakdanjik?

Kakšne so vaše vsakodnevne aktivnosti in hobiji?

Kakšna je vaša prehrana?

Kakšna je sestava vaše prehrane oziroma obrokov?

Imate kakšne posebne diete ali jemljete prehranska dopolnila?

Kakšna je vaša fizična aktivnost?

Kako pogosto se fizično giblujete?

Kaj vam pomeni fizična aktivnost?

Kaj si predstavljate pod izrazom zdravje?

Kakšen naj bi bil po vašem mnenju »zdrav posameznik«?

Bi sebe ocenili kot na splošno zdrave posameznike?

Imate določene kronične bolezni?

Bi si morali posamezniki prizadevati za lastno zdravje? Na kakšen način?

Imate slabe razvade, za katere menite, da negativno vplivajo na vaše zdravje?

Katere so po vašem mnenju ključna vedenja, ki negativno vplivajo na zdravje pri drugih?

Kje iščete zdravstvene nasvete, nasvete o prehrani?

Ali preventivno obiskujete vašega osebnega zdravnika?

Kako bi opisali svoje začetke samosledenja?

Kakšna je bila prva samosledilna naprava, ki ste jo uporabljali?

Kakšni so bili odzivi okolice?

Kakšne naprave oziroma aplikacije uporabljate sedaj?

Na kakšen način uporabljate napravo?

Kdaj, koliko časa dnevno jo nosite?

Kaj vse lahko vaša naprava meri?

Imate na napravi oziroma aplikaciji določeno dnevno kvoto, ki jo morate doseči?

Se dnevne kvote držite, dosegate, ali gre le za ohlapne smernice?

Kako / kje zbirate podatke?

Ali ste za dosledno zbiranje podatkov »nagrajeni« s točkami, značkami ipd.?

Kaj vam pomeni nagrajevanje s strani naprave?

Kaj menite o deljenju podatkov z drugimi, na primer na spletnih socialnih omrežjih?

Ali podatke o samosledenju delite na spletnih socialnih omrežjih?

Menite, da vas naprava pri čem omejuje?

Bi želeli na napravi kaj spremeniti, dodati?

Kako pogosto analizirate zbrane podatke?

Kakšen je namen analize podatkov – želite razbrati kaj specifičnega ali le za splošen pregled?

Se vaše samosledenje s časom stopnjuje?

Menite, da zaradi uporabe samosledilnih naprav bolje poznate delovanje svojega telesa?

Ste ob uporabi samosledilne naprave opazili spremembe v vedenju?

Občutite kakšne druge negativne posledice, omejitve, neželene spremembe?

Boste še naprej uporabljali samosledilne naprave? Jih priporočate drugim, zakaj?