



”Risikokontrolløren”

- en sosiologisk studie om egenutførte blodtrykksmålinger



SOS-3900

Silje Johnsen

Mastergradsoppgave i Sosiologi

Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Universitetet i Tromsø

Våren 2012

Forsidefotoet er hentet fra
www.colourbox.com

Forord

Når jeg har jobbet med denne masteroppgaven har jeg gjort så godt jeg kunne, og lik mange av livets sider er det til tross for dette også en del som er utenfor menneskets innvirkning. Et faktum som har resultert i at oppgaven har tatt lenger tid enn den velkjente normerte tiden, men desto bedre er det å endelig kunne sette punktum i dag. Mange mennesker fortjener en takk i denne sammenheng.

Tusen takk til intervjudeltakerene mine som villig stilte opp og delte både erfaringer og tanker rundt egenutført blodtrykksmåling. Deres sjenerøse tillitserklæringer er jeg utrolig takknemlig for, uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Kjære Sissel H. Eriksen, du er en utrolig veileder!
Takk for din hjelpevilje underveis i oppgaven,
og for at du hadde troen på at jeg skulle greie dette i vår.

Videre vil jeg takke mine aller nærmeste.
Mamma og pappa, dere er fantastiske foreldre!
Takk for at dere alltid har oppfordret til å investere i hodet.

Kjære gode barna mine, Thea Mari og Gard Amund, tusen takk for at dere er her.
Dere gir livet aller mest mening.

Nydelige lille Alida mi.
Elsket og savnet.
Alltid med!

Min kjære gode og snille ektemann og beste venn, Trond Erling,
Tusen takk for alt du er!
Ingen e' så god som du.



Tromsø 1.juni 2012

Silje Johnsen

“Health is something which lies within the control of the individual. All active citizens have a right and a duty to maintain, contribute to and ensure their health status.” (Nettleton 1997:208).

INNHOLDSFORTEGNELSE

Kapittel 1. Introduksjon – tematikk og forskningsfelt	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Avgrensning og problemstilling.....	2
1.3 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.4 Annonse for blodtrykksmåler	4
1.5 Oppgavens struktur.....	5
Kapittel 2. Blodtrykk og blodtrykksmåling.....	7
2.1 Blodtrykksmåling.....	7
2.2 Høyt blodtrykk.....	8
2.3 Høyt blodtrykk – kun en risikofaktor?.....	9
2.4 Lavt blodtrykk.....	10
2.5 Forebygging og befolkningsundersøkelser.....	10
Kapittel 3. Forskningsmetodisk tilnærming.....	13
3.1 Metodevalg og metodestrategi.....	13
3.2 Kvalitativt forskningsintervju.....	13
3.3 Utvalg, rekruttering og tilgang til feltet.....	15
3.4 Intervjuene.....	17
3.5 Telefonintervju.....	19
3.6 Dokumenter.....	20
3.7 Forskerens rolle.....	20
3.8 Ethiske utfordringer.....	21
3.9 Analyseprosessen.....	22
3.10 Vurdering av data.....	24
Kapittel 4. Det teoretiske rammeverket.....	27
4.1 Helsebegrepet.....	27
4.2 Medikaliseringsprosessen.....	28
4.3 Man er sin egen helsesmed.....	31
4.4 Risiko og forebygging.....	32
4.4.1 Risiko – skyld og skam.....	34
4.4.2 Det forebyggende kjønn.....	35
4.5 Kroppen i forbrukerkulturen.....	36
4.6 Tidligere forskning på feltet.....	39
Kapittel 5. På den usikre siden.....	41
5.1 ”Det var på grunn av høyt blodtrykk”.....	41
5.2 ”For å se kordan telstanden e i skrotten”.....	42
5.3 ”Jeg måler når jeg kjenner det er noe gærent”.....	44
5.4 For å iverksette tiltak.....	46
5.5 Egenutført blodtrykksmåling – et ansvar?.....	50
5.6 ”For å slippe å gå til legen”.....	52

Kapittel 6. Blodtrykksmåleren som symbolbærende artefakt.....	57
6.1 Den private sfæren – blodtrykksmålerens plass.....	57
6.2 Høyt blodtrykk – kun en helserisiko?.....	59
6.3 ”Man blir litt sånn hypokonder liksom”.....	61
6.4 Den stereotypiske ”blodtrykksmåleren”.....	63
6.5 Å fri seg fra skyld.....	65
Kapittel 7. De egenutførte blodtrykksmålingenes konsekvenser.....	69
7.1 Medikalisert betraktning av egen kropp.....	69
7.2 Objektiv dominans.....	71
Kapittel 8. Avsluttende diskusjon.....	75
8.1 Herre over sykdom.....	75
8.2 ”Brannslukkeren”.....	76
8.3 Den ansvarlige risikanten.....	77
8.4 Streben etter den medisinske normalitet.....	79
8.5 Forslag til videre forskning.....	81
Litteraturliste.....	83
Vedlegg.	
Vedlegg 1. Godkjenning fra REK Nord.....	89
Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	90
Vedlegg 3. Intervjuguide.....	93

Kapittel 1. Introduksjon – tematikk og forskningsfelt

1.1 Innledning

Dagens samfunn kjennetegnes ved en økt risikofokusering, hvor blant annet helsetrusler og helserisikoer har fått stor plass i det offentlige rom. En sunn kropp og god helse oppfattes som viktige verdier å tilstrebe, og overalt blir man eksponert for informasjon om farer og risikoer som kan true både kroppens ytre og indre. Spesielt preger risikoer og sykdommer relatert til hjerte- og karsykdommer nyhetsbildet. Gode eksempler på dette er overskrifter som *”Hjertesorg øker risikoen for hjerteinfarkt”* (Dagbladet 15.01.12), *”Slanking kan gi diabetes, hjertesykdom og kreft.”* (Dagbladet nettutgave 15.06.11) *”Du kan være hjertesyk uten å vite det”* (Dagbladet nettutgave 01.11.11). Det store fokuset på helse, risiko og sykdom blant annet i media, kan ses i sammenheng med at helse ikke lenger anses som ”gitt av Gud”, men at individene selv gis ansvar for sin egen helse og sykdom. Dette fenomenet sammenfaller med hva den sosiologiske faglitteraturen betegner som *individualisering*, hvilket kort fortalt innebærer at individer må ta ansvar for seg selv (Middelthun 2005, Beck og Beck-Gernsheim 2002).

I tillegg til individualiseringen, og vekten som ilegges individets ansvar for egen helse, har det oppstått en kommersiell og konsumeristisk interesse for kroppen (Featherstone 1991). I dag er helse et anliggende for en rekke aktører og institusjoner (Nettleton 1997), og vi ser en utvikling hvor et stadig voksende helse- og kroppsmarked i stor grad er med på å forme dagens kropps- og helseidealer. I følge Bjalland og Isaksen (2004) tilbyr nå ulike eksperter pleie, behandling og forandring av kroppen – fra indre energiflyt og aura til tenner og tånegler. I forlengelsen av dette har vi de siste årene også sett en utvikling i en retning hvor medisinske tjenester og varer har økt betydelig. Man har i dag et marked som tilbyr ulike artikler hvor man kan måle ulike medisinske parametre, for å utelukke eller bekrefte sykdom. Spesielt interessant er det at områder som før var forbeholdt leger og helsevesenet, nå er tilgjengelig på det åpne markedet. Blant annet finnes det i dag stadig flere personlige medisinske måleinstrumenter og hjemmetester tilgjengelig på markedet. Gode eksempler på dette er blodtrykksmålere, kolesterolmålere og fettprosentmålere, i tillegg til mer avanserte instrumenter som eksempelvis Tanita MC-180, et måleapparat som måler kropps sammensetningen av fett og muskler, og som således gir en indikasjon på eventuell overvekt og fedme. I tillegg til dette har det også skjedd en radikal utvikling i retning av et stort antall hjemmetester. Fra før av kjenner vi blant annet graviditetstester, men i dag får vi også kjøpt hjemmetester for å sjekke om vi har tykktarmskreft, HIV, urinveisinfeksjon eller klamydia for å nevne noen. Med disse medisinske

instrumentene og testene kan vi på egen hånd gjøre målinger av biomedisinske parametre som vi tidligere måtte ha gått til legen for å få utført (Tjora 2003). Denne utviklingen er til en viss grad et resultat av folk selv ønsker det, men er også en følge av at ulike aktører som ser sitt snitt til å tjene penger. Dette markedet muliggjøres blant annet gjennom at det i dagens samfunn blir en stadig tettere relasjon mellom kropp og selvidentitet (Shilling 2003). Utviklingen har bidratt til at vi har fått nye muligheter for å følge med vår egen helse. Men hva betyr denne utviklingen i praksis? Får brukerne av måleinstrumentet større kontroll over sin egen helse og kropp? Hva betyr disse endringene i forhold til synet vårt på kropp og helse? Denne studien vil bidra til å kaste lys over slike spørsmål. Som tittelen antyder er jeg primært opptatt av individers bruk av personlige blodtrykksmålere, en medisinsk teknologi som har som formål å gjøre målinger av det biomedisinske parameteret, ”høyt blodtrykk” i hjemmet.

1.2 Avgrensning og problemstilling

På grunn av en rekke begrensninger som følger med en mastergradsoppgave, det være seg ressursmangel, tidsmangel og plassmangel, har det vært nødvendig med en del avgrensninger. Ut fra dette har jeg utviklet en problemstilling som jeg anser som overkommelig med hensyn til disse begrensningene, og følgende problemstilling er retningsgivende for oppgaven:

”Hvilke begrunnelser gis for personlig bruk av blodtrykksmålere, og hvilke konsekvenser kan egenutført blodtrykksmåling ha for brukernes oppfatning av egen helse og kropp?”

Som det fremgår av problemstillingen vil fokuset i oppgaven være å se nærmere på hvilke begrunnelser som gis for bruk av måleinstrumentet. Min forskningsinteresse tilknyttet denne problemstillingen gjelder ikke først og fremst blodtrykksmålerenes medisinske nytteverdi, men snarere hvorfor legfolk benytter seg av denne teknologien og hvilke konsekvenser bruken har for menneskenes kropps- og helsesyn. Jeg er primært interessert i å se på hvilke begrunnelser som gis for egenutført blodtrykksmåling. Hva kan tenkes å påvirke bruk og anskaffelse av måleinstrumentet? Ses bruk av måleinstrumentet i sammenheng med en gitt diagnose; eller brukes og anskaffes instrumentet uten at det foreligger en medisinsk grunn for anvendelse? Det sterke forholdet mellom helse og ansvar (Beck og Beck-Gernsheim 2002, Møen 2002, Nettleton 1997) gjør det interessant å se på om egenutført blodtrykksmåling kan ses som et resultat av det ansvaret individer har for egen helse. Interessant er det også at når helse og sykdom i så stor grad ses i forhold til individers valg, kan skyld, stigma og skam oppstå dersom

sykdom rammer (Howson 1998 i Anderssen 2006). Med denne bakgrunn er det derfor interessant å se om det finnes begrensninger ved bruken av blodtrykksmåleren.

Ulik forskningslitteratur på feltet viser at det er forskjell på menn og kvinner når det gjelder helseatferd (Courtenay 2000, Anderssen 1998, 2010). Blant annet hevder Anderssen at helse som verdi er viktigere for kvinner enn for menn. Med dette som utgangspunkt kan det tenkes at menn og kvinner forholder seg ulikt til blodtrykksmåleren, og det er ønskelig å se om menn og kvinner har ulik tilnæringsmåter til blodtrykksmåleren og de egenutførte målingene.

Tjora (2003) reiser i sin artikkel ”*Teknologisk medikalisering*” spørsmål om bruken av medisinske måleinstrument til hjemmebruk vil føre til en medikalisert betraktning av egen kropp. Denne problematikken er interessant, med tanke på hvordan de egenutførte blodtrykksmålingene påvirker den opplevde helseoppfatningen. Erstatte de medisinske teknologiske målingene egen erfaring og kunnskap om egen kropp og helse? Kan vi med bakgrunn i dette snakke om en medikalisert betraktning av egen kropp? Interessant for mitt formål er å se på hvilket helsebegrep som dominerer blant brukerne av blodtrykksmåleren. Vil medisinske kvantitative helseforståelse få større plass enn den subjektive, folkelige helseforståelsen? Dette er momenter som er ønskelig og interessante å forfølge i studien.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

En kan muligens spørre seg om hvordan temaet *medisinsk teknologi* passer inn i en masteroppgave i sosiologi. Etter min mening berører temaet og problemstillingen mange sentrale spørsmål om dagens forhold mellom medisin og samfunn. Tjora (2003) hevder at teknologi spiller en viktig rolle i den medisinske sosiologien, hvor teknologien bidrar til å muliggjøre medikalisering, gjennom å definere stadig flere sykdommer og invadere folks liv. Videre hevder han at den medisinske sosiologien kan være relevant for å drøfte utviklingen av teknologien som knytter seg til de samfunnsmessige aspektene ved utbredelsen av medisinsk teknologi, og i forholdet mellom den enkelte behandler og pasient (ibid:53).

I tillegg er problemstillingen lite forsket på, slik at prosjektet til en viss grad kan sies å være eksplorative. Med det mener jeg at oppgaven kan bidra med ny kunnskap på et område det foreligger lite kunnskap på forhånd. Vi vet lite om hvilke konsekvenser bruk av personlige medisinske måleinstrument vil få for enkeltindividets risikofokusering og helseopptatthet, og mitt bidrag er et ledd i å skape slik kunnskap.

Jeg har lenge hatt et faglig og personlig engasjement og nysgjerrighet for denne utviklingen, og dette er en av hovedgrunnene til valg av tema. Bakgrunnen for min interesse er tilgjengeligheten til disse medisinske måleinstrumentene, for eksempel hvordan et medisinsk måleinstrument som en blodtrykksmåler kan kjøpes ”overalt”, fra alt-mulig-butikker som Biltema til apotek, fra elektroforretninger til postordefirmaer som Ellos. I tillegg tilbys medisinske målinger som blodtrykksmålinger og kolesteroltester på apotek, der det ofte reklameres med store plakater på at ”Her får du utført blodtrykksmålinger”. Det har forbløffet meg og pirret nysgjerrigheten, og jeg ville undersøke nærmere hvordan disse medisinske måleinstrument brukes, hvorfor de anskaffes, samt hvilke konsekvenser denne bruken får for de menneskene som bruker måleinstrumentet.

1.4 Annonse for blodtrykksmåler

For å gi et innblikk i reklamering og proklamering av et medisinske målesintrument som blodtrykksmåler, har jeg valgt å ta fram et eksempel på en produktbeskrivelse av en blodtrykksmåler. Hovedpoenget er å vise hvilke føringer i reklamen som kan bidra til en forståelse av fenomenet egenutført blodtrykksmåling.

Withings Blodtrykksmåler.

Et knappetrykk for å måle blodtrykk.

"Blodtrykket er det trykket som oppstår i blodkarene når blodet drives fra hjertet ut i kroppen og deretter tilbake til hjertet. Høyt blodtrykk gjør at forkalkningen av årene øker, hvilket etter hvert gjør blodkarenes vegger hardere og mindre elastiske. Det vanskeliggjør hjertets pumpearbeid og kan være alvorlig dersom man ikke får det behandlet. Har man høyt blodtrykk, øker risikoen fremfor alt for slag, men også for hjerteinfarkt, hjertesvikt, nyresykdom og nedsatt blodsirkulasjon i bena."

Ja, det sier legevitenenskapen om høyt blodtrykk, og det høres jo ikke så hyggelig ut. Enda mindre hyggelig er det hvis man tenker på at ca. 25 % av alle mennesker i Norge har høyt blodtrykk. Vil du vite om du er en av dem?

I så fall har du to alternativer:

1. Gå til legen og sjekk. Stå i kø, vent, betal, få en oppfordring om å leve sunnere, spise bedre, mosjonere.
 2. Kjøp en Withings Blodtrykksmåler og gjør jobben selv. Fest båndet rundt overarmen og plugg inn i maskinen din som begynner med i (iPhone, iPad eller iPod), så er du alltid klar til å ha kontroll på trykket i løpet av noen sekunder. Dessuten lagrer måleren resultatene dine, slik at du har stålkontroll på utviklingen. Hvis du i tillegg kobler deg til Google Health, åpnes det en hel verden av sammenlikninger, analyser og veiledninger. Da vet du jo selv hvordan du styrer situasjonen DERSOM du skulle ha høyt blodtrykk: lev sunnere, spis bedre, mosjonér
- Withings Blodtrykksmåler er en helautomatisk blodtrykksmåler med oscillometrisk målemetode. Den måler blodtrykk og puls raskt og enkelt. Måleren lagrer måleresultatet i din iPhone, iPad eller iPod Touch (ikke inkludert) og sender informasjonen videre til Withings server for enkel tilgang til måleverdiene dine med nettleseren din. Withings Blodtrykksmåler kan med fordel brukes sammen med Withings WiFi Personvekt.

Salgstedet for den nevnte blodtrykksmåleren er www.coolstuff.no, som i følge seg selv er et

nettsted for innovative ting som man ikke visste man trengte. Som leser av denne annonsen, vil jeg i likhet med alle forebyggingspasienter (Gjernes og Måseide 2008) tilhøre målgruppen for denne reklameringsen. Produktomtalen viser særlig to sentrale trekk som er viktige og går igjen i reklame for blodtrykksmålere. For det første bygger produktomtalen på en redsel for høyt blodtrykk, hvor høyt blodtrykk fremstilles som en alvorlig tilstand som det er viktig å ha kontroll over. Det skjulte budskapet i mye av den informasjonen produktbeskrivelsen gir, er at helse kan skapes, kontrolleres og styres, og at blodtrykksmåleren spiller en viktig rolle i dette. Blodtrykksmåleren fremstilles som en nødvendighet, et forhold som understrekes ved at man ikke kan vite om man har høyt blodtrykk eller ikke, det er det bare blodtrykksmåleren som kan vise. Implisitt ligger det i dette en forståelse av at man ikke kan stole på kroppen og dens signaler. For det andre bidrar bruken av pronomen "du", til personliggjøring og ansvarliggjøring. Personliggjøringen og ansvarliggjøringen knyttes til at dette er et produkt man behøver, for dersom man bryr seg om helsen sin så monitorerer man blodtrykket sitt. Dette gir videre assosiasjoner til at det har dukket opp en ny norm innen helseomsorg, hvor det å ta vare på helsen sin også innebærer å monitorere og følge med sin egen helse, også på områder kun legen har hatt mulighet tidligere.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven har åtte kapitler. I dette innledende kapitlet har formålet vært å gi en innføring i oppgavens tema og problemstillinger. I *kapittel 2* vil jeg gjøre rede for den biomedisinske forståelsen av høyt blodtrykk. I tillegg vil jeg synliggjøre den medisinske nytten av blodtrykksmåling. Videre i *kapittel 3* vil jeg gjøre rede for den forskningsmetodiske tilnæringsmåten. Her er formålet å synliggjøre hva jeg anså som det mest adekvate metodiske verktøyet for å svare på problemstillingen. I tillegg vil jeg skildre og drøfte noen sentrale valg og utfordringer jeg sto ovenfor i forskningsprosessen. I *kapittel 4* vil jeg legge frem mitt teoretiske utgangspunkt. Kapittel 5-7 er analysekapitlene, og her vil jeg presentere empirien. *Kapittel 5* som jeg har valgt å kalle "På den usikre siden", er formålet å synliggjøre en forståelse av hvilke begrunnelser som gis for egenutført blodtrykksmåling. I *kapittel 6*, "Blodtrykksmåleren som symbolbærende artefakt", vil jeg ta for meg hvordan blodtrykksmåleren kan forstås som symbolbærende artefakt og hvilke begrensninger vi kan se i forhold til bruken. I *Kapittel 7*, "De egenutførte blodtrykksmålingenes konsekvenser", er formålet å se på hvilke konsekvenser egenutført blodtrykksmåling kan ha for brukerne. Avsluttende refleksjoner og drøfting vil bli oppsummert i *kapittel 8*.

Kapittel 2. Blodtrykk og blodtrykksmåling

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan (høyt) blodtrykk hovedsakelig blir forstått i en biomedisinsk kontekst. Lavt blodtrykk og den medisinske betydningen er også temaer som blir berørt i dette kapitlet. Avslutningsvis vil jeg redegjøre for betydningen høyt blodtrykk har hatt i befolkningsundersøkelser, og som ledd i forebygging av hjerte- og karsykdommer i Norge de siste fire tiårene. Kapitlet fungerer som en forståelsesramme for den påfølgende analysen i kap. 5-7.

2.1 Blodtrykksmåling

Blodtrykksmålere faller innunder kategorien medisinske måleinstrument, hvor formålet med instrumentet er å gjøre målinger av blodtrykket. Som det fremgår av problemstillingen er jeg primært interessert i å fokusere på anvendelsen av blodtrykksmålere som er ment til bruk i hjemmet. For dette formål finnes det et bredt utvalg av blodtrykksmålere, både manuelle og digitale, overarms- og håndleddsmansjetter. Med den teknologiske utviklingen kommer det stadig mer avanserte blodtrykksmålere på markedet, men felles for de fleste blodtrykksmålerne er at de gir verdier tilknyttet blodtrykket og puls, hvilket er viktige parametre tilknyttet hjertet og dets kretsløp.

Når det gjelder blodtrykksmålinger så måler man mer konkret det høyeste og det laveste trykket fra pulsølgen som dannes når hjertet trekker seg sammen (Blomhoff 2007). Gjennom blodtrykksmålingene får man definert overtrykket og undertrykket i pulsåren, hvilket angis som to tall adskilt med en skråstrek. Eksempelvis 140/90, hvor det første tallet (140) betegnes som det systoliske blodtrykket, som er det høyeste trykket som oppstår i pulsåren når hjerte trekker seg sammen og presser blodet ut i kroppen. Det andre tallet (90) betegnes som det diastoliske blodtrykket, og henviser til det laveste trykket som er i pulsåren mens hjertet slapper av mellom to sammentrekninger og fylles med blod. (Blomhoff 2007).

Fra et medisinsk ståsted anbefales det at man måler blodtrykket sitt minst en gang i året for voksne, og et par ganger i året fra 50-60-årsalderen (Blomhoff 2007). Bakgrunn for den medisinske oppmerksomheten for hyppige blodtrykkmålinger bygger på at jo tidlig et høyt blodtrykk oppdages, desto større er muligheten for å bøte på eventuell organskade (Blomhoff 2007:53).

2.2 Høyt blodtrykk

Høyt blodtrykk, også betegnet som hypertensjon, er en medisinsk betegnelse for det trykket som blodet utøver mot åreveggen (Blomhoff 2007). Høyt blodtrykk betyr at trykket i kroppens pulsårer er høyere enn det som defineres som normalt, i motsatt fall defineres et blodtrykk som er lavere enn normalt som hypotensjon (ibid.). Det går ikke noen skarp grense på det som betegnes som normalt og høyt blodtrykk, men i følge Blomhoff (2007:31) betegnes et systolisk/diastolisk blodtrykk på 120/80 mmHg som et normalt blodtrykk. Videre betegnes et blodtrykk over 140/90mmHg som hypertensjon grad 1, altså moderat forhøyet blodtrykk. Mens et blodtrykk på 160/100mmHg blir betegnet som hypertensjon, grad 2, hvilket karakteriseres som et alvorlig forhøyet blodtrykk.

Disse grensene som betegner høyt blodtrykk er ikke naturgitte, men varierer i forhold til alder (Blomhoff 2007). Slik sett vil blodtrykksverdiene som betegnes som normale, høye eller lavt blodtrykk ikke være verdier som passer alle. Når Blomhoff (2007) hevder at grensen for hypertensjon går ved 140/90, så er det et spørsmål om verdier, og har stor betydning for hvor mange som blir definert innunder kategorien høyt blodtrykk. I forlengelsen av dette hevder Holmen (2000) at intervensjonsgrensene for når et blodtrykket trenger behandling har vært i endring siden 1970-tallet. Sett fra et sosialkonstruktivistisk perspektiv er dette et godt eksempel på at høyt blodtrykk, i likhet med andre medisinske tilstander, ikke er noe naturgitt.

Definisjonen av høyt blodtrykk er alltid i endring, og avhenger av kontekst som sosiale situasjoner, kultur og relasjoner (Gabe m.fl 2004).

Høyt blodtrykk er ikke medisinsk sett en sykdom, men er en *risikofaktor* for blant annet hjerte og -karsykdommer som hjerneslag og hjerteinfarkt (Blomhoff 2007:17).

Som risikofaktor er høyt blodtrykk, i likhet med andre risikofaktorer, basert på statistiske sannsynligheter utviklet på befolkningsnivå og sier ikke noe om enkeltindividet annet enn som del av en gruppe (Anderssen 1998). Høyt blodtrykk er imidlertid en betydelig risikofaktor for folkesykdommer som hjerneslag og hjerteinfarkt, og betegnes også som en av de største risikofaktorene for andre sykdommer i Norge. I følge Helsedirektoratet (2000) vil 10-15% av den voksne norske befolkningen i Norge rammes av høyt blodtrykk, og flere enn 100.000 bruker i dag legemidler mot høyt blodtrykk i Norge¹.

¹ <http://www.apotek1.no/hjerte-og-blodaarer/hoyt-blodtrykk>

Et viktig kjennetegn på høyt blodtrykk er at det vanligvis ikke gir noen symptomer, men dersom det blir svært høyt kan det gi plager i form av svimmelhet, kvalme, hodepine, pusteproblemer, synsforandringer, kramper og neseblødning (Blomhoff 2007). Siden det er en symptomfri tilstand innebærer det ofte at det avdekkes på rutineundersøkelser (ibid.). Det er derfor først og fremst gjennom teknologien, herunder blodtrykksmålinger, at man avdekker høyt blodtrykk. Teknologien spiller således en vesentlig rolle når det gjelder høyt blodtrykk, og uten teknologien ville man ikke kjent til tilstanden. Høyt blodtrykk er slik sett et eksempel på at teknologien frembringer de fenomener som definerer sykdom.

2.3 Høyt blodtrykk- kun en risikofaktor?

I en biomedisinsk forståelse skiller en hovedsakelig mellom primær hypertensjon og sekundær hypertensjon, hvorav skillet beror på hvorvidt man finner en årsak til det forhøyede blodtrykket. Sekundær hypertensjon forekommer i 5 % av tilfellene av høyt blodtrykk. I disse tilfellene kan man påvise en sykdom eller en årsak til det forhøyede blodtrykket (Blomhoff 2007). De vanligste årsakene er nyresykdommer, forsnevring av hovedpulsåren, høyt stoffskifte, enkelte svulster og en rekke medikamenter (Blomhoff 2007).

Primær hypertensjon forekommer i de resterende 95 % av høyt blodtrykk tilfellene, og her finner man ingen underliggende årsak. Likevel tror man at arv og genetikk, i tillegg til livsstilsfaktorer som overvekt, røyking og usunt kosthold spiller en viktig rolle (Blomhoff 2007). Det er også med denne bakgrunn vi forstår at høyt blodtrykk ofte betegnes som en *livsstilssykdom*. Livsstilssykdommer er en fellesbetegnelse for medisinske tilstander som ofte ses i sammenheng med hvordan en person lever². Kosthold, livsstil, det ytre miljø og måten vi lever på påvirker vår disposisjon til å få slike sykdommer³. Eksempler på livsstilssykdommer er koronar hjertesykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, benskjørhet, depresjon, medikamentmisbruk, overvekt, slitasjegikt, HIV/AIDS, Alzheimers sykdom.⁴ I Norge og den vestlige verden har oppblomstringen av livsstilssykdommer overtatt som den største trusselen mot et langt og godt liv de siste tiårene (Larsen 2012), noe som er et godt eksempel på at helseutfordringene er i endring (ibid.). Med bakgrunn i en forståelse av høyt blodtrykk som en livsstilssykdom, kan man ut fra et sosiologisk perspektiv hevde at høyt blodtrykk handler om mer enn bare en objektiv diagnose. Dette er temaer jeg vil komme

² <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>

³ <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>

⁴ <http://nhi.no/livsstil/livsstil/diverse/livsstilssykdommer-30632.html>

nærmere inn på i oppgaven.

2.4 Lavt blodtrykk

Hypotensjon er betegnelsen for unormalt lavt blodtrykk, og oppstår dersom hjertets pumpefunksjon svikter eller at blodårene er utvidet (Blomhoff 2007, SML 2:314). Hypotensjon betegnes medisinsk sett som en ufarlig tilstand, men som likevel kan være subjektivt plagsom (Blomhoff 2007). Ved medikamentell behandling av for høyt blodtrykk kan imidlertid forbigående hypotensjon være en bivirkning (SML 2:314). Hypotensjon kan forekomme ved tilstander som graviditet og febersykdommer (ibid.). I tillegg fremheves det i medisinsk leksikon at tilstanden kan forekomme ved akutt hjertesvikt (ibid.).

2.5 Forebygging og befolkningsundersøkelser

Som i resten av den rike, industrialiserte verden er hjerte- og karsykdommer den hyppigste dødsårsaken også i Norge. Tall fra SSB viser at hele 32% av alle dødsfall i Norge var relatert til hjerte- og karsykdommer i 2010⁵. Til sammenligning var 46 % av alle dødstillene relatert til samme årsak i 1991. I tillegg viser epidemiologisk forskning at hjerte- og karsykdommenes utgjør en betydelig andel av den totale sykdomsbyrden i befolkningen, både med hensyn høy dødelighet og i forbindelse med kroniske sykdommer som reduserer livskvaliteten gjennom livet (Blomhoff 2007).

Forebygging av hjerte- og karsykdom har vært et prioritert område i norsk helsepolitikk og klinisk praksis de siste fire tiårene. Gode eksempler på dette er statusen høyt blodtrykk har hatt i store befolkningsundersøkelser som Tromsøundersøkelsen, Finnmarksundersøkelsen, 40-åringsundersøkelsene og Osloundersøkelsen. Hovedvekten i dette arbeidet har vært å redusere høyt blodtrykk i befolkningen, ettersom hypertensjon betegnes som den viktigste risikofaktoren for hjerte- og karsykdommer og dødelighet i Norge (Blomhoff 2007). For å forebygge hjerte- og karsykdommer har derfor reduksjonen av høyt blodtrykk spilt en viktig rolle de siste fire tiårene. Høyt blodtrykk har hovedsakelig blitt forsøkt redusert gjennom medikamentell behandling (Holmen 2000). I løpet av et år bruker nordmenn mer enn 13 milliarder kroner på medisiner, hvor medisiner mot høyt blodtrykk er blant de fem mest solgte medisinene (Blomhoff 2007). Opplysningskampanjer som er rettet mot røyking, er andre tiltak som tar sikte på å redusere hjerte- og karsykdommer. I tillegg har vi kostholdsopplysning, bl.a. ved tiltaket *Nøkkelhullet* (2009), som er et av flere tiltak som har som formål å bidra til et sunnere

⁵ <http://www.ssb.no/dodsarsak/>

kosthold i befolkningen. I forlengelsen av dette ble resepten *Grønn resept* innført i 2003, og hadde som mål å øke pasientenes og legenes fokus på behandling og forebygging av høyt blodtrykk, diabetes og senere fedme, uten medisiner (Blomhoff 2007). Behandlingen av høyt blodtrykk og diabetes 2 skulle gjennom Grønn resept gå fra medikamenter til livsstilsendringer gjennom sunn kost, røykestopp og mer fysisk aktivitet, og er således en form for ikke-medikamentell behandling av høyt blodtrykk (Blomhoff 2007:20).

Når det gjelder medikamentell behandling for høyt blodtrykk, er resultatene positive, blant annet når det gjelder nedgang i hjerneslag. Dødeligheten tilknyttet hjerneslag har de siste 50 årene gått ned, men her er det sammensatte årsaker, blant annet er kostholdet endret, flere får medikamentell behandling for hjerte- og karsykdommer og blodtrykket har gått ned i befolkningen.⁶ Blodtrykksbehandling har imidlertid ikke hatt like stor effekt for risikoen for hjerteinfarkt, men også hjerteinfarkt har hatt en markant nedgang siden 1970-tallet (Holmen 2000:42).

6

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2701:1:0:0:::0:0

Kapittel 3. Forskningsmetodisk tilnærming

I det følgende kapitlet skal jeg redegjøre for hva jeg anså som det mest adekvate metodiske verktøyet for å svare på problemstillingen. I tillegg vil jeg skildre og drøfte noen sentrale valg og utfordringer jeg sto ovenfor i forskningsprosessen. Den metodiske fremstillingen har også til hensikt å tydeliggjøre min rolle som forsker, da jeg anser min rolle som forsker underveis i hele prosessen som avgjørende for resultatet av studien. Avslutningsvis vil jeg vurdere mine data i forhold til metodekravene; troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1 Metodevalg og metodestrategi

Det overordende målet i denne studien er som tidligere nevnt å oppnå en forståelse av fenomenet egenutført blodtrykksmåling. Jeg ønsker å finne ut av hvilke begrunnelser som gis for egenutført blodtrykksmåling, samt hvilke konsekvenser egenutført blodtrykksmåling kan ha for brukernes opplevelse av helse og kropp. Valg av forskningsstrategi avhenger av hva man prøver å finne ut (Silverman 2006), og problemstillingen har i utgangspunktet vært retningsgivende for metodevalget i studien. Begrensninger i forhold til hva som har vært mulig å gjennomføre innenfor prosjektets tidsmessige- og økonomiske ressurser har også krevd metodiske avgrensninger.

Som tidligere nevnt er det gjort forholdsvis lite norsk og internasjonal forskning tilknyttet bruk av medisinske måleinstrument i hjemmet generelt, og blodtrykksmålere spesielt. Oppgaven har slik sett et *eksplorerende* preg. Dette innebærer at jeg utforsker et fenomen som er mindre eller helt ukjent, og som det finnes dårlig eller ikke-eksisterende kunnskap om. Med denne bakgrunn har det derfor vært nødvendig å velge en metode som muliggjør fleksibilitet, forstått på den måten at jeg har muligheten for å kunne gå i dybden, samt være følsom for uventede forhold som eksplorerende forskningsopplegg fordrer. Med hensyn til disse momentene var det derfor naturlig for meg å velge kvalitativ metode. Kvalitativ forskning baserer seg på et vidt spekter av innsamlingsmetoder, deriblant intervju, observasjon, dokumentanalyse og bilder.

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Jeg var interessert i de menneskene som brukte personlige blodtrykksmålere, da deres forståelse, erfaringer, tanker og følelser rundt bruk av blodtrykksmåleren ble ansett som meningsfulle og nødvendige for å oppnå en forståelse for hvilke begrunnelser som gis for egenutført blodtrykksmåling, og hvordan egenutført blodtrykksmåling påvirket forholdet til

egen kropp og helse. For mitt formål anså jeg derfor kvalitativt forskningsintervju som den mest adekvate tilnæringsmåten for å svare på problemstillingen. Et kvalitativt forskningsintervju blir av Kvale (1997:28) betegnet som

”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”.

På denne måten ville jeg gjennom samtaleintervju kunne belyse hvordan folk reflekterte og resonnererte over deres bruk av blodtrykksmåleren. Denne formen for samtale har mange fordeler, blant annet vil man gjennom samtale få innblikk i intervjudeltakernes tanker og meninger tilknyttet egenutført blodtrykksmåling, som man ikke kan observere eller få kjennskap til på andre måter. I tillegg gir intervju rom for spontanitet, refleksjoner og utdypning om fenomenet (Ryen 2006:15). Å angripe problemstillingen fra denne vinkelen gir også en mulighet til å påvise en variasjon og mangfoldighet rundt fenomenet egenutført blodtrykksmåling (Kvale 1997).

Kvalitative forskningsintervju kjennetegnes ofte av at de er halvstrukturerte, forstått på den måten at det har en rekke temaer som skal dekkes og innebærer forslag til spørsmål utarbeidet i en intervjuguide (Kvale 1997:73). I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle hjelpe meg til å holde meg innenfor den tematikken jeg, på bakgrunn av teori og forskningsspørsmål, anså som viktige å belyse. Intervjuguiden besto av fem sentrale temaer⁷, og jeg komponerte forslag til spørsmål ut fra disse temaene (Kvale 1997:76). Mitt formål var ikke å følge intervjuguiden slavisk, da jeg var opptatt av å ha en viss fleksibilitet og åpenhet slik at jeg kunne følge opp svarene til intervjupersonene. Fordelen med å bruke delvis strukturert intervju er at den gir en viss fleksibilitet, slik at jeg i stor grad kunne følge opp svarene og historiene til intervjudeltakerne (Kvale 1997:72). På denne måten ville jeg ikke bare bevege meg innenfor rammen av min egen forforståelse, hvilket kan være en fallgrube dersom en følger intervjuguiden for slavisk (Malterud 2003:129). Et eksempel i min studie var at intervjupersonene ofte tok opp hypokondri i sammenheng med egenutført blodtrykksmåling. Dette var ikke noe jeg hadde spørsmål om i intervjuguiden, og hypokondri ble et viktig funn å forfølge i analysen.

⁷ Se intervjuguide, vedlegg 3.

3.3 Utvalg, rekruttering og tilgang til feltet

Jeg startet rekruttering av intervjudeltakere i august 2009 da prosjektet var godkjent av REK Nord⁸ og NSD stat. Utgangspunktet for utvalget var å velge intervjudeltakere som av ulike grunner kunne uttale seg på en reflektert måte om bruk av blodtrykksmålere. Denne utvalgsstrategien betegnes ofte i metodelitteraturen som *strategisk utvalg* (Malterud 2003, Thagaard 2002). Mangfold og variasjonsbredde i utvalget både var av stor betydning og ønskelig for å ha mulighet til å beskrive flere nyanser ved fenomenet egenutført blodtrykksmåling. Mitt første valg var derfor å ta stilling til hvilke dimensjoner det var viktig å sikre variabilitet for. Jeg anså det som ønskelig å ha en tilnærmet jevn fordeling av menn og kvinner i utvalget. Videre anså jeg det i utgangspunktet som viktig med en spredning i alder blant intervjudeltakerne. I tillegg hadde jeg et ønske om å sikre intervjudeltakere som både hadde en gitt diagnose i forbindelse med kardiovaskulære lidelser, høyt blodtrykk og samtidig intervjuer folk som ikke hadde en gitt diagnose. Liten kunnskap på feltet angående hvem som hadde, og hvem som brukte blodtrykksmålere, gjorde det utfordrende å finne et rikt datamateriale. På bakgrunn av dette opplevde jeg det som nødvendig å benytte meg av flere rekrutteringsstrategier.

Jeg hadde gjennom eget nettverk kjennskap til to personer som oppfylte de kriteriene jeg hadde satt for å være med i utvalget. Tanken bak å kontakte dem var både å intervjuer dem, men samtidig også gjennom dem få kjennskap til andre personer som hadde egen blodtrykksmåler. Denne rekrutteringsstrategien kan best karakteriseres som *snøballmetoden*, hvilket i følge Ryen (2006) innebærer at man skaffer intervjudeltakere via andre intervjudeltakere som gir anbefalinger om hvem andre man bør snakke med om det temaet som studien berører. Jeg rekrutterte derimot bare én person til prosjektet gjennom snøballmetoden. En av grunnene til at snøballmetoden ikke fungerte tilfredsstillende i mitt tilfelle kan illustreres gjennom funn fra materialet som viste at de færreste intervjudeltakerne hadde kjennskap til andre som hadde egen personlig blodtrykksmåler. På spørsmål om de kjente andre som hadde blodtrykksmåler svarte blant annet en av intervjudeltakerne: ”*Nei, faktisk ikke. Det er ikke noe tema man går og spør om, nei, jeg vet ikke om noen som har.*”

Som en første utvidelse av rekrutteringsstrategien, utarbeidet jeg derfor en poster som erstatning for snøballmetoden. Posteren inneholdt en kort presentasjon av prosjektet, kriterier

⁸ Se vedlegg 1.

for utvalg og ca. varighet på intervjuene. Posteren ble utarbeidet for å henges opp på ulike sosiale arenaer. Etersom jeg ikke hadde som utgangspunkt å rekruttere intervjudeltakere med en bestemt diagnose, ble posteren hengt opp på arenaer som oppslagstavler på kjøpesenter, tannlegekontor, treningsstudio o.l. Jeg var tilbakeholden med hensyn til å henge opp posteren på legekontor og liknede, ettersom jeg antok at dette ville øke sannsynligheten for å rekruttere intervjudeltakere som ”var syke”. Erfaringene mine viste imidlertid at oppslagene mine hadde begrenset verdi, ettersom jeg ikke rekrutterte noen intervjudeltaker gjennom dem.

Jeg valgte jeg derfor å sette inn en annonse i Nordlys, hvilket regnes som den største regionale avisen i Troms. Jeg antok at en annonse i en slik relativt stor avis, ville bidra til en betydelig større rekruttering enn de tidligere nevnte rekrutteringsstrategiene. Rekruttering via avis har den fordelen at man når ut til et større spekter folk over større geografiske områder enn bare selve bykjernen. I annonsen informerte jeg om at jeg i forbindelse med mastergradsprosjektet mitt ønsket å komme i kontakt med personer som hadde og brukte egen blodtrykksmåler, deltakelsen innebar å bli intervjuet en gang, i tillegg ble deltakerne garantert aidentifisering og konfidensialitet. Som et supplement til informasjonen som var oppgitt i posteren spesifiserte jeg at prosjektet var godkjent av NSD og REK Nord. Rekruttering via avisen ble i mine øyner vellykket, og i alt rekrutterte jeg ni intervjudeltakere gjennom annonseringen.

Jeg rekrutterte i alt 12 intervjudeltakere, noe jeg anså meg veldig fornøyd med ettersom jeg på forhånd hadde et ønske om mellom 10 og 12 intervjupersoner. Når det gjaldt størrelsen på utvalget ble antallet intervjudeltakere valgt ut i fra skjønnsmessige forhold. Utvalgsstørrelsen blir innen kvalitativ forskning ofte vurdert ut fra et metningspunkt, hvilket innebærer at man vurderer antall intervjudeltakere som tilstrekkelig når intervjuene ikke lenger byr på ny informasjon (Ryen 2006). I mitt tilfelle virket det urimelig å vurdere utvalgsstørrelsen som tilfredsstillende ut fra et metningspunkt, ettersom oppgaven for det første er ressurs- og tidsbegrenset, og for det andre når studien primært betraktes som en kvalitativ studie med eksplorerende karakter, har det vært viktigst for meg å konsentrere meg om et mindre håndtebart materiale på en utdypende måte. Utvalgsstørrelsen antok jeg ville være stort nok for å sikre rikelig med informasjon og variasjon i datamaterialet, slik at jeg kunne være sikker på å dekke flest mulige forhold når det gjaldt forståelsen av hvordan intervjudeltakerne opplever bruk av blodtrykksmåler og hvorfor de anskaffer seg blodtrykksmåler (Postholm 2005:164). I alt er jeg fornøyd med utvalget, da jeg oppnådde en viss spredning med hensyn til alder og kjønn. Selv om de fleste intervjudeltakerne var mellom 50-70 år, var to intervjudeltakere

henholdsvis 24 og 32 år. Jeg tror de forskjellige rekrutteringsmetoder jeg benyttet, sammen har bidratt til å få et relativt heterogent utvalg.

Bruk av annonse gir en form for *selvseleksjon* eller *tilgjengelighetsutvalg*, hvor intervjudeltakerne melder seg til forskeren med et ønske om å delta (Thagaard 2002).

Selvseleksjon innebærer at de som har uttalt seg er mer enn gjennomsnittlig interessert i å få sine synspunkter representert og de er fortrolig med forskning, et problem man ikke kommer utenom når initiativet i så stor grad ligger hos de potensielle deltakerne (Thagaard 2002:54).

Enkelte av intervjudeltakerne som meldte seg hadde også vært med på andre frivillige prosjekter tilknyttet helse, blant annet Tromsøundersøkelsen. Ut fra dette kan det derfor tenkes at noen av de menneskene som har valgt å være med gjennom å svare på annonsen, er de som har et ukomplisert forhold til sin egen helse.

For meg var det viktig å reflektere over hvorfor de menneskene mellom 50 og 70 var den aldersgruppen som tok hyppigst kontakt. Hvorfor har andre utenom denne gruppen unngått å ta kontakt? En grunn kan kanskje ses i sammenheng med redselen for å stemples som hypokonder, som flere av intervjudeltakerne i mitt materiale setter i sammenheng med egenutført blodtrykksmåling. Eventuelt oppfatter kanskje ikke denne gruppen det som relevant å bruke blodtrykksmåleren? Jeg sitter igjen med en følelse av å ha mistet noen aspekter, fordi denne (antatte) brukergruppen av blodtrykksmåleren, samt aspektene ved aldersgruppen, spesielt menn og kvinner under 50, i stor grad har utelatt å svare på annonsen. Dette mener jeg til en viss grad kunne ha vært hindret gjennom for eksempel en ny annonse der de mellom 20 og 50 hadde blitt oppfordret til å ta kontakt. Det er imidlertid vanskelig å vite hva disse kunne ha tilført oppgaven, og hvilke konsekvenser dette har for oppgaven.

3.4 Intervjuene

Jeg gjennomførte tolv intervjuer med i alt seks kvinner og seks menn. Ti intervju ble foretatt ansikt-til-ansikt og hadde en varighet på 55-60 minutter. Sju av intervjuene fant sted på et kollokvierom på Universitetet, ett intervju hjemme hos intervjudeltakeren og ytterligere to på kafé. I tillegg ble to intervju foretatt via telefon. Jeg gjennomførte samtlige intervju i september og oktober 2009.

Når man som forsker innhenter kvalitative data gjennom intervju, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen (Järvinen 2005). Det finnes ikke kontekster som er nøytrale, og alle kontekster påvirker intervjuet i en eller annen grad (ibid.).

Når det gjaldt hvor og når intervjuet skulle finne sted, lot jeg dette i stor grad være opp til intervjudeltakerne. Jeg informerte intervjudeltakerne om at jeg hadde mulighet til å intervju på Universitetet dersom de ønsket det, noe de fleste var positive til. Jeg gjennomførte også et intervju hjemme hos en av intervjudeltakerne, som var alene hjemme under intervjutidspunktet. I tillegg til disse intervjuene gjennomførte jeg som nevnt to intervju på kafé. Ulempen med å intervju på kafe, i likhet med i hjemmet, er at andre personer som er tilstede kan påvirke svarene til intervjupersonene. utfordringer hva angår denne konteksten kan ses i sammenheng med Goffman (1992) som hevder at individer i nærheten av hverandre alltid vil være i interaksjon, og når en person kommer sammen med andre vil oppførselen gjerne søke å gjenspeile samfunnets gjengse verdier og søke å presentere en ønsket fasade. Dette kan kanskje være spesielt relevant i mitt tilfelle ettersom mange av spørsmålene berører temaer som livsstil og helse. Slik sett kan mennesker i lokalet ha hatt innflytelse på intervjuene som ble utført på kafe, og da særlig når det gjelder de sensitive spørsmålene. Ut fra de inntrykkene jeg hadde fra intervjuene, opplevde jeg imidlertid ikke at intervjudeltakerene ble forstyrret nevneverdig av at det var andre mennesker i nærheten. Jeg opplevde derimot at intervjudeltakerne var både motivert og interessert i å snakke med meg og å svare på mine spørsmål, og at de snakket åpent om sine erfaringer og meninger.

Når det gjaldt selve gjennomføringen av intervjuene, fikk intervjudeltakerne i forkant av intervjuet utlevert et informasjonsskriv⁹. Hensikten med informasjonsskrivet var å gi en grundig innføring i prosjektet. Jeg la vekt på å informere om de etiske retningslinjene i prosjektet, herunder informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta. Videre innhentet jeg skriftlig forhåndssamtykke fra intervjudeltakerne. Intervjudeltakerne ble på forhånd spurt om det var greit at jeg benyttet lydopptaker under intervjuet, noe alle var positive til. Lydopptakeren var et viktig hjelpemiddel under intervjuene av flere grunner, da jeg sikret meg alt som ble sagt og kunne konsentrere meg om å lytte i stedet for å bare notere. Begrensninger i forhold til bruk av opptaker kan være at man som intervjuer opplever at intervjudeltakeren begrenser seg. Erfaringene fra mine intervju var imidlertid at intervjudeltakerne var åpne, og det virket ikke som om de brydde seg nevneverdig om at jeg brukte opptaker. På den andre siden fanger bare lydopptaker opp samtalens språklige og nærspråklige elementer. Nonverbal kommunikasjon kommer ikke med på båndet, det var derfor

⁹ Se vedlegg 2.

viktig for meg å notere noe underveis, i tillegg til at jeg oppsummerte hovedinntrykkene fra intervjuene i etterkant.

Når det gjelder selve gangen i intervjusituasjonen, innledet jeg intervjuene med enkle spørsmål om bakgrunns- og demografiske forhold, samt spørsmål som gikk mer generelt på blodtrykksmåleren. Hensikten med å starte intervjuene på denne måten var først og fremst å opparbeide tillit, da det er i denne fasen man etablerer en relasjon og et tillitsforhold til intervjudeltakeren. Thagaard (2002:94) betegner denne måten å bygge opp intervjuet på som intervjuguidens dramaturgi. Jeg opplevde at denne ”oppvarmingen” bidro til at de fleste av de jeg snakket med ble mer åpne og snakkesalige. Likevel var det åpenbart at enkelte var lettere å intervjuer enn andre, blant annet kom dette klart til uttrykk i hvor fyldige svarene til intervjudeltakerne var. Under intervjuene prøvde jeg å være empatisk og lyttende overfor intervjudeltakerne (Postholm 2005:166).

Når jeg begynte å nærme meg slutten på intervjuene, nevnte jeg dette overfor intervjudeltakerne, og oppmuntret dem samtidig om å legge noe til dersom de hadde mer på hjertet, både om temaer vi hadde snakket om og temaer vi ikke hadde berørt. Å gjøre dette gir ifølge Kvale (1997:76) ”den intervjuede nok en mulighet til å ta opp ting som han eller hun har tenkt på eller engstet seg i forkant av intervjuet.”

3.5 Telefonintervju

Av praktiske og økonomiske grunner måtte to av intervjuene gjennomføres som telefonintervju. Den praktiske gjennomføring av telefonintervjuene ble gjennomført ved at jeg satte mobiltelefonen på høyttaler og lot den stå ved siden av båndopptakeren. Det hevdes at telefonintervju har en rekke ulemper, blant annet vil intervjudeltakere i ”telefon modus” ikke åpne seg like lett når det gjelder sensitive tema som omhandler blant annet helse (Groves og Kahn 1979 i Shuy 2003). I tillegg vil man ikke gjennom telefonintervju kunne bruke eller registrere kroppsspråk (Shuy 2003). En fordel med telefonintervju, er at denne formen for intervju antas å redusere intervju effekten (ibid.). Den er også til stede, men da dreier det seg om en effekt av hvordan intervjueren stiller spørsmålene (Jacobsen 2005). For å minimere negative effekter med intervjuene brukte jeg litt tid i forkant av selve intervjuet til lett snakk. Ved telefonintervju er imidlertid intervjudeltakeren sårbar, ettersom han ikke kan kontrollere hvem jeg som forsker er. Dette har jeg forsøkt løst ved at intervjudeltakerne i forkant av intervjuene har fått tilsendt informasjonsskriv og signert samtykkeerklæringen.

3.6 Dokumenter

I forbindelse med forprosjektet til denne studien brukte jeg også ulike former for dokumenter som supplement til empirien, dette gjorde jeg for å få en større forståelse av fenomenet egenutført blodtrykksmåling. Dokumentanalyse skiller seg fra et intervjumaterialet, ved at dokumentene er skrevet for et annet formål enn det forskeren skal bruke dem til (Thagaard 2002). Hensikten med bruken av dokumentene har vært å få mest mulig informasjon om det teknologiske apparatet; blodtrykksmåleren. Denne bakgrunnsinformasjonen har vært basert på ulike former for forskningsmateriell, avisartikler, bladartikler, produktomtaler og annonser. Samlet sett har dette gitt ulik informasjon om blodtrykksmålere, hvilket har gitt et godt grunnlag for å belyse noen av de funnene som er gjort i analysen. Der dokumenter er brukt i studien, gjøres det henvisninger underveis.

3.7 Forskerens rolle

Det kvalitative forskningsintervjuet tar utgangspunkt i intervju som et sosialt møte eller som en interaksjon. Intervjuet kan således betraktes som en scene, der kunnskap blir produsert gjennom interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale 1997:75). I en slik forståelse impliserer dette i stor grad forskeren som medskaper i hele kunnskapsprosessen. I forlengelsen av dette hevder Kvale (1997) at i ethvert forskningsintervju vil det være et element av makt, hvor forskningsintervjuet innebærer et asymmetrisk maktforhold hvor forskeren er den som besitter makten.

Spørsmålet dette reiser er hvordan jeg som forsker hadde innflytelse på intervjuene? Både personlige egenskaper ved forskeren og kjennetegn som kjønn, alder eller sosial bakgrunn kan ha betydning for deltakerens reaksjoner, og er knyttet til hvordan han eller hun oppfatter forskeren (Thagaard 2002:98). Dette er personlige egenskaper ved meg som forsker som kan ha betydning for intervjudeltakernes reaksjoner, også omtalt som *forskereffekten*. Materialet vil uunngåelig bli preget av disse forventningene fra deltakerens side. Under spesielt et av intervjuene kunne jeg tidvis få en opplevelse av at jeg "bare" var en ung student. Dette intervjuet var med en middelaldrende mann som for meg, virket nokså arrogant. Et eksempel på dette er at han blant annet spurte meg under intervjuet "Er vi ferdig snart? Skulle ha tatt meg en røyk". Dette opplevde jeg som merkelig, og kanskje var det en provokasjon, ettersom vi berørte temaer om helse. Dette intervjuet utfordret meg som leder av intervjuet, og viste meg ganske godt at maktforholdet i intervjusituasjonen ikke nødvendigvis er asymmetrisk.

I tillegg kan forskerens kjønn være ett av flere ytre kjennetegn som kan ha betydning for hvordan intervjuet forløper (Thagaard 2002). Når forsker og intervjudeltaker er av samme kjønn, kan det gi et grunnlag for en innbilt felles forståelse. En kvinnelig intervjudeltaker kan referere til fellesskapet mellom kvinner ved å si: ”du som kvinne forstår vel at...”. (Thagaard 2002:79). I følge Thagaard (2002) kan intervjudeltakerne tro at intervjueren forstår fordi hun er kvinne (ibid. s.101). Min erfaring fra intervjuene var blant annet når jeg ba intervjudeltakeren om å utdype at hun karakteriserte badevekten som medisinsk måleinstrument svarte: ”*Ja, men ikke sant det er jo det, det vet du jo godt at den [badevekten] er*”. Dette kan kanskje ses i sammenheng med at det hevdes, i media og kanskje med rette, at kvinner er mer opptatt av vekt enn menn. I en slik forståelse kan det da være en selvfølge blant kvinner at badevekten fremstår som et medisinsk måleinstrument.

Det er imidlertid verdt å merke seg at når forskningsintervju forstås som interaksjon, kan en anta at intervjupersonene fremstiller seg selv i et positivt lys. Dette er i tråd med et interaksjonistisk perspektiv som med inspirasjon fra Goffman hevder at intervjupersonenes fortellinger kan ses som uttrykk for et ledd i en selvpresentasjonsprosess, hvor intervjudeltakerne ønsker å forhandle frem et foretrukket og respektabelt selv (Järvinen 2005). Et godt eksempel på dette i fra min studie er forholdet tilknyttet egenutført blodtrykksmåling som en måte å fri seg fra skyld på.¹⁰

3.8 Ethiske utfordringer

Når det gjelder forskning tilknyttet mennesker, reises en del etiske utfordringer. De etiske utfordringene er tilknyttet hele prosessen i et kvalitativt forskningsprosjekt, alt fra problemstilling til publisering av forskningen (Kvale 1997). Studien min berører i stor grad helse, og for å unngå uheldige virkninger av forskningen har det derfor gjennom hele forskningsprosessen derfor vært viktig å reflektere over etiske utfordringer.

Ved forskning på mennesker er det spesielt tre etiske regler man bør ta hensyn til; det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta (Kvale 1997, NSD).

Informert samtykke innebærer at intervjudeltakerne skal gi sitt frivillige, uttrykkelige og informerte samtykke (NSD). Frivillige samtykke baseres på at intervjudeltakerne er informert om at deltakelsen i studien er frivillig. I tillegg skal intervjudeltakerne ha informasjon om hvilke rettigheter de har som deltaker i studien (Kvale 1997, NSD). Uttrykkelig samtykke baseres på

¹⁰ Dette vil jeg komme nærmere inn på i delkapittel 6.5

at de skjønner hva konsekvensene av deltakelsen vil være, mens informerte samtykke innebærer at intervjudeltakeren vet hva studien omhandler. For å oppfylle dette kravet fikk intervjudeltakerene et informasjonsskriv. Jeg fremhevet at deltakelsen i prosjektet var frivillig. I tillegg informerte jeg intervjudeltakerne om at de kunne trekke seg fra studien når de måtte ønske, uten å oppgi noen grunn. Deretter signerte intervjupersonene samtykkeerklæringene. Samtykkeerklæringene ble så nedlåst i skuffen til veilederen min.

Konfidensialitet innebærer at man ikke skal offentliggjøre personlige data som kan avsløre intervjupersonenes identitet (Kvale 1997:68). Rent praktisk løste jeg dette ved at jeg opererte med fiktive navn på intervjudeltakerne. Forbindelseslisten mellom intervjudeltakerne, kontaktinformasjon og fiktive navn ble deretter nedlåst sammen med samtykkeerklæringene. Når det gjelder *konsekvenser* av deltakelse i studien, henviser Thagaard (2002:26) med referanse til NESH¹¹ (1993) at

”forskeren skal arbeide ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet. Forskning skal respektere individets frihet og selvbestemmelse. De menneskene som er gjenstand for forskning, skal ikke utsettes for økt risiko for fysisk eller psykisk skade eller belastning.”

Thagaard (2002) hevder at det er en utfordring å vite hva denne normen innebærer i praksis. At tanker rundt hypokondri var så utbredt blant intervjudeltakernes refleksjoner rundt egenutført blodtrykksmåling, gjorde det utfordrende for meg hvorvidt jeg skulle diskutere dette i oppgaven eller ei. Hypokondri brukes ofte som et skjellsord i dagligtalen, og det er ikke urimelig å tro at det kan være forbundet med skam. Med denne bakgrunn tenkte jeg dette kunne bli belastende for deltakerne dersom egenutført blodtrykksmåling skulle bli relatert til hyponderi. Jeg valgte likevel å ta dette aspektet med, ettersom hypokondere først og fremst ble forbundet med deres *tanker* rundt egenutført blodtrykksmåling, og ikke noe de var.

3.9 Analyseprosessen

Analyseprosessen skjer under hele den kvalitative forskningsprosessen. Likevel har jeg valgt å synliggjøre hvordan jeg rent praktisk har gjennomført analysen. Intervjuene ble som tidligere nevnt tatt opp på bånd. Deretter ble de transkribert i sin helhet, en prosess som førte materialet fra muntlig til skriftlig form. På denne måten ble intervjusamtalene tilgjengelig for analyse (Kvale 1997). Formålet med analysen var å få en helhetsforståelse av dataens meningsinnhold

¹¹ NESH er forkortelse for Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora

(Thagaard 2002:131). Etter transkribering leste jeg intervjuene hver for seg, hvor jeg stilte følgende spørsmål til datamaterialet mitt; Hva er det intervjudeltakerne er opptatt av? Hvorfor brukes blodtrykksmåleren? Hvilket forhold har de menneskene jeg snakket med til blodtrykksmåleren? Den praktiske gjennomføringen av analysen kan best karakteriseres som *temafokusert*, hvilket innebærer at det er temaene som er i fokus (Thagaard 2002). Med bakgrunn i blant annet de forannevnte spørsmålene, og de temaene jeg på forhånd hadde valgt, kodet jeg tekstene. Koding er en form for kategorisering av tekstene som innebar at jeg samlet all informasjon fra alle intervjuene i kategorier, eller hvor de 'hørte hjemme' (Richards 2005). En kategori var for eksempel "hypokondri". All informasjon som omhandlet hypokondri ble samlet fra alle intervjuene, og plassert i denne kategorien. På denne måten ble materialet mer oversiktlig. I forlengelsen av dette prøvde jeg å tolke blant annet hypokondri, de resterende kategoriene og funnene ut fra medisinsk sosiologiske perspektiver. I tilfelle med hypokondri førte det meg over til blant annet selvpresentasjon. Kategoriene ble utarbeidet på grunnlag av den teoretiske forforståelsen som jeg hadde med meg inn i prosjektet, og da hovedsakelig medisinsk sosiologiske perspektiver. Dette innebærer at jeg med en teknososiologisk referanseramme kunne ha fått et annet resultat enn som ble tilfelle med denne studien.

De begrep og kategorier jeg som forsker utarbeidet ut fra datamaterialet er mine tolkninger av dataene, og som forsker bidrar jeg til produksjon av kategorier og datene (Richards 2005). Dette bygger i stor grad på at jeg i studien anlegger et *konstruktivistisk* perspektiv på kunnskapsinnhenting, hvilket innebærer at kunnskap blir oppfattet som en konstruksjon av forståelse og mening skapt i møte mellom mennesker i sosial samhandling (Postholm 2005:21-23). Kunnskapen jeg i denne studien "får" om fenomenet egenutført blodtrykkmåling vil i et slikt perspektiv innebære at det er noe jeg som forsker selv aktivt er med på skape (Järvinen 2005, Fossåskaret 2005). Et konstruktivistisk perspektiv skiller seg fra en naturalistisk tilnærming, som bygger på en forståelse av at man kan avdekke den sanne sosiale virkeligheten gjennom intervjudeltakernes utsagn (Ryen 2006).

Som medskaper i hele forskningsprosessen er det viktig å reflektere over hvordan data skapes, med spesiell vekt på hvilken betydning jeg som forsker har i denne prosessen (Richards 2005). Både mine holdninger, atferd og forforståelse har betydning i denne sammenheng. Personlig har jeg ikke inngått på feltet helt nøytralt, og jeg anser meg selv som veldig opptatt av helse og velvære, og er bevisst det ansvaret jeg selv mener jeg har for egen helse. I forlengelsen av dette er jeg i tillegg en av dem som aktivt bruker ulike former for teknologi for å overvåke kroppen

min og dens ytelser i hverdagen. Som oftest bruker jeg en skritteller når jeg er ute og triller sønnen min på snart 4 måneder. I tillegg mener jeg pulsklokken er uunnværelig i forbindelse med trening, da jeg anser at denne bidrar til at jeg yter mer på treningene og gir meg mulighet til å følge med treningsutviklingen. Gjennom denne teknologien overvåker jeg selv kroppen min og dens ytelse, og mener at teknologien bidrar til at både trilleturene og treningen blir morsommere. Sammen bidrar denne teknologien til å gi meg kontroll over kroppen, og til å pushe meg selv det lille ekstra som ofte må til for å få best mulig utbytte av treningen. Teknologien jeg bruker er forskjellig fra blodtrykksmåleren, men fellesnevneren er at de alle bidrar med å overvåke kroppen.

Det er rimelig å anta at holdningene jeg selv har omkring helse, og det faktum at jeg selv bruker “kroppsteknologi” nok har hatt innflytelse på forskningen, selv om jeg har prøvd å være så nøytral som mulig i hele prosessen. Dette er ikke nødvendigvis en ulempe, og uansett utenfor min makt å bøte på (Richards 2005). Poenget er at dette er sentrale aspekter ved forskningsprosessen og viktig å reflektere over (ibid.).

3.10 Vurdering av data

Kvalitativ forskning blir ofte kritisert for å ikke fremskaffe valide data og for manglende reliabilitet (Ryen 2006), men jeg har ikke til hensikt å gå nærmere inn på denne diskusjonen her. All forskningsmetode, må tilfredsstillende de grunnleggende krav som vi stiller til verktøy som skal bidra til å levere vitenskapelig kunnskap, og vurdering av forskningenes kvalitet har tradisjonelt blitt bedømt på grunnlag av kriteriene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Kvale 1997). Thagaard (2002) mener disse begrepene er mindre egnet til kvalitativ forskning, og introduserer i denne sammenheng begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. *Troverdighet* handler om man redegjør for hvordan data utvikles (ibid.). I metodekapitlet har jeg gitt beskrivelser for fremgangsmåten, samt diskutert noen av de valgene jeg har tatt underveis i forskningsprosessen. Med denne bakgrunn gir jeg dermed leseren, i en viss grad, mulighet til å kontrollere undersøkelsens troverdighet. *Bekreftbarhet* er knyttet til vurderinger av de tolkningene undersøkelsen fører til (Thagaard 2002:170). Dette innebærer at man bør være kritisk til egne tolkninger, i tillegg bør tolkninger fra ulike studier kunne bekrefte hverandre (ibid.). Jeg har som forsker forholdt meg kritisk til de funnene jeg har gjort, og gjennom ulik litteratur har flere av funnene mine fått støtte fra annen forskningslitteratur. I tillegg benytter jeg meg av direkte utsagn fra intervjudeltakerne, og all analyse er gjort med bakgrunn i intervjudeltakerenes utsagn. I et interaksjonistisk perspektiv anses

intervjusituasjonen som preget av intervjupersonenes sosiale identitet, hvor man søker å fremstille et presentabelt selv (Järvinen 2005). Dersom dette er riktig, kan intervjuene ses som en måte intervjudeltakerne ønsker å fremstille seg, og hvor utsagnene ikke nødvendigvis representerer 'sannheten'. Likevel har dette verdier i seg selv, da det gir indikasjoner på hvilke normer og forventninger som ligger i samfunnet. *Overførbarhet* er i følge Thagaard (2002:170) knyttet til den forståelsen som utvikles innenfor rammen av et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre studier. I tillegg innebærer dette at forskere som har kjennskap til feltet skal gjenkjenne temaene som blir tatt opp (ibid.). Utvalgets størrelse består av kun 12 personer, hvilket gjør at resultatene ikke kan overføres til alle som bruker personlig blodtrykksmålere. Til tross for dette antar jeg likevel at studien forteller noe viktig om bruken av personlig blodtrykksmåler spesielt, og medisinske måleinstrument generelt. Grunnlaget for tolkningene som er gjort i denne studien er gjort så eksplisitt at jeg mener de kan vurderes som overførbare til studier av andre medisinske måleinstrumenter, ment til bruk i hjemmet. Spesielt tror jeg dette er relevant når det gjelder forholdet mellom bruk av egne personlige måleinstrument og monitorering av en gitt risiko.

Kapittel 4. Det teoretiske rammeverket

Siktemålet med dette kapitlet er å redegjøre for relevant teori for min studie. Teorikapitlet vil i hovedsak ta for seg teorier rundt helse, risiko og medikalisering, men vil også omhandle sosiologiske teorier om kropp og helse i forbrukerkulturen, med spesiell vekt på Featherstone (1991) og Shilling (2003). Den første delen av kapitlet tar for seg teorier knyttet til medikaliseringen og dens kjennetrekke, og starter med en redegjørelse av helsebegrepet. Deretter vil risiko og aspekter relatert til risiko vektlegges, da dette etter min mening gir viktig forståelse for hvordan vi kan forstå bruken og eventuelle begrensningene tilknyttet personlig bruk av blodtrykksmålere.

4.1 Helsebegrepet

I følge Gjernes (2004) fins det ingen entydig definisjon av begrepet helse. Helse kan forstås og defineres på ulike måter, og avhenger av vitenskapelig ståsted, teoretisk perspektiv og verdier. I tillegg er forestillinger om helse og sykdom kulturspesifikke, det vil si at de varierer med tid og sted (Lian 2007, Nettleton 2006). I følge Lian (2007:42) viser ethvert begrep om helse og sykdom tilbake på sosiale normer om hva vi anser for å være normalt eller ønskelig. Disse normative vurderingene er bygget inn i selve sykdomsoppfatningen, og er formet av sosiale og kulturelle kjennetegn ved det samfunn de oppstår i og inngår i (ibid.).

Ofte opereres det med et negativt og et positivt helsebegrep (Bury 2005, Gjernes 2004). Den negative helseforståelsen bygger på fravær av sykdom, og tilknyttes ofte biomedisinen (Gjernes 2004, Bury 2005). Biomedisinen er hovedsakelig basert på objektivitet, som på sin side involverer empirisk observasjoner og induksjoner (Nettleton 2006). I følge Malterud (2006a:199) reflekterer biomedisinens vitenskapsideal en tiltro til fakta og universelle sannheter, hvor sykdom blir ansett som funksjonsfeil i ett eller flere organer. Helse blir ansett som fravær av slike objektive feil (Gjernes 2004, Bury 2005). I en biomedisinsk referanseramme blir helse oppfattet som normaltilstanden og sykdom som avvik fra normalen.

I motsetning til det negative helsebegrepet står det positive helsebegrepet, hvilket er en helseforståelse som bygger på at helse ikke bare må forstås som fravær av sykdom og biologiske funksjonsfeil, men at helse også er funksjon og forenlig med visse grader av sykdom (Gjernes 2004:151). En velkjent positiv helseforståelse er den vi forbinder med Verdens helseorganisasjon (WHO), som definerer helse som "*fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære*" (WHO i Gjernes

2004). I det ligger en forståelse av man kan oppleve god helse selv om man har en sykdom. Det blir ofte hevdet at denne helseforståelsen blir for omfattende, og at helse og velvære blir blandet sammen (Gjernes 2004:150, Bury 2005). Kritikken mot helsebegrepet kan i all hovedsak samles opp i spørsmålet: Hva innebærer egentlig fullstendig velvære? Selv om denne helseforståelsen med rette nok blir betraktet for å være for omfattende, ligger styrken i denne helseforståelsen at det inkluderer en subjektiv side i helsebegrepet, forstått på den måten at enkeltindividets egne opplevelser av helse har stor betydning i forståelsen av hva helse er.

Hva angår den sosiologiske forståelsen av helsebegrepet, bygger den på en oppfatning av at legfolks forståelse av helse, både omfatter et positivt og et negativt helsebegrep (Lupton 1995, Bury 2005). Dette innebærer at det ikke finnes noen særegen helsedefinisjon blant legfolk, men at legfolks forståelse av helse inneholder elementer fra begge de respektive helseforståelsene. Nettleton (2006:34) hevder i forlengelsen av dette at legfolks helseforståelse, er skapt av blant annet menneskers miljø, herunder den kulturelle konteksten, sosial identitet og biografi. Legfolks syn på helse og sykdom er derfor individuelle og sosiale, og er influert av rådende sosiale og medisinske ideologier (Nettleton 2006). Gjernes (2004) viser med referanse til Hannerz (1992) at det folkelige helsebegrepet er preget av kulturell flyt. I det ligger det en forståelse av at den folkelige helsemodellen er preget av en kontinuerlig tilgang på informasjon og meningsdannelser som hele tiden strømmer mot folk fra flere forskjellige kilder (Hannerz i Gjernes 2004:151). Dette innebærer blant annet at media, reklamer, ukeblader og treningssenter er viktige normsendere for hva som er helse. Interessant for mitt formål er å se på hvilket helsebegrep som dominerer blant brukerne av blodtrykksmåleren, og om biomedisinens objektive helseforståelse får større plass enn den subjektive, folkelige helseforståelsen.

4.2 Medikaliseringsprosessen

I dagens samfunn betegnes helse som et ubetinget stort gode, og som den viktigste verdien etter mat og husly (Løchen 1971:9, Christie 2000). I forlengelsen av dette hevder Petersen og Lupton (1996) at helse og midlene for å oppnå god helse er ansett som noe av det viktigste i vår tid. Løchen (1971:10) hevder at helseinstitusjonen har fått en så fremtredende plass i dagens samfunn at det ikke er urimelig å hevde at samfunnet er i ferd med å bli et behandlingssamfunn. I det ligger en forståelse av at man ønsker å gi behandling i langt større målestokk og til langt flere enn noensinne. Denne prosessen betegnes av andre teoretikere som medikalisering, hvilket betyr ”å gjøre medisinsk” (Conrad 1992:210, De Maio 2010). I følge Zola (1983 i De Maio 2010) er medikalisering en prosess hvor en stadig større del av hverdagslivet har havnet under medisinsk herredømme,

innflytelse og tilsyn. I tillegg blir stadig ikke-medisinske problemer definert og behandlet som sykdommer og uregelmessigheter (Conrad 1992). Et aktuelt eksempel på dette er dagens diskusjon om hvorvidt komplisert sorg skal inngå som en egen diagnose innen DSM-5¹² (Dyregrov 2006). Motstanden mot å gi sorg en diagnose er at sorg ikke er en sykdom i seg selv, men tvert i mot en normal reaksjon på en vanskelig og unormal byrde. Denne diskusjonen er et godt eksempel på at tilstander som før ikke har blitt omfattet av medisinske klassifikasjoner omdefineres til medisinske tilstander.

I følge Lian (2007:44) kommer medikaliseringen til uttrykk på minst tre hovedområder. For det første kommer naturlige prosesser som aldring, overgangsalder og graviditet i tillegg til småproblemer og personlighetstrekk i stadig større grad inn under medisinsens lupe (ibid.). Dette kan blant annet illustreres gjennom menstruasjon, som i ICD-10¹³ kan få ulike diagnoser avhengig av hvor mye man blør, samt hvor mye smerter man har under hver menstruasjon. Disse diagnosene eller helseproblemene, kan man få medikamentell behandling mot.¹⁴ I tillegg blir flere naturlige prosesser i livet medikalisert, spesielt kommer dette til uttrykk ved at aldring og død skal bekjempes og blir i mindre grad ansett som en naturlig del av livet (Lian 2007:44).

Et tredje hovedtrekk ved medikaliseringen er risiko for fremtidig sykdom (Lian 2007:45). Gjennom begrepene forebygging og risikogrupper, har det medisinske perspektivet blitt betraktelig utvidet, da ny teknologi for måling og monitorering av kroppens indre tilstand, koblet sammen med epidemiologisk kunnskap åpner opp for å iverksette medisinske tiltak på ”potensielt syke” mennesker (Skolbekken 2010, 2000, Svensson 1998). Sentralt i denne prosessen er teknologien, som ikke bare gjør det mulig å oppdage sykdom, men også hvilke mennesker som er disponert for å få bestemte sykdommer i framtiden (Lian 2007: 45). Blodtrykksmåleren er i denne forbindelse et godt eksempel, for uten blodtrykksmåleren kunne ikke høyt blodtrykk blitt avdekket. Poenget her er at man gjennom bruk av teknologi kan påvise risikofaktorer eller disponering for en gitt sykdom, altså om man har potensiale for å utvikle en lidelse på bakgrunn av eksempelvis DNA- prøver. Det er imidlertid verdt å merke seg at en disponering for sykdom ikke nødvendigvis medfører sykdom, men at disposisjon er en risikofaktor for å utvikle sykdom.

¹² DSM-5 er forkortelsen for den internasjonale diagnosemanualen for psykiske lidelser

¹³ ICD-10 står for Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

¹⁴ http://www.nevrologi.no/asset/49004/1/49004_1.pdf

Det de ulike trekkene ved medikaliseringen har til felles, er at medisinen i økende grad inngår som en form for samfunnsmessig reaksjon på avvik, hvor medisinen har overtatt eller erstattet religion som den dominerende moralske ideologien og sosial kontroll institusjon i det moderne samfunnet (Conrad 1992, Lian 2007). I dette ligger det en forståelse av at avvik blir tolket som patologi og definert som en medisinsk tilstand (Løchen 1971, Lian 2007). Slike definisjoner kan endre våre normer omkring hva som er normalt og naturlig (Lian 2007). Hvis vi vender tilbake til eksempelet med hvorvidt sorg er en diagnose, så vil dette være et godt eksempel på at medisinen inngår som en kontrollfunksjon for å bestemme hva som er avvikende og ikke avvikende. Poenget er at gjennom medikaliseringen blir vår toleranse for avvik mindre, og vi intensiverer arbeidet for normalisering (Lian 2007:64). Dette gjør individene i følge Foucault ved å innrette seg etter de medisinske normene om helsefremmende livsstil gjennom å regulere eller disiplinere seg selv (Foucault 1990 i Gjernes og Måseide 2008). Egenutført blodtrykkmåling kan i denne sammenheng ses som en måte å tilstrebe normalisering, forstått på den måten at man søker den medisinske normen av hva som er normalt for blodtrykket. Hvorvidt dette er tilfelle vil bli forsøkt belyst i den videre gangen av oppgaven.

Folk flest blir under medikalisering ofte hevdet å være passive og ukritiske til ekspansjonen til den moderne medisin, og ofte ansett som uskyldige offer for medikaliseringen (Lian 2007:54, Williams og Calnan 1996). Likevel blir individene, i likhet med det medisinske systemet, kulturen, legemiddelindustrien og massemediene, i tillegg til kommersielle og markedsinteresser betraktet som viktige drivkrefter i medikaliseringsprosessen (Lian 2007, Conrad 2005). Individens rolle i medikaliseringsprosessen ses i sammenheng med individens behov for å ha god helse, passe inn, føle velvære og trygghet (Lian 2007). For mitt formål innebærer dette at menneskene som bruker blodtrykksmåleren etterspør blodtrykksmåler fordi de ønsker og har behov for det.

Enkelte forskere tar til ordet for at det har skjedd en dreining i retning av en *demedikalisering* (Williams og Calnan 1996). Argumentet er at det er vanskelig å akseptere at individer er passive og ukritiske til den moderne medisinen (ibid.). I forlengelsen av dette mener Williams og Calnan (1996) at det er i ferd med å vokse frem en kritisk distanse mellom den moderne medisin og legfolk. Legfolk anses ikke som passive og ukritiske, ei heller lar de seg føre bak lyset av den medisinske ideologien og teknologien uten å stille spørsmål. Dette knytter de opp mot sosial *refleksivitet*, som de mener er et viktig kjennetegn i et senmoderne samfunn, preget av en evigvarende sirkel av revurderinger og justeringer på bakgrunn av ny informasjon og kunnskap, en prosess som omfatter alle aspekter ved det sosiale liv, fra moderne medisin til kroppen og

selvidentitet (ibid.). I denne prosessen skapes tillit og tvil til eksperter, blant annet til den moderne medisin. Dette kompliseres også av det faktum at kunnskapen er midlertidig (ibid.). Godt eksempel på dette i helsesammenheng er den pågående lavkarbo- debatten, hvor eksperter strider og gir ulik informasjon om hvorvidt lavkarbo er sunt eller farlig. Media spiller en viktig rolle i denne prosessen ved at den bidrar til å skape en økende kritisk informert befolkning. Samlet sett bidrar dette til å skape en kritisk distanse til den moderne medisin. I denne sammenheng vil egenutført blodtrykksmåling kunne forstås som et resultat av menneskers mistillit til eksperter og den moderne medisin. Hvorvidt dette er tilfelle, er forhold som vil bli forsøkt belyst i oppgaven.

4.3 Man er sin egen helsesmed

Vi blir mottakelige for medikaliseringen ved at det å ta vare på vår egen helse har en verdi i seg selv (Lian 2007:55). Dette er nært forbundet med individualisering som er et sentralt kjennetegn ved senmoderniteten (Beck og Beck-Gernsheim 2002). *Individualisering* medfører en rekke sosiale utviklingstrekk som hovedsakelig er karakterisert av to faktorer. På den ene siden, betyr individualisering oppløsning av tidligere eksisterende sosiale former som sosial status, kjønnsroller, familie og nabolag (Beck og Beck-Gernsheim 2002:2). Videre får individene som en konsekvens av denne utviklingen, mer ansvar for seg selv og sine handlinger (ibid.). Dette kommer spesielt godt til uttrykk ved at helse og sykdom i dagens samfunn blir betegnes som tilstander den enkelte selv er ansvarlig for (Møen 2002, Beck og Beckgersheim 2002, Nettleton 1997). Dette ses i sammenheng med at helse regnes mer som et produkt av sosial atferd enn bare et biologisk fenomen (Nettleton 2006). I forlengelsen av dette fremhever Beck og Beck-Gernsheim (2002) at *helse* og *ansvar* er to grunnleggende verdier som er uløselig knyttet sammen i dagens individualiserte samfunn. Mennesket har fått i oppgave å kontinuerlig overvåke og forme sin egen helsetilstand (Møen 2002). Sentralt i denne forståelsen er et syn på at helse kan fremmes, og sykdom kan forebygges, gjennom identifikasjon og kontroll av risikofaktorer, hvor individene har en plikt til å vedlikeholde, bidra og sikre egen helse (Nettleton 1997). Helse blir slik sett en oppgave og en prestasjon for det ansvarlige individ, som må beskytte og følge med sin egen helse, eller ta konsekvensene dersom sykdom oppstår (ibid.). Egenutført blodtrykksmåling kan i denne sammenheng ses som et resultat av individers ansvar for egen helse. Interessant for mitt formål blir å se om ansvar for egen helse gis som en viktig begrunnelse monitoreringen av blodtrykket.

4.4 Risiko og forebygging

Gjennom risiko og forebygging ekspanderer medisinen i samfunnet. Begrepet risiko har stor utbredelse i samfunnsvitenskapen, og som kulturelt fenomen favner begrepet risiko bredt: fra global til individuell risiko (Middelthon 2005:763). Innen sosiologien blir betegnelsen *risikosamfunn* brukt om dagens vestlige samfunn (Beck 1992, Giddens 1991, Lupton 1999). Både Beck (1992) og Giddens (1991) ser risiko som sentralt element i det senmoderne samfunnet og det refleksive selvet. I forlengelsen av dette hevder Skolbekken (2000, 2010) at risiko har fått en så fremtredende plass i dagens samfunn at det ikke er urimelig å hevde at man står overfor en *risikoepidemi*. Til tross for at menneskets liv er blitt sikrere enn noen gang, blir vi stadig mer opptatt av potensielle risikoer og farer. Dette beskrives ofte som ”helseparadokset”, hvilket betegner et fenomen der vi har det bedre, men vi kjenner oss dårligere (Barsky 1988). Risiko blir ofte forbundet med noe negativt, og symboliserer fare (Lupton 1995, Gabe m.fl. 2004).

Gjennom den forebyggende medisinen og medikaliseringen har risiko fått stor betydning i helsesammenheng. Medikaliseringen øker kunnskapsmengden og det blir flere testmuligheter for å avsløre risiko for sykdom (Anderssen 2008:87). Et av de viktigste poengene vedrørende risiko er at man gjennom teknologien kan avdekke sykdommer, men også hvem som er disponert for å få ulike sykdommer (Lian 2007). Lupton (1995) hevder at helserisikoer dukker opp overalt, og fremhever at ulike former for risikoer konstant preger overskrifter i ulike aviser og magasiner. Gode eksempler på dette fra mitt tema er overskrifter som de nevnt innledningsvis¹⁵. Armstrong (1995) hevder at avdekkingen av risikofaktorer er et godt eksempel på overvåkingsmedisinen.

Overvåkingsmedisinen er den betegnelsen han betegner den nye medisinen som dukket opp i det tyvende århundre, som baserte seg på en overvåking av befolkningen. Poenget til Armstrong var at det utydelige skillet mellom helse og sykdom, mellom hva som ble betegnet som normalt og patologisk, innebar at den medisinske overvåkingen måtte intervenseres i befolkningen. I dette lå det at befolkningen måtte overvåke seg selv (Armstrong 1995). Anderssen (2010) hevder i denne forbindelse at å gjøre de riktige valgene i forhold til helse krever en justering av egen hverdagspraksis, der den forebyggende medisinen blir innvevd i folks hverdagsliv (ibid:282).

I følge Lupton (1995) finnes det i hovedsak to perspektiver på helserisiko. For det første finner vi en ekstern helserisiko som betegner en helsetrussel for de menneskene som er utsatt for miljøtrusler som forurensning, atomavfall etc. Dette er en helsetrussel individet selv har liten innflytelse på.

¹⁵ Se kapittel 1.1

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at over tre millioner mennesker dør for tidlig hvert år på grunn av utendørs og innendørs forurensning (Regjeringen 2012). Sot, metan og hydrofluorkarboner som står for det meste av denne forurensningen, er eksterne helsetrusler, forstått på den måten at enkeltindividene ikke har (mye) kontroll over trusselen (Lupton 1995). I kontrast til dette anlegger det andre perspektivet en forståelse av helserisiko som i stor grad er forbundet med de livsstilsvalgene som individene har tatt (ibid.). Risiko blir i en slik forståelse, en intern helserisiko, og noe individene i stor grad kan kontrollere selv. I forlengelsen av dette hevder Lupton (1999) at mennesker er oppmuntret til å søke informasjon om risiko og til å ta steg for å unngå risiko i så stor grad som mulig.

Forskningslitteraturen innehar et bredt spekter av en teoretisk forståelse av risiko. Tradisjonelt har Parsons sykerolle utgjort en konseptuell ramme for forståelsen av hva en pasient er, samt hvilke rettigheter og plikter en syk møter (Parsons 1988). Risikanter skiller seg på mange måter fra sykerollen, ved at risikanten ikke er syk, men har en sannsynlighet for å utvikle sykdommer (Gjernes og Måseide 2008). I tillegg er dagens sykdomsbilde preget av kroniske sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og lungesykdommer (Folkehelse rapport 2010:2). Disse sykdommene viser utfordringer i forhold til Parsons sykerolle, ettersom disse sykdommene ofte blir satt i sammenheng med livsstil og at sykdommene vedvarer over lenger tid. Dette er i kontrast til Parsons sykerolle hvor sentrale aspekt ved sykerollen var at individer ikke kunne tilskrives ansvar for den medisinske tilstanden, i tillegg til at sykerollen var en midlertidig rolle (Parsons 1988). Risikollen en medisinsk institusjonell rolle med sykerollen, ettersom det er en begrenset gruppe mennesker som blir risikopasienter (Gjernes og Måseide 2008). Anderssen (2000) hevder at det foreligger lite litteratur om hvordan det er å *leve med* risiko og hvordan risiko fortolkes, og hvilke konsekvenser risiko får for folks liv. Studien til Anderssen (1998)¹⁶ gir viktige bidrag for å forstå hvordan det er å leve med risiko. I studien fra 1998 har Anderssen intervjuet personer, hovedsakelig menn fra en bygd i Nord-Norge som har hatt forhøyet risiko for å få hjerte-karsykdom (Anderssen 1998). Funn fra studiene til Anderssen viste at å leve med risiko var problematisk, og hun fremhevet at det å leve med risiko for de fleste innebar usikkerhet og redsel for å bli syk (Anderssen 2000:89). Bakgrunnen for dette var at å være i risiko sjelden gav utslag i symptomer, noe som medførte at kontrollene hos helsevesenet ble viktig, da det var her de fikk informasjon om de var frisk eller syk (Anderssen 2000). De kroppslige signalene ble kilde til bekymring, og risikantene måtte med dette grunnlag forholde seg annerledes til kroppslige symptomer. Dette handlet om at de som var i risiko

¹⁶ Studien ”No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko i to nord-noske kystsamfunn” (Jorid Anderssen 1998).

var engstelige når de opplevde symptomer, og symptomer ble ofte fortolket som tegn på mulig sykdom. Det oppstår en risikofokusering som skaper en forståelse av at kroppen ikke lenger er til å stole på. Selv om de menneskene Anderssen snakket med syntes det var vanskelig å forholde seg til risiko, ville de ikke ha vært foruten denne kunnskapen (Anderssen 2000:91). Anderssens bidrag i forhold til hvordan det er å leve med risiko, kan gi en viktig forståelse av hvordan forholdet til egen kropp blir endret eller oppleves blant de som er i risiko. Kan egenutført blodtrykksmåling i en slik forståelse handle om at kroppen ikke lenger er til å stole på?

4.4.1 Risiko – skyld og skam

Sykdom og risiko blir i dag ansett som et resultat av individets manglende viljestyrke, moralske svakhet eller latskap (Lupton 1995, Møen 2002). Selv om det er mer enn enkeltindividets atferd som spiller inn for utvikling av fremtidig sykdom og at risikofaktorer ikke er en absolutt årsak for sykdom, bidrar fokuseringen på hvert enkelt individs atferd til å ansvarliggjøre individer for fremtidig helsetilstand (Anderssen 2010:282, Marantz 1990). Marantz (1990) stiller spørsmål ved om vi har kommet til et punkt i det helsebevisste samfunnet hvor alle individer som lider av livsstilssykdommer må ta ansvar når sykdom oppstår? Når risiko i så stor grad blir ansett som mangel på viljestyrke, blir det symbolske forholdet mellom synd og risiko snudd på hodet (Lupton 1995). De som blir ansett å være i risiko blir de syndige, og således ikke syndet mot, på grunn av deres tilsynelatende villighet til å utsettes for risiko. Disse beskrives som risikotakere (ibid.). Dersom de utfordrer helserisikoen fremstilles de som irrasjonelle og uansvarlige. Dette er i kontrast til en parsoniansk sykdomsforståelse, hvor sykdom ble definert som en tilstand som den enkelte ikke kunne ha ansvar for (Parsons 1988). Poenget er at ansvarliggjøringen av individer kan føre til forestillinger om at all sykdom og død kunne ha vært forebygget, og at en ikke kan overse at dette kan resultere i skyld, skam og ”victimblaming”, dersom uhelse og sykdom oppstår (Lupton 1995, Møen 2002, Marantz 1990, Anderssen 2010). Sosiale reaksjoner på sykdom knyttes ofte opp mot stigmabegrepet til Goffman. Stigma inngår i Goffmans teorier om identitetsdannelse, og brukes innen den medisinske sosiologien for å betegne sosiale reaksjoner på sykdom. Begrepet stigma viser hos Goffman (1963:13) til en attributt som har dårlig omdømme. I følge Goffman (1963:14) vil ethvert samfunn plassere mennesker og dets egenskaper i kategorier, hvor på man skiller mellom de normale, de potensielt diskrediterte og de diskrediterte. De ulike kategoriene inneholder visse beskrivelser og egenskaper ved gruppens medlemmer, som formes og forstås ut fra det Goffman betegner som *tilsynelatende sosial identitet* (Goffman 1963:12). Den kategorien individet egentlig tilhører og de egenskaper han faktisk har, betegnes som individets

faktiske sosiale identitet. Stigma betegner Goffman (1963:12) som den prosessen hvor det oppstår et sprik mellom den tilsynelatende identiteten og den faktiske identiteten. Goffman hevder videre at stigma vanligvis enten dreier seg om en fysisk skavank, karakterbrist og/eller tilhørighet til en stigmatisert gruppe (Goffman 1963:14). Mennesker med livsstilssykdommer kan forstås som bærer av et stigma som er relatert til karakterbrist, hvilket henspiller på individenes viljesvakhet (Goffman 1963:14). Det er viktig å bemerke at stigma er en sosial konstruksjon. I dette ligger det at en egenskap blir stigmatiserende fordi egenskapen eller attributten innen det sosiale miljøet anser egenskapen som stigmatiserende for disse personene (Goffman 1963). Hvilke egenskap som blir stigmatiserende, avhenger derfor av hva man forventer av personer. På denne måten har helse en moralsk dimensjon, hvor sykdommer og medisinske tilstander kan få konsekvenser for selvidentiteten (Bury 2005). Poenget her er å synliggjøre at den sterke vektleggingen av ansvaret for egen helse, kan resultere i skyld og skam dersom sykdom oppstår. Dette er interessant for mitt formål, da dette kan tenkes å ha konsekvenser for individenes bruk av blodtrykksmålere.

4.4.2 Det forebyggende kjønn

Anderssens studerte menneskers opplevelse av å leve med risiko, men hun fant også at det var forskjell på menn og kvinners tilnærming til helse, forebygging og kropp (Anderssen 1998). Ulik forskningslitteratur viser at det er forskjell på menn og kvinner når det gjelder helse og forebygging. Courtenay (2000) viser at menn i USA i gjennomsnitt dør 7 år tidligere enn kvinner, i tillegg til at menn har den høyeste dødsraten blant de 15 vanligste dødsårsakene i USA. Tall fra Norge viser at iskemisk hjertesykdom, som i 2010 ble betegnet som den vanligste dødsårsaken i Norge, forårsaket flere dødstill blant menn enn kvinner i Norge samme året.¹⁷ Videre viser tall fra Norge at kvinner lever 4,5 år lengre enn menn i gjennomsnitt (Sandnes 2007/37).

Anderssen (1998) viser i sin studie at menn og kvinner ikke bare forholder seg ulikt til helse og sykdom, men også til bruk av helsevesenet. Blant annet er kvinner mer opptatt av å fremme helse enn menn, noe som blant annet kommer til uttrykk gjennom at kvinner bruker helsevesenet mer enn menn (Anderssen 2008). I tillegg hevder Anderssen (2006) at helse som verdi er viktigere for kvinner enn for menn. I studiene til Anderssen (2008) viser hun også at mennene overlater til andre å finne ut at de er syke, de er kritiske og bryr seg lite verken om forebygging eller helse. Tall fra Norge viser at kvinner bruker både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mer enn menn

¹⁷ <http://www.ssb.no/dodsarsak/>

(Sandnes 2007/37). Et av hovedfunnene i Anderssens (2008) studier er at mennene mener at helse og sykdom er et kvinnedomene. Videre viser Anderssen (2008) med referanse til Shi (1998) og Wardle et.al. (2004) at kvinner lever sunnere enn menn.

Den teoretiske forståelsen som disse studiene formidlet, var at menns manglende vilje til forebygging av uhelse ble koblet sammen med *maskulinitet*, hvor det å bry seg om helse blir ansett som feminint. Courtenay (2000) hevder at bak en slik forståelse ligger en oppfatning av at kjønn ikke er noe man er, men noe man gjør i interaksjon med andre. ”*Most importantly, gender does not reside in the person, but rather in social transactions defined as gendered*” (Crawford 1995 og Bohan 1993 i Courtenay 2000:11). Menn framstår og vil være uavhengige, sterk, robust og tøff (Courtenay 2000:1387). Det å ta vare på helsen sin er en sosial konstruert form for feminitet. Menn og gutter som viser en slik atferd og dermed handler ut fra feminine normer risikerer å få maskuliniteten sin redusert og til å bli stemplet som ”sveklinger” og ”pyser” (ibid.).

Det disse studiene gir uttrykk for, er at maskulinitet er et sentralt stikkord når man skal forklare menn og kvinners forskjeller rundt forebygging av uhelse og sykdom. Interessant for mitt formål kan være å se på om det er forskjell på menn og kvinner når det gjelder egenutført blodtrykksmåling.

4.5 Kroppen i forbrukerkulturen

Den økte vekten på helse og kropp har også ført til en kommersiell og konsumentrisk interesse for både kropp og helse, og i dag ser vi et økende kropps- og helsemarked, som tilbyr medisinske måleinstrumenter og en rekke andre helseprodukter. Forbrukerkulturen er blitt en sentral del av dagens samfunn, og det skjer en kommersialisering av helse hvor individer i økende grad blir ansett som helsekonsumenter som vil konsumere sunne livsstiler og ”kjøpe” helse (Nettleton 2006, Featherstone 1991, Gjernes 2004). Sentralt innen forbrukerkulturen er vekten på kroppen. Reklamer og media bidrar innen forbrukerkulturen med å skape moteriktige bilder av kroppen (Featherstone 1991). Fokuset på kroppelig vedlikehold og dens utseende kommer til uttrykk ved at kroppens ytre og indre skal vedlikeholdes (ibid.). Den indre delen av kroppen refererer til det som angår helsen og optimal funksjon av kroppen, noe som medfører og krever vedlikehold og reparasjon når sykdom og svekkelse truer som en konsekvens av at aldringsprosessene inntreffer (ibid.). Den ytre kroppen referer til utseende, men også dens bevegelse og kroppslig kontroll innen det sosiale rommet (ibid.).

Det som gjør oss mottakelig for denne kroppsfolkeringen i forbrukerkulturen kan ses i sammenheng med at det store fokuset på forebygging og risiko bidrar med å skape et bilde av kroppen som farlig og problematisk, ettersom den står i fare for å bli rammet av sykdom (Lupton 2003). I likhet med Giddens (1991) argumenterer Shilling (2003) for i et samfunn som domineres av risiko og usikkerhet, har kroppen blitt en mer sikker gjenstand som individer kan utøve kontroll over:

“Investing in the body provides people with a means of self expression and a way of potentially feeling good and increasing the control they have on their bodies. If one feels unable to exert control over an increasingly complex society, at least one can have some effect on the size, shape and appearance of one’s body” (2003:6).

Poenget er at i en tid hvor vår helse er truet av globale farer, blir vi sterkt oppmuntret til å ta vare på oss selv. Shilling (2003) hevder at kroppen i dagens samfunn blir ansett som et prosjekt som må jobbes aktivt med som en del av individets selvidentitet. I dette ligger en forståelse av at kroppen best kan forstås som et formbart biologisk og sosialt fenomen hvor kroppen påvirkes av både sosiale og biologiske forhold (ibid.). Dette innebærer at kroppen er uferdig i den forstand at den innenfor kroppens biologiske begrensninger, gjennom blant annet livsstil, kan formes til hva som er ønskelig (Shilling 2003). Den sterke vekten på at individer må ta vare på seg selv (self-regimes) krever at hvert individ tar inn over seg det faktum at kroppen er et prosjekt der både dens indre og ytre skal overvåkes, pleies og vedlikeholdes. Dette fremmer et image av kroppen som *ditt eget lille tempel* som individer selv kan ivareta sikkerheten for, i en verden som er full av uunngåelige og mangfoldige risikoer (Shilling 2003). Aksepteringen av kroppen som prosjekt innebærer at individene vedtar at kroppens størrelse, utseende, form og innhold, har potensial til rekonstruksjon, og gjennom hardt arbeid og årvåkenhet kan kroppen bli formet til hva som er ønskelig (ibid.). I denne sammenheng spiller den medisinske vitenskapen en sentral rolle da den er med på å endre våre grenser for våre fysiske kropper (Nettleton 2006). Shilling (2003) hevder i denne forbindelse at individers streben etter å konstruere og opprettholde sunne kropper er gode eksempler på populære kroppsprosjekter i dagens samfunn.

Fokuset om å ta vare på seg selv handler ikke bare om å unngå eller forebygge sykdommer. Helse har i økende grad blir assosiert med utseende og hva Goffman har betegnet som *selvpresentasjon* (Shilling 2003:5). Selvpresentasjon handler om hvordan man presenterer seg selv, og hvordan en forvalter de inntrykkene en gjør på andre. Sosial interaksjon ses på som et sosialt spill hvor det er om å gjøre å gi publikum det bildet av seg selv som en ønsker å gi. Sentralt i Goffmans teori er at

man søker å fremstå som et respektabelt selv, hvilket innebærer at man vil gi et positivt bilde av seg selv og vise at en lever opp til samfunnsmessige normer og forventninger. Dette gjør man gjennom inntrykksstyring, hvor en vil vektlegge noen sider som en ser på som ønskverdig, samt underkommunisere sider som kan så tvil om det inntrykk man ønsker å gi (Goffman 1992).

Poenget til Shilling (2003) er at sammenhengen mellom helse og selvidentitet har bidratt til en økning av ulike produkter innenfor helse- og kroppsmarkedet. Investering i kroppen gir folk med midler til selvuttrykkelse og en måte å potensielt føle seg bra, og øker følelsen av at de har kontroll over kroppen (ibid.). Featherstone (1991) hevder at kroppen innen forbrukskulturen blir forkynnet som "a vehicle of pleasure and self-expression."

"its desirable and desiring and the closer the actual body approximates to the idealised images of youth, health, fitness and beauty the higher its exchange-value." (Featherstone 1991:177).

Slik jeg ser det ligger det i dette en forståelse av kroppen i forbrukskulturen blir gjenstand for begjær, jo nærmere man kommer kroppsidealene, ungdommelighet og helse, desto større verdi har kroppen. Videre hevder Featherstone (1991) at innen forbrukskulturen blir aldring og død ansett som noe veldig negativt, de er uvelkomne påminnere om uunngåelig forfall og tap som er i anløp, selv for de mest årvåkne individene. Forbrukskulturen skaper i forlengelsen av dette et bilde av at livet skal og bør være en evig dans på røde roser. Den skitne døden skal i en slik forståelse skjules bort (ibid.). På denne måten bidrar forbrukskulturen med å skape idealer og normer, som inngår i individets kroppsprosjekt.

Det sterke fokuset som ilegges kroppen som prosjekt, fører til at de som bryter disse normene ikke kan unngå å reflektere over hvilken betydning usunne vaner, som røyking, høyt alkoholforbruk og narkotikamisbruk, kan ha for deres kropp og helse (Shilling 2003). Hvor Shilling (2003) i forlengelsen av dette hevder at fokuset på ansvarlighet for egen helse og kropp, sammen med det kulturelle presset på å ha en sunn kropp, medfører at de som har slike usunne vaner har blitt moralske avvikere. I et samfunn som i så stor grad vektlegger ansvar for egen helse, er det instruktivt å hevde at menneskene vil forsøke og ha et ønske om å fremstå som en som tar ansvar for egen helse. Dette gjør man blant annet med å fremheve at man trener og spiser sunt, mens man mest sannsynlig vil underkommunisere aspekter ved ens handlinger som er usunne, for eksempel at man har høyt alkoholkonsum eller røyker.

4.6 Tidligere forskning på feltet

I forhold til min kjennskap på feltet foreligger det lite, om noen forskning om fenomenet egenutført blodtrykksmåling. Det nærmeste jeg har funnet om tidligere forskning er en studie som er utført av Annemarie Mol (2000) som omhandler egenmåling av blodsukkeret. Mol (2000) hevder at bruken av måleinstrumentet bidrar til at mennesker retter oppmerksomheten bort fra de fysiske fornemmelsene og mot de kvantitative målingene. I tillegg hjelper målingene med å øke individenes oppmerksomhet på egen kropp. Funnene tilknyttet studien til Mol (2000) viste også at de subjektive følelsene om kropp og helse hadde en tendens til å bli marginalisert til fordel for de kvantitative målingene, i hvert fall fikk de subjektive følelsene mindre relevans i hverdagen i forhold til de objektive målingene. I forlengelsen av dette hevder hun at disse målingene vil gjøre dem mindre avhengige av legen. Mol (2000) sitt forståelsesbidrag om egenmåling av blodsukkeret kan være overførbare til min studie, og er forhold verdt å se nærmere på.

Kapittel 5. På den usikre siden

I de foregående kapitlene har jeg gjort rede for det teoretiske rammeverket og mine metodiske tilnærminger til datamaterialet. I dette kapitlet fremstilles en analyse som søker forståelse av begrunnelser for egenutført blodtrykksmåling. Ses egenutført blodtrykksmåling innenfor en gitt medisinsk tilstand? Anser brukerne egenutført blodtrykksmåling som et ansvar? Dette er noen av de spørsmålene som vil prege denne delen av analysen. Ettersom opplevelsen av høyt blodtrykk er viktig, vil jeg begynne med en redegjørelse av intervjudeltakernes opplevelse av høyt blodtrykk, dette vil etter min mening legge en viktig ramme for en forståelse av egenutført blodtrykksmåling.

5.1 ”Det var på grunn av høyt blodtrykk”

Intervjupersonene som deltok i studien min, begrunnet i hovedsak bruk og anskaffelse av blodtrykksmåler ut fra at de hadde fått konstatert høyt blodtrykk av legen. Tore har hatt personlig blodtrykksmåler i 20 år, og er den av intervjupersonene i mitt materiale som har hatt personlig blodtrykksmåler lengst. På spørsmål om hvorfor han hadde skaffet seg blodtrykksmåler, svarte Tore følgende:

”Nei, det var på grunn av høyt blodtrykk, konstatert av legen, og det var da jeg kjøpte blodtrykksmåleren, for å kontrollere trykket selv.” (Tore, 67 år).

I likhet med Tore gir de fleste andre intervjupersonene også inntrykk av at de anskaffet personlig blodtrykksapparat ut fra et ønske om å kontrollere sitt diagnostiserte forhøyede blodtrykk. Et flertall av intervjupersonene er under medikamentell behandling for blodtrykksproblematikken, og klarer på denne måten å holde blodtrykket ’i sjakk’. Med et forhøyet blodtrykk er det en risiko for å utvikle hjerte og karsykdommer, og de er slik sett risikopasienter eller risikanter (Gjernes og Måseide 2008). Det som var iøynefallende i min studie, var at ingen snakket om høyt blodtrykk som en *risiko*, og det som på mange måter særpreget intervjudeltakerenes opplevelse av høyt blodtrykk, var at tilstanden ble oppfattet som en alvorlig og skremmende tilstand. Marit er den i utvalget som har helsefaglig bakgrunn, og har gjennom sitt mangeårige arbeid som sykepleier sett mange av senvirkningene et høyt blodtrykk kan ha på nært hold:

”Det er en alvorlig lidelse å ha høyt blodtrykk. Høyt blodtrykk kan føre til hjerneblødninger, hjerneslag og hjertesykdom, altså massevis av lidelser som kommer

av høyt blodtrykk. (...) Jeg har sett mange som har fått hjerneslag med forskjellig utfall med parese og mister språk og i det hele tatt, kanskje mister alt som heter livskvalitet, forholdsvis unge mennesker... Så det er jo klart at det er ikke noe man har lyst til å bli rammet av selv.” (Marit, 60 år).

Senvirkningene Marit setter i sammenheng med høyt blodtrykk, herunder hjerneblødninger, hjerneslag og hjertesykdom, er alle eksempler på alvorlige og livstruende tilstander som kan ha konsekvenser både for psykososial, fysisk og psykisk helsetilstand. Med slike alvorlige konsekvenser, forstår vi at høyt blodtrykk kan oppfattes som en trussel mot livskvaliteten og det gode liv, og at høyt blodtrykk er en tilstand man vil unngå. Når risikantene snakket om høyt blodtrykk hadde de i stor grad fokuset på senvirkningene til høyt blodtrykk. Dette innebar at de menneskene jeg snakket med ikke så høyt blodtrykk som en statistisk sannsynlighet på gruppenivå, men derimot som en overhengende personlig trussel som kunne ramme hardt. Dette kan illustreres gjennom et utsagn fra Mona som sa følgende:

”Jeg vet at jeg har målt og da har det vært høyt, så tenker jeg ”Ka farsken e det så høyt for nu? Koffør har eg så høyt blodtrøkk nu? E eg sjuk som eg ikkje veit?” (Mona, 54 år).

Når Mona tror hun er syk når hun får forhøyede blodtrykksmålinger, gir hun uttrykk for at hun opplever høyt blodtrykk som en personlig risiko. Flere av de andre intervjupersonene hadde lignende forståelser av høyt blodtrykk som en personlig risiko. Denne måten risikantene forholdt seg til høyt blodtrykk på, er ikke et unikt funn for min studie, da denne tolkningen er i tråd med en rekke andre forskningsbidrag om folks risikoforståelse. Blant annet fant Anderssen (1998) i sin studie at folk oppfatter risiko for sykdom som en personlig risiko, og at risiko forstått som sannsynlighet ikke gir mening i dagliglivet. Dette støttes videre av Lupton (1995:85) som med referanse til Gifford (1986) hevder at risiko blir internalisert og opplevd som et symptom på framtidig sykdom.

Samlet sett, blir begrunnelsen for egenutført blodtrykksmåling hovedsakelig i min studie satt i sammenheng med monitorering av en risiko. I det følgende skal vi i gå nærmere inn på ulike faktorer som har betydning for bruk og anskaffelse av det personlige måleinstrumentet.

5.2 ”For å se kordan telstanden e i skrotten”

I datamaterialet som helhet finner jeg en implisitt fornemmelse av at intervjupersonen opplevde usikkerhet og mangel på kontroll i forhold til kroppen og dens signaler. Det var relativt få av de jeg intervjuet som omtalte kroppen sin direkte, men likevel lå mange tanker om

kroppen innebygget i andre utsagn, noe som spesielt kom til uttrykk når intervjupersonene snakket om høyt blodtrykk som en symptomfri tilstand. Jeg har trukket frem et illustrerende eksempel fra intervjuet med Aksel som tydeliggjør at høyt blodtrykk er en symptomfri tilstand. Aksel har fått konstatert høyt blodtrykk av legen under en rutinekontroll, og har hatt blodtrykksmåler i ca. 5 år.

”Jeg har aldri kunnet ha hatt mistanke om at jeg hadde høyt blodtrykk ut i fra helseopplevelser eller symptomer i kroppen... og legen har jo spurt til og med om svimmelhet og sånne ting, men det har jeg aldri opplevd. Og jeg var vel over 200 på det verste, jeg husker ikke undertrykket hva det var, men selv da merket jeg ingenting på noen ting.” (Aksel, 63 år).

Aksel hevder, i likhet med mange av de andre jeg snakket med, at han aldri har hatt mistanke om å ha høyt blodtrykk ut fra kroppslige signaler. Dette til tross for at han hadde et overtrykk på over 200. Et overtrykk som dette er et svært høyt blodtrykk, og man skal ha behandling raskt (Blomhoff 2007). På samme måte som Aksel, opplevde de færreste intervjupersonene symptomer på høyt blodtrykk, og flere sa at de hadde fått konstatert høyt blodtrykk under rutinekontroller hos legen. Når intervjupersonene ikke selv erfarte kroppslige symptomer eller signaler på det de opplevde som en alvorlig tilstand, var det tydelig at dette medførte usikkerhet omkring kroppen og dens signaler, noe som resulterte i at de måtte forholde seg til kroppen sin på en annen måte.

Anderssen (1998) fremhevet i sin studie at å leve med risiko er fylt med usikkerhet og redsel for å bli syk. Den opplevde usikkerheten de menneskene hun snakket med følte, førte til at individene fikk behov for å forholde seg til kroppen på en ny og annen måte. I denne forbindelse ble kontrollene hos helsevesenet viktig, da det var der de fikk informasjon om hvor nær de var å være syk eller ikke (Anderssen 1998). På lignende måte anså intervjupersonene i mitt materiale de egenutførte blodtrykksmålingene som viktige, da de kunne konstatere ”kordan telstanden var i skrotten”, og hvor de gjennom de teknologiske målingene fikk en pekepinn på om de var ”friske” eller hadde høyt blodtrykk. Mona var en av intervjupersonene i materialet mitt som flere ganger på ulikt vis under intervjuet hevdet at hun blant annet brukte blodtrykksmåleren for å få innblikk i hvordan tilstanden til kroppen var i.

“For å se kordan telstanden e i skrotten.” (Mona, 54 år).

Slik jeg ser dette, fremstiller Mona sitt behov for egenutført blodtrykksmåling som en konsekvens av at kroppen ikke lenger er til å stole på. I stedet for å stole på kroppens opplevde tilstand, rettes fokuset mot de teknologiske målingene, da det er disse som kan gi (korrekt) informasjon om tilstanden til kroppen. Egenutført blodtrykksmåling ser ut til å bidra til at intervjupersonene *føler* at de får større kontroll over kroppen sin. Dette støttes videre av Magnhild som anskaffet blodtrykksmåler på grunn av en medfødt nyrefeil.

Intervjuer: Hvilken rolle spilte blodtrykksmåleren for deg før du fjernet nyrene?

Magnhild: Ganske mye egentlig, men jeg tror det var mer sånn psykisk fordi at da kunne jeg sjekke, og så fikk jeg bevis på at det var høyt, også sa jeg bare at nå må jeg ta det med ro, jeg har høy blodtrykk og sånn. For min del var det viktig for psyken egentlig mest, bare for å... føle at jeg har litt kontroll på min egen kropp, ja litt sånn objektiv på en måte.

For Magnhild er de egenutførte blodtrykksmålingene viktige ettersom de gir henne en følelse av kontroll over sin egen kropp. Slik jeg ser det gir dette sterke indikasjoner på at hun ikke opplevde at hun hadde kontroll over kroppen uten blodtrykksmåleren. Med denne bakgrunn er det ikke urimelig å hevde at målingene øker intervjupersonenes følelse av kontroll over kroppen.

Graden av usikkerhet som rettes mot kroppen blant intervjupersonene ser ikke utelukkende ut til å baseres på at de ikke kjenner kroppslige signaler på høyt blodtrykk, også blant de som kjenner symptomer på høyt blodtrykk får vi inntrykk av at de føler en viss usikkerhet rettet mot kroppen og dens signaler.

5.3 ”Jeg måler når jeg kjenner det er noe gærent”

Til tross for at høyt blodtrykk ble fremstilt som en symptomfri tilstand, var det noen av intervjudeltakere som hevdet at de kjente på kroppen når de hadde høyt blodtrykk. Hodepine, neseblod og høy puls var noen av de symptomene intervjupersonene satte i sammenheng med høyt blodtrykk. Når risikantene opplevde uregelmessigheter som dette i kroppen førte det til at de målte blodtrykket.

”Jeg måler når jeg kjenner at det er noe gærent. (...) Så når jeg føler at her er det et eller annet i kroppen da har jeg erfart gjennom målingene som jeg har gjort i mange år da at hvis man føler seg uventet sliten og at man har trykk på hodet, i hodet og føler seg utilpass så kan det være høyt blodtrykk. Og jeg har også tilfeller der jeg mistenker at jeg har lavt blodtrykk, og sjekker det ” (Sverre, 67 år).

Til tross for at flere hadde symptomer på høyt blodtrykk, ble det også fremhevet at de kunne ha høyt blodtrykk uten at de merket symptomer på det. Mona er diagnostisert med høyt blodtrykk, og har hatt blodtrykksmåler i ca. 4 år. Hun er en av de som hevder at hun måler blodtrykket når hun kjenner symptomer eller kroppslige signaler når hun har høyt blodtrykk, men som sier at kroppens signaler ikke bestandig er tilstrekkelig for å avsløre sykdom og risiko:

”Det kan jo også være høyt ellers også selv om jeg ikke har vondt i hodet. Når jeg har målt og det har vært høyt, så har jeg tenkt ”Ka farsken e det så høyt?”. Men da har jeg ikke følt det. Jeg kan... det er ikke sikkert at du føler bestandig at det er høyt, det trenger du ikke gjøre.” (Mona, 54 år).

Utsagnet fra Mona viser, som mange andre risikanter påpeker, at kroppens signaler kan, men ikke nødvendigvis bestandig, være til hjelp for å avsløre risikofaktoren høyt blodtrykk. I utsagnet fra Mona ligger en forståelse av mistillit og en usikkerhet tilknyttet kroppen og dens signaler. Denne mistilliten til kroppens signaler viser seg også når intervjupersonene fremhevet at de kroppslige signalene var vanskelige å forholde seg til. Symptomene de satte i sammenheng med høyt blodtrykk hadde uklare grenser og mange likhetstrekk med mer trivielle hverdagsplager. Blant annet er hodepine en vanlig hverdagsplage, og kan ofte ses i sammenheng med ulike tilstander som stress, vonde arbeidsstillinger og dårlig nattesøvn. Dette kompliseres også av det faktum at de kroppslige signalene risikantene setter i sammenheng med høyt blodtrykk, kan være bivirkninger på medisinen de bruker. Frøydis er en av dem som har reflektert over at de kroppslige signalene som kan være tegn på høyt blodtrykk, i tillegg kan være bivirkninger på medisinen hun bruker.

”Men det er noen bivirkninger knyttet til medisinen, så det kan jo også være relatert til bivirkninger og sånne dobbeltslag, altså svimmelhet og hodepine er jo oppført som vanlige bivirkninger på den medisinen, så det kan like godt være *det* som symptomer på høyt blodtrykk.” (Frøydis, 38 år).

De kroppslige signalene kan, som Frøydis bemerker, være bivirkninger av blodtrykksmedisinen hun bruker. Det utsagnet fra Frøydis gir uttrykk for, er at de kroppslige signalene hun ofte opplever som tegn på ”unormale ubehagstegn”, ikke er et sikkert tegn på høyt blodtrykk. Dette kan tenkes å komplisere forholdet risikantene har til egen kropp og de kroppslige signalene.

Samlet sett viser materialet at å leve med risiko medfører usikkerhet mot kroppen og dens signaler. Usikkerheten beror i stor grad på at intervjupersonene befinner seg i en situasjon hvor

de står overfører en risiko som de opplever som alvorlig. Redselen for overhengende sykdom, uten at kroppen gir signaler, bidrar til å skape en følelse av usikkerhet tilknyttet egen kropp. Dette kom spesielt til uttrykk ved at de kroppslige signaler ble kilde til granskning blant intervjudeltakerne, i tillegg til at usikkerheten rundt tilstanden førte til at de målte blodtrykket. I mangel på kroppslige signaler på overhengende sykdom, blir risikantene avhengig av blodtrykksmåleren for å vite om de er ”friske” eller om de har høyt blodtrykk. Blodtrykksmåleren gir dermed risikantene mulighet til å skape en viss kontroll i et usikkert terreng.

5.4 For å iverksette tiltak

Når intervjudeltakerne snakket om høyt blodtrykk var det tydelig at dette var en tilstand de *for alt i verden ville unngå*, og i denne forbindelse la de vekt på at de selv kunne påvirke høyt blodtrykk. I studien ”*No går det på helsa laus.*” (Anderssen 1998) fremhevet Anderssen at de menneskene hun snakket med hadde stor tro på at det nyttet å gjøre noe selv for å endre sin risiko. Til tross for at intervjupersonene hevdet at arv spilte en viktig faktor for utvikling av hjerte-karsykdom, la de i hovedsak vekt på egen livsstil når de skulle forklare hvorfor de var i risiko. Det var også livsstil, og da først og fremst kostholdsendringer, som ble fremstilt som de viktigste tiltakene for å forebygge sykdom (Anderssen 1998). Disse oppfatningene gjenkjennes i stor grad i mitt datamateriale. Når det gjaldt intervjudeltakernes forståelse av å forebygge høyt blodtrykk trakk de fram tiltak relatert til livsstil som inkluderte sunn og variert kosthold med nødvendige vitaminer, avstand fra røyking, fysisk aktivitet og måtehold med alkohol. På denne måten vedkjenner intervjupersonene at høyt blodtrykk er en livsstilssykdom, og at risikoen i stor grad kan reguleres av den enkelte selv. For å illustrere dette har jeg hentet frem et utsagn fra Anita, som på spørsmål om hun kjente til forebyggende tiltak tilknyttet blodtrykket sa dette:

”Ja, det er salt mat og jeg vil nå tro søtt også, men salt som det verste. Og tiltak det er nå å holde seg i form og trimme, og gå og være ute. Ikke røyke, kanskje ikke drikke...” (Anita, 56 år).

De tiltakene Anita viser til, betegnes også innen den medisinske forskningslitteraturen som viktige tiltak når det gjelder å forebygge høyt blodtrykk¹⁸. Slik sett kan man hevde at risikantene hadde god medisinsk kunnskap om både hva som forårsaket, men også hva som kunne forebygge høyt blodtrykk, og anerkjente på denne måten at høyt blodtrykk var en tilstand de i stor grad hadde innvirkning på selv. I tråd med Nettleton (2006) kan vi med denne bakgrunn

¹⁸ Jmr. delkapittel 2.3

hevde at de har kunnskap om hvilke faktorer som påvirker deres helse, og at de har muligheten til å bli eksperter på egen helse. Dette muliggjøres blant annet gjennom tilgjengeligheten på medisinsk kunnskap gjennom internett og andre medier.

I forlengelsen av de tiltakene som intervjudeltakerne fremhevet som viktige for å forebygge uhelse, fremhevet en del av intervjudpersonene at også egenutført blodtrykksmåling spilte en viktig rolle når det gjaldt å forebygge høyt blodtrykk. Blant annet ble det fremhevet blant intervjudeltakerne at de egenutførte blodtrykksmålingene indirekte var en måte å forebygge senvirkningene på, ved at de gjennom å konstatere høyt blodtrykk kunne iverksette tiltak for å redusere det forhøyede blodtrykket. På denne måten mente de selv at å overvåke blodtrykket bidro til å hindre at tilstanden utviklet seg til senvirkningene av høyt blodtrykk.

”I forhold til forebygging så kan man gjennom blodtrykksmåleren avdekke hvis blodtrykket er for høyt, også kan man, ja i hvert fall prøve å sette i verk tiltak som kan redusere et forhøyet blodtrykk.” (Frøydis, 38 år).

Frøydis mener at blodtrykksmåleren bidrar til at hun får avdekket høyt blodtrykk slik at hun kan prøve å sette i verk tiltak for å redusere det. Ved mer inngående spørsmål om hvilke tiltak hun da iverksatte, fremhevet hun at ”å gå turer og annen mosjon” var av stor betydning. I tillegg hevder Frøydis at ny medisin eller endret dosering av medisinen, og da i samråd med legen, var viktige tiltak for å hindre at det forhøyede blodtrykket utviklet seg til sykdom. Dette kan tyde på at blodtrykksmålingene oppmuntrer eller motiverer til å iverksette tiltak som intervjudpersonene antar vil redusere det forhøyede blodtrykket. Ut fra dette er det ikke urimelig å hevde at blodtrykksmåleren har en forebyggende funksjon, gjennom å stimulere til tiltak mot det forhøyede blodtrykket. Med denne bakgrunn forstås egenutført blodtrykksmåling som et forsøk på å forebygge høyt blodtrykk og dets konsekvenser.

I forlengelsen av at intervjudeltakerne fremhevet at blodtrykksmåleren hjalp dem med å iverksette tiltak mot det forhøyede blodtrykket, viser funn fra min undersøkelse en interessant dobbelthet i forhold til blodtrykksmålerens forebyggende funksjon. Denne dobbeltheten berodde på hvorvidt man hadde en *reaktiv* eller en *proaktiv* tilnærming til blodtrykksmålingene. Med *proaktiv tilnærming* mener jeg at individene søkte å identifisere, unngå og forhindre høyt blodtrykk, både før og eventuelt etter at høyt blodtrykk var diagnostisert. Dette innebar at blodtrykksmålingene bare var et supplement til de forebyggende tiltakene risikantene i utgangspunktet gjorde for å forebygge uhelse. I kontrast til den proaktive tilnærmingen har vi

hva jeg vil betegne som den *reaktive tilnærmingen*, som innebar at risikantene først iverksatte tiltak mot høyt blodtrykk og uhelse når de fikk konstatert høyt blodtrykk. Et stort flertall av kvinnene i mitt datamateriale faller innunder den førstnevnte kategorien, hvor de hevder at de tar godt vare på helsen sin, og forebygger uhelse uavhengig av blodtrykksmålingene. Blodtrykksmåleren fungerte innen denne tilnærmingen som et supplement i forebyggingen av uhelse. For å synliggjøre dette vil jeg ta utgangspunkt i Mona som svarte følgende på hvordan hun forebygget uhelse:

”Jeg er jo veldig opptatt av god helse da, man prøver jo å forebygge alt som gjør, hva er det som gjør at jeg får høyt blodtrykk og alt sånn der der. Jeg trimmer, og jeg prøver nå å spise sunt og leve sunt. Legger meg tidlig og søv masse. (Ler). Ja, det er god helse i å søv, det er det, kjempegod helse. Ja, også gjør jeg litt styrketrening, så går jeg, også sykler jeg.” (Mona, 54 år).

I følge utsagnet fra Mona er hun veldig opptatt av å ha god helse, noe hun utdyper hun jobber for gjennom de forebyggende tiltakene hun gjør. For Mona fungerte blodtrykksmålingene mer som et supplement eller en forlengelse til den forebyggende livsstilen hun selv hevdet at hun hadde. I mitt materiale er det et flertall av kvinner som faller innunder den proaktive tilnærmingens måten, og jeg vil derfor betegne dette som den *kvinnelige tilnærmingens måten* til forebygging. I sterk kontrast til dette er det flere av mennene som ikke forebygger uhelse uten at det foreligger bevis på at de er ”syke”, her forstått som forhøyede blodtrykkverdier. Dette har jeg valgt å betegne som en *reaktiv tilnærming*, som innebærer at individene først iverksetter tiltak mot høyt blodtrykk når de konstaterer høye blodtrykkverdier. Det er med andre ord først når de får konstatert at de har høye blodtrykkverdier at de bryr seg om å sette i verk tiltak, og har således en mer *reaktiv tilnærming* til blodtrykksmålingene. For å synliggjøre hvordan dette kom til uttrykk kan det være verdt å se på et utsagn fra Aksel, som er en av dem som hevder at han ikke trenger å ta så mye hensyn til forebyggende tiltak når alt er normalt med blodtrykket.

”Hvis alt er normalt så trenger man ikke ta så mye hensyn, men når man ser at noe begynner å endre seg, så må man korrigere inn.” (Aksel, 67 år).

Aksel legger vekt på at han ikke trenger å ta så mye hensyn når det ikke er avvik i måleverdiene, men at det er først når blodtrykket begynner å endre seg i negativ retning at han mener man bør korrigere inn med forebyggende tiltak. Dersom dette er riktig, er det ikke urimelig å hevde at en avgjørende faktor for forebygging av uhelse hos Aksel, ser ut til å være bestemt ut i fra hvorvidt blodtrykksmålingene viser avvik eller ikke. Dette gir assosiasjoner om

at det er blodtrykksmålingene som er retningsgivende for hvorvidt han forebygger uhelse generelt, og høyt blodtrykk spesielt. Med denne bakgrunn mener jeg det kan være rettmessig å snakke om en reaktiv tilnærming til blodtrykksmålingene. Dersom vi vender tilbake til utsagnet til Mona, er kvinnene i kontrast til utsagnet til Aksel i større grad enn mennene, føre-var når det gjelder sykdom og uhelse, og forebygger således uhelse i større grad enn mennene uavhengig av hva målingene viser. Slik sett mener jeg den proaktive tilnærmingen er i større grad en kvinnelig tilnærming til forebygging, mens den reaktive tilnærmingen i større grad er en mannlig tilnærming til forebygging.

At det er forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder helse og forebygging, er i tråd med tidligere forskning¹⁹. Blant annet hevder Anderssen (1998) at menn og kvinner forholder seg ulikt til helse, sykdom og forbruk av helsevesen. Courtenay (2000) forklarer menns forhold til helse gjennom de dominerende forståelsene av maskulinitet og femininitet i dagens samfunn, der det å bry seg om helse blir sett på som feminint (Anderssen 2008, Courtenay 2000). Dette gir gode forklaringer for å forstå hvorfor menn ikke bryr seg med å forebygge høyt blodtrykk uten at det finnes bevis, herunder høye måleverdier, som angir at de skal gjøre det. Hvis vi vender tilbake til Aksel sitt utsagn om at ”Hvis alt er normalt så trenger man ikke ta så mye hensyn, men når man ser at noe begynner å endre seg, så må man korrigere inn”. Så viser det til hans mening om når og under hvilke omstendigheter det er nødvendig, eller for å holde oss til Courtenays termer ”maskulint” akseptabelt å bry seg om helsen sin på, og da også når det er ”akseptabelt” å forebygge uhelse. Med det mener jeg at det i utsagnet fra Aksel ligger føringer for når det er *legitimt* eller *maskulint akseptabelt* å iverksette forebyggende tiltak. I dette tilfelle vil da høye blodtrykksverdier legitimere at man iverksetter forebyggende tiltak, uten å bli ansett som Courtenay (2000) betegnet som “sveklinger”²⁰. Dersom dette er riktig kan en hevde at den medisinske teknologien har åpnet opp for at menn i større grad kan ta ansvar for sin egen helse, i hvert fall ser mennene i mitt material til å være mer interessert i å skaffe seg kunnskap om egen helse gjennom blodtrykksmålingene. For å ytterligere utdype dette kan det være relevant å se nærmere på forholdet mellom teknologi og kjønn.

Flere feministiske forskere har pekt på koblingen mellom teknologi og maskulinitet, og det har blitt hevdet at teknologi er et virkemiddel for å uttrykke kjønn (Lie 2006:250). I følge Lie (2006:251) dreier teknologi seg om svært forskjellige gjenstander og miljøer, og at teknologi

¹⁹ Se delkapittel 4.4.2 Det forebyggende kjønn

danner et fleksibelt uttrykk for ulike typer maskulinitet. Slik jeg forstår dette inneholder dette en forståelse av at teknologi blir ansett som maskulint, og det som berører teknologien har potensiale til å bli maskulint. Dersom vi tar dette på alvor, er det kanskje legitimt å spørre om teknologien har åpnet opp for en mer maskulin måte for menn å forebygge uhelse på? Har teknologien, herunder blodtrykksmåleren, åpnet opp for at menn i større grad tar vare på sin egen helse? Hvorvidt dette er tilfelle blir bare spekulasjoner, og datamaterialet mitt gir ikke svar på dette. Det som derimot ser ut til å være tilfelle, er at blodtrykksmålingene viser når det i alle fall er på tide, og kanskje da også maskulint akseptabelt, å sette i verk forebyggende tiltak. Dette kan igjen ses i forhold til den hva jeg betegnet som den reaktive tilnærmingen, hvor høye blodtrykksverdier oppfordret til forebyggende tiltak, mens lave eller normale blodtrykksverdier førte til at mennene i stor grad kunne fortsette å ”hvile på laurbærene”.

5.5 Egenutført blodtrykksmåling – et ansvar?

Forståelsen av behovet for egenutført blodtrykksmåling kan ut fra studiens brukerperspektiv knyttes til karakteristiske trekk ved dagens moderne samfunn, hvor sykdom og helse blir sett på som et resultat av egne valg. I forlengelsen av dette hevder Lian og Skolbekken (2003) at ny medisinsk teknologi kan oppfattes som at den bærer i seg et krav om at den bør tas i bruk når den først er der. De fleste risikantene hevdet at egenutført blodtrykksmåling ikke ble opplevd som et ansvar, men derimot som et ønske om å være selvstendig og ansvarlig i forhold til egen helse.

”Jeg er en veldig selvstendig person, altså som ønsker å ta ansvar for meg selv og jeg blir jo mer uavhengig av legen. Jo mer man kan ordne opp i selv, jo bedre er det jo, synes jeg.” (Marit, 60 år).

Slik jeg tolker Marit, fremholder hun et syn på de egenutførte blodtrykksmålingene som et ønske om å være selvstendig. *'Selvstendighet'* er nært forbundet med ansvar, og blir slik jeg ser det et uttrykk for det moderne samfunns sterke vektlegging av ansvar for egen helse (Beck og Beck-Gernsheim 2002). Når intervjudeltakerne snakket om egenutført blodtrykksmåling, var det tydelig at ansvar for egen helse ble trukket fram som en av hovedbegrunnelsene for selvkontrollen av blodtrykket.

”Blodtrykksmåleren er et hjelpemiddel for å ivareta det ansvaret som jeg føler at jeg har for helsa mi, og alle mennesker har jo et ansvar for egen helse, ikke sant? Jeg føler jo det, at når jeg vet at jeg har dette her blodtrykksproblemet og har mulighet for å følge det opp, så er jo da måleren et hjelpemiddel for det.” (Sverre, 67 år).

Det Sverre her gir uttrykk for er at blodtrykksmåleren er et hjelpemiddel for å ivareta det ansvaret han har for egen helse. Med dette som utgangspunkt ønsket jeg å undersøke hvorvidt egenutført blodtrykksmåling ble oppfattet som et ansvar eller en plikt for de som var diagnostisert med et forhøyet blodtrykk. Blant intervjudeltakerne var det en gjennomgående oppfatning at egenutført blodtrykksmåling ikke ble oppfattet som en plikt:

”Det er ikke noe ansvar, men det er jo sånn i egeninteresse, for man må jo ta vare på kroppen sin. Det er jo for at jeg skal følge med min egen kropp at jeg måler det, for å se hvordan ståa er.” (Anita, 56 år).

Som det fremgår av utsagnet fra Anita, anser hun ikke selv anskaffelsen og bruken av egenutført blodtrykksmåling som et *ansvar* eller en forpliktelse. Når Anita fremholder at egenutført blodtrykksmåling er i egeninteresse, og at bruken av egen personlig blodtrykksmåler ikke er preget av ytre tvang, erkjenner Anita likevel ansvar for egen kropp og helse. Normene om ansvar for å ta vare på sin egen helse og kropp er dermed interaliserte, forstått på den måten at de er blitt en del av Anita. Til tross for at egenutført blodtrykksmåling ikke ses på som noe ansvar, begrunner Anita bruken av egen personlig blodtrykksmåler ut fra at *man må jo ta vare på kroppen sin*. I forlengelsen av dette hevder Anita at dersom hun ikke hadde målt så hadde hun ikke brydd seg om kroppen og helsen sin.

“Hadde jeg ikke målt og ikke fulgt med så hadde jeg ikke brydd meg om kroppen og helsen.” (Anita, 56 år).

Dette gir assosiasjoner om at blodtrykksmåleren har blitt en viktig del i det å ta vare på egen helse, noe samtlige intervjudeltakere i min studie gir uttrykk for. Kanskje er det legitimt å spørre om det gjennom den teknologiske utviklingen har dukket opp en ny norm innen helseomsorg, hvor tilgjengeligheten til medisinske måleinstrument har ført til nye krav om den skal tas i bruk når den først er her (jf. Lian og Skolbekken 2003). Slik jeg ser det inneholder imidlertid utsagnet til Anita en viss diskrepans, da hun på den ene siden hevder at egenutført blodtrykksmåling ikke er ansvar eller plikt, mens hun på den andre siden begrunner bruken med at man *må* ta vare på kroppen sin. Med referanse til Armstrong (1995) kan man med dette som utgangspunkt hevde at selv om det er individet som velger forebygging, er den blitt påført utenfra, og er et resultat av ”overvåkingsmedisinen”.

5.6 ”For å slippe å gå til legen”

Williams og Calnan (1996) hevder at befolkningen i mindre grad enn før er passive og avhengige brukere av medisinen, og hevder videre at det er i ferd med å vokse fram en kritisk distanse mellom befolkningen og moderne medisin. Med denne bakgrunn kan man kanskje spørre seg om egenutført blodtrykksmåling er et resultat av menneskers manglende tillit til legen og den moderne medisin?

I tillegg til at risikantene mente at de hadde et høyt blodtrykk de ville kontrollere selv, ble behovet for å slippe å gå til legen fremhevet som en viktig begrunnelse for egenutført blodtrykksmåling. Tore er en av de intervjudeltakerne som hevder at *å slippe å gå til legen* er en av begrunnelsene for at han anskaffet og brukte personlig blodtrykksmåler.

Intervjuer: Hvorfor fikk du blodtrykksmåleren?

Tore: Nei, som jeg har fortalt allerede, det var på grunn av høyt blodtrykk.. konstatert av legen, og det var da jeg kjøpte blodtrykksmåler selv, for å kontrollere selv trykket og for å slippe å gå til lege. For jeg må si som sant at jeg stoler ikke fullt ut på legen. Mange leger de bare i full fart og skriver ut regninger og dermed... og det er ikke alle som er like nøyaktig på det, som tar det like alvorlig. (...) Jeg synes det er greit å følge med selv, og kan også gjøre egne oppfatninger av blodtrykket og sånne ting.

For Tore blir egenutført blodtrykksmåling viktig på grunn av hans manglende tillit til legen. I følge Lian (2007:196) er det (for tiden) en utbredt oppfatning at det i mange land er tendenser til en svekket tillit helsetjenesten og legene. Hun viser videre at pasientens tillit hviler på i hvilken grad legen er ærlig, empatisk, omsorgsfull, lyttende, samarbeidsvillig og faglig kompetent, samt opptrer som pasientens advokat (Thom 2001, Mechanic og Meyer 2000 og Thom og Campbell 1997 i Lian 2007:193). I forhold til dette vil mangel på de overnevnte faktorene kunne medføre mistillit til legene. Manglende tillit kan kanskje ses som et uttrykk for den kritiske distansen som er i ferd med å vokse fram mellom befolkningen og den moderne medisin (jmf. Williams og Calnan 1996), hvor den moderne medisin forstås som hele måten helsevesenet er bygd opp på. Hvis vi vender tilbake til utsagnet til Tore, settes mistilliten i hans tilfelle i sammenheng med at *legen ikke er nøyaktig og ikke tar helseproblemet alvorlig*. Disse aspektene gir assosiasjoner om at Tore verken oppfatter legen som omsorgsfull, empatisk eller lyttende. I tillegg antyder Tore at legen ikke tar problemene hans alvorlig nok, da legen *bare skriver ut regninger*. Samlet sett gir Tore uttrykk for en sterk mistillit til legen. Denne mistilliten til legen skaper et behov for alternative måter å kontrollere sin egen helse og kropp på, og egenutført blodtrykksmåling blir et viktig substitutt for legen.

Vi skal imidlertid trekke dette lenger, for den manglende tilliten til legen kan også ses i sammenheng med demedikaliseringstesen (Williams og Calnan 1996). Poenget bak demedikaliseringstesen er at en demokratisk spredning av medisinsk informasjon, reduserer medisinenes sterke posisjon i samfunnet (ibid.). I mitt materiale kommer dette til uttrykk ved at risikantene i datamaterialet *hevder* at legen blir mindre viktig når de kan måle blodtrykket selv. På spørsmål om hvorvidt intervjupersonene anså at legen ble mindre viktig etter at han fikk blodtrykksmåler hevdet Aksel følgende:

”Kanskje på en måte mindre viktig fordi at... jeg har jo oversikt nå over blodtrykket og hvis jeg noen gang skulle liksom bli usikker så ville jeg jo normalt da ha oppsøkt legekontoret og bedt om en måling, men det føler jeg på mange måter... så lenge alt virker normalt, så trenger jeg ikke gjøre det. Du kan si på en måte sett strengt tatt så er legen litt mindre viktig.” (Aksel, 67 år).

Aksel hevder at legen ble mindre viktig etter at han kunne måle blodtrykket selv. Det som imidlertid er interessant, er at selv om intervjupersonene utfører egenutførte blodtrykksmålinger og således får diagnostisert et eventuelt forhøyet blodtrykk, så gjelder den reduserte avhengigheten av legen bare det som angår selve diagnostiseringen eller målingene av blodtrykket. Hvis vi vender tilbake til Tore som gir uttrykk for sterk mistillit til legen, søker han, i likhet med flere av de andre intervjupersonene, fortsatt kontakt med legen når han har behov for det.

”Hvis jeg finner ut av at det er for høyt, da må jeg til legen.” (Tore, 67 år).

Behovet for legen blir på denne måten satt i sammenheng med konstaterte forhøyede blodtrykksmålinger, behovet for legen faller dermed ikke bort, derimot uttrykker enkelte av intervjupersonene behov for å oppsøke legen når de selv måler høyt blodtrykk.

Samlet sett gir disse intervjudeltakerne uttrykk for at behovet for legen ikke nødvendigvis faller bort, til tross for tilgangen til medisinske måleinstrument. Selv om noen gir uttrykk for mistillit til legen, har legen fortsatt kontroll over ressurser som pasienter har behov for eller ønsker seg når det gjelder råd for å blant annet forebygge høyt blodtrykk, og da i hovedsak medisiner og behandling. Marit er den av intervjupersonene som stiller seg kritisk til bruk av blodtrykksmåling, og kritikken blir først og fremst satt i sammenheng med at man kan bli engstelig som følge av bruken, og hun mener man i hovedsak bør utføre blodtrykksmålinger

hos legen. Begrunnelsen for dette hevder hun er at legen blant annet som kan behandle blodtrykket.

”Det er en lege som kan behandle det [høyt blodtrykk], det er en lege som kan gi de riktige rådene i forhold til det og trygghet og sånne ting.” (Marit, 60 år).

På denne måten bidrar ikke konstatering av høyt blodtrykk, til at intervjupersonene blir mindre avhengig av medisinsk ekspertise. De trenger ekspertisen for å iverksette tiltak mot forhøyet blodtrykk.

Begrepet demedikalisering viser også til at det er et likeverdig forhold i lege-pasient-relasjonen enn tidligere, hvilket blant annet inkluderer mer informerte pasienter (Tjora 2008:23). Hvis vi skal snakke om demedikalisering er det kanskje relevant først og fremst i forhold til at intervjupersonene i større grad får mulighet til å ”bidra” med å stille en riktig diagnose, og at stemmene deres blir hørt i kommunikasjonen mellom lege-og pasient.

Intervjupersonenes fortellinger om hvordan høye blodtrykksmålinger påvirket dem, ga inntrykk av at blodtrykksmåleren bidro til å skape større likeverdighet forhold mellom lege og pasient.

Dette kom blant annet til uttrykk ved at de egenutførte blodtrykksmålingene ble et viktig verktøy ved legek kontrollene.

Intervjuer: Har det hendt at du har kontaktet lege på grunn av resultatene av de målingene du har gjort selv?

Aksel: Nei, aldri, men jeg tar resultatene med til legen. Vi studerer dem sammen, ja.

Intervjuer: Kan du si litt mer om det?

Aksel: Nei, det er for jo å vise blant annet utviklingen og situasjonen, også for å vise at hans målinger der og da ofte er høyere enn mine gjennomsnittsmålinger. (...) Han synes det er veldig interessant de målingene jeg gjør og det virker sånn på han også at han tar dem seriøst og de er en slags korrektiv til de målingene vi gjør hos han.

Her ser vi at teknologien i dette tilfellet har bidratt til en forskjell i lege-pasient-relasjonen.

Aksels stemme blir gjennom dokumentering av de egenutførte blodtrykksmålingene sterkere og tydeligere i samhandlingen mellom lege og pasient enn hva den kunne tenktes å ha blitt uten de teknologiske målingene. Blant annet viser utsagnet til Aksel at de egenutførte målingen blir et slags korrektiv til legens målinger. I følge Aksel har målingene hos legen vært høyere enn gjennomsnittsmålingene han selv har utført. Med denne bakgrunn kan det tenkes at ”white coat effect” avdekkes, hvilken er en betegnelse for det fenomenet hvor blodtrykket stiger litt ekstra når man er hos legen (Blomhoff 2007). På denne måten vil legen kunne stille en mer presis

diagnose, hvor man i forlengelsen av dette blant annet vil kunne unngå overbehandling av høye blodtrykk.

Kapittel 6. «Blodtrykksmåleren som symbolbærende artefakt»

I forrige kapittel har vi sett på hvilke begrunnelser intervjupersonenes hadde for egenutførte blodtrykksmåling. I dette kapitlet skal vi se mer spesifikt på hvor blodtrykksmåleren og blodtrykksmålingene *hører hjemme*, samt hvordan blodtrykksmåleren kan forstås som en kulturell symbolbærer. De ulike strategiene intervjupersonene tar i bruk når det gjelder for hvem og under hvilke omstendigheter blodtrykksmålinger blir ansett som akseptable, vil i denne analysedelen ses i sammenheng med selvpresentasjon.

6.1 Den private sfæren - blodtrykksmålerens plass

Et av hovedtrekkene i intervjumaterialet var at blodtrykksmåleren fremsto som en kulturell symbolbærer. Dette kom dette til uttrykk ved at det var en del premisser for i hvilke situasjoner, og for hvem det var akseptabelt å tilkjennegi at man hadde egen personlig blodtrykksmåler for. Blodtrykksmåleren ble en *symbolbærende artefakt* ved at den bidro med å fortelle noe om personer som bruker disse medisinske måleinstrumentene.

Hovedinntrykket i datamaterialet var at blodtrykksmåleren var ment til privat bruk, og bruken var forbeholdt den private sfæren. Noen av intervjupersonene forteller at de viser blodtrykksmåleren fram for andre, men at det først og fremst er til nære venner og familie, og da i tilfeller hvor *du kommer inn på praten om sykdommer og helse*. Til tross for at menneskene jeg snakket med viste blodtrykksmåleren frem til nære kjente, er de svært skeptiske til å bruke blodtrykksmåleren offentlig. Intervjupersonene mente at blodtrykksmåleren var et instrument som var ment til bruk i den private sfæren, og understreket at måleinstrumentet var upassende i det offentlige rom. Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Aksel som kan bidra til å synliggjøre dette.

Aksel: Jeg synes ikke en sånn måler hører hjemme i det offentlige rom, at hvis du sitter og venter på toget og måler, eller på en feriestrand eller sånt. Jeg synes det bør være en måling man gjør i en privat situasjon.

Intervjuer: Hvorfor det?

Aksel: Nei, det har vel noe med mine holdninger å gjøre, at det ville se underlig ut om jeg satt på Gardermoen og tok med blodtrykksmåleren (ler). Det ville også sende signaler ut til de andre at "han der kan ikke ha lenge igjen når han sitter og måler blodtrykket, han er en raring (ler). Han tar blodtrykksmåling. Hvorfor gjør han det? Han må være dårlig han der." (Ler). Så det har nok litt med holdninger å gjøre.

Intervjuer: Så du tror at det er negative holdninger hvis man...?

Aksel: Ja, jeg tror ikke det er et forventet handlingsmønster at man opplever at folk tar sånne målinger hvor som helst.

Intervjuer: Den er grei å ha, men da skal den på en måte være hjemme da, hvis jeg

forstår det riktig?

Aksel: Ja, i hvert fall i den private sfæren ja.

Innen sosiologien er det mange som opererer med en todeling mellom den private sfære og den offentlige sfære (Goffman 1992). Den private sfæren er en intim og eksklusiv sfære hvor mye som ikke er legitimt i den offentlige sfære utspiller seg og er legitimt (ibid.). Når det gjelder forståelsen av hvorfor vi handler forskjellig i det offentlig og i det private kan det være nyttig å se på Goffmans begreper *front stage* og *back stage* (Goffman 1992). Begrepene er sentrale i Goffmans teori om selvpresentasjon, hvor han anlegger et dramaturgisk perspektiv på sosial interaksjon. Selvpresentasjon handler om hvordan man presenterer seg selv, og hvordan en forvalter de inntrykk man gjør på andre (Goffman 1992). Poenget til Goffman er at vi bryr oss om hva andre tenker om oss, og vi prøver vanligvis å etablere eller opprettholde et positivt inntrykk gjennom selvpresentasjon eller inntrykksstyring. I denne sammenheng kan man ved hjelp av ytre kjennetegn vise hvem man er. Blant annet vil individers eiendeler, herunder blodtrykksmåleren, ha en sosial betydning. Disse synlige attributene er viktig for vår selvidentitet og de forteller andre om hvordan vi ønsker å bli oppfattet (Svensson 1998:29). Begrepet *front stage* viser til hvordan man presenterer seg for omverdenen hvor man er opptatt av hvordan andre oppfatter en. *Front stage* representerer i denne forbindelse den offentlige sfæren, og det er her man iscensetter et foretrukket selv. En avgjørende faktor tilknyttet fremførelsen sin her, er at man prøver å gi et inntrykk av seg selv som er i overensstemmelse med de normer og regler som finnes i samfunnet. På denne måten vil en derfor vektlegge noen sider som en ser på som ønskverdig, samt underkommunisere sider som kan så tvil om det inntrykk man ønsker å gi (Goffman 1992). Eksempelvis vil man gjennom å ønske å bli oppfattet som en som tar vare på egen helse, handle ut fra dette. Mest sannsynlig vil en konsekvens av dette være at man spiser sunt og trener. I kontrast til *front stage* har vi *back stage*, som kan defineres som et sted i forhold til en bestemt opptreden, hvor det inntrykk man søker å gi med opptreden blir åpent motsagt, som en selvfølgelig ting (Goffman 1992:96). *Back stage* representerer i dette tilfelle den private sfæren, hvor man er skjult for publikum, og kan la "masken" falle.

Hvis vi går tilbake til utsagnet til Aksel; ” *Ja, jeg tror ikke det er et forventet handlingsmønster at man opplever at folk tar sånne målinger hvor som helst*” tyder dette på at det finnes en oppfatning om at blodtrykksmålinger ikke bør forekomme i den offentlige sfæren. Utsagnet gir således inntrykk av at det finnes oppfatninger om hvor slike målinger kan finne sted, og da

også hvor disse målingene *ikke* skal finne sted. Dette gir assosiasjoner om at å bruke blodtrykksmåleren offentlig vil bryte med de allmenne oppfatningene som er i samfunnet. Slik jeg ser det kan en medvirkende faktor til dette tilknyttes at medisinske målinger, eksempelvis blodtrykksmåling, tradisjonelt har vært forbeholdt legekonsultasjoner. Legekonsultasjoner kjennetegnes som private møter adskilt fra andre, og innenfor lukkede dører. Når Aksel hevder at han vil bli betegnet som en raring dersom han måler blodtrykket offentlig, er det tydelig at dette er noe han har reflektert over, og å bruke blodtrykksmåleren i den offentlige sfæren, altså front stage, blir noe Aksel unngår for å opprettholde et positivt inntrykk av seg selv. På denne måten kan vi forstå at behovet for å holde blodtrykksmåleren i den private sfæren kan ses som en strategi for å opprettholde et positivt inntrykk av seg selv. Jeg vil imidlertid trekke det et skritt lenger, for når intervjudeltakerne i så stor grad vektlegger at de ikke kan bruke blodtrykksmåleren i den offentlige sfæren gir det assosiasjoner om at apparatet har en bestemt sosial betydning. Dette er et forhold jeg ønsker å forfølge videre inn i analysen.

6.2 Høyt blodtrykk - kun en helserisiko?

Argumentet mitt er at begrensninger i forhold til bruken av blodtrykksmåleren kan også være kytet til om hva høyt blodtrykk er. Det spørsmål som jeg oppfattet som det mest dristige under intervjuene, var da jeg spurte intervjupersonene om de på generelt grunnlag hadde noen formening om det fantes selvforskyldte sykdommer. Intervjupersonene mente at det fantes selvforskyldte sykdommer, hvor høyt blodtrykk spesielt ble trukket frem som et eksempel. Jeg har hentet et utdrag fra intervjuet med Mona som kan bidra med illustrere dette.

”Ja, det er det jo selvfølgelig. Men hva det er slags sykdommer. Det er jo for eksempel høyt blodtrykk. Det trenger jo ikke å være arvelig. Du kan jo få det av stress, og du kan få det hvis du lever veldig usunt og du ikke trimmer. Hvis du ikke gjør noe sånt, så kan du få det. Usunn livsstil og at du røyker.” (Mona, 54 år).

Som utsagnet illustrerer, hevder Mona, i likhet med andre intervjupersoner, at høyt blodtrykk i tillegg til å være arvelig, kan knyttes til livsstil. På denne måten anerkjenner intervjupersonene at høyt blodtrykk er en livsstilssykdom, og med denne bakgrunn får vi inntrykk av at de er bevisste på at de selv har kontroll over den medisinske tilstanden. Livsstilssykdommer defineres medisinsk sett som medisinske tilstander som har sammenheng med måten man lever på, og det legges vekt på at dette er medisinske tilstander som i høy grad kan forebygges eller

forsinkes gjennom riktig kosthold, livsstil og miljø²¹. Eksempler på livsstilssykdommer er høyt blodtrykk og type-2 diabetes. Ulik forskningslitteratur viser at livsstilssykdommer kan oppfattes som stigmatiserende. Forskning tilknyttet lungekreft har spesielt vist at pasienter med lungekreft opplever stigmatisering, skyld og skam, dette ble satt i sammenheng med at røyking i de fleste tilfellene blir ansett som hovedårsaken til lungekreft (Feiring 2004). Interessant var det at mange lungekreftpasienter følte de ble sett ned på til tross for at de ikke var skyld i sykdommen (ibid.). Disse forestillingene kan ofte få stor plass ettersom individene i stor grad selv har kontroll over sykdommen eller risikoen (Lupton 1995, Møen 2002).

Som vi skal diskutere i det videre er det instruktivt å hevde at også disse kulturelle forestillingene, stigmatisering, skyld og skam, legger begrensninger for bruken av blodtrykksmåleren. For å ta dette et skritt videre er det nærliggende å ta utgangspunkt i Goffmans teori om *Stigma* (Goffman 1963). Stigma betegner Goffman (1963:12) som den prosessen hvor det oppstår et sprik mellom den tilsynelatende identiteten og den faktiske identiteten. Goffman hevder videre at stigma vanligvis enten dreier seg om en fysisk skavank, karakterbrist og/eller tilhørighet til en stigmatisert gruppe (Goffman 1963:14). Mennesker med livsstilssykdommer som høyt blodtrykk, kan forstås som bærer av et stigma som er relatert til karakterbrist, hvilket henspiller på individenes viljesvakhet (Goffman 1963:14). Dersom menneskene tar fram blodtrykksmåleren offentlig kan det bryte med den tilsynelatende identiteten, og deres faktiske identitet kan komme til syne. I en slik forståelse vil blodtrykksmåleren være et symbol på at man ikke har lykkes med å innfri de normene man har om å ta vare på sin egen helse. Gjennom synligheten av blodtrykksmåleren oppstår det en diskrepans mellom den tilsynelatende identiteten og den faktiske identiteten, og et stigma kan oppstå. Brukerne vil i en slik sammenheng stå i fare for å bli stigmatisert. Med denne bakgrunn kan man forstå strategien om å holde blodtrykksmåleren unna offentligheten. Ved å tilpasse blodtrykksmålingene etter de sosiale settingene, kan risikantene styre inntrykkene av dem og på denne måten kan de opprettholde inntrykket av seg som ansvarlige og kontrollerte individer som tar vare på sin egen helse.

²¹ Se 2.3

6.3 ”Man blir litt sånn hypokonder liksom”

Materialet mitt gir flere henvisninger til at blodtrykksmåleren forbeholdes den private sfæren ut fra hensyn til selvpresentasjon, og for å unngå å bli stemplet. Funn fra min studie viser at noen av intervjupersonene er redde for å bli stemplet som hypokonder dersom de bruker blodtrykksmåleren utenfor den private sfæren. Øyvind er 56 år gammel og anskaffet seg blodtrykksmåler ved en tilfeldighet da han var innom en alt-mulig-butikk i annet ærend. Begrunnelsen for kjøpet satte han i sammenheng med at han hadde høyt blodtrykk. Selve kjøpet av blodtrykksmåleren var en tilfeldighet da han var i butikken i annet ærend. Likevel fremhever han at blodtrykksmålingene har blitt en rutine, et faktum som illustrerer at blodtrykksmåleren har fått en sentral plass i hans hverdagsliv. I tillegg har Øyvind en blodsuktermåler, hvilket han kjøpte ettersom ”*det bare var et tilbud dem hadde på apoteket en gang.*” På intervjudispunktet hadde han hatt blodtrykksmåleren i sju måneder. Øyvind forbeholder bruk av blodtrykksmåler i den personlige sfære, og på spørsmål om han hadde noen formening om det fantes plasser det var upassende å bruke blodtrykksmåleren eller å ta den fram svarte han:

”Ja, det er det jo. (...) Det er jo litt det der med at du føler at, hvis du begynner å ta blodtrykksmåleren med ut så blir du godt inne i hypokonderavdelingen.” (Øyvind, 56 år).

Øyvind hevder her at det er upassende å bruke blodtrykksmåleren i enkelte situasjoner, og begrunner dette med at han føler at han blir stemplet som hypokonder. I forlengelsen av dette hevder Øyvind at det tok en uke etter at han hadde kjøpt blodtrykksmåleren før han fortalte samboeren at han hadde skaffet seg egen blodtrykksmåler. Å tie om kjøpet overfor samboeren, begrunnet han med at det var *litt flaut*, men også her trakk han frem redselen for å bli stemplet som hypokonder.

Øyvind: Jeg syntes jo til å begynne med at det var litt flaut liksom, jeg turte nesten ikke å si det hjemme, men etter en uke så sa jeg til samboeren min og hun syntes at det var helt rett.

Intervjuer: Hvorfor syntes du det var flaut?

Øyvind: Nei, det blir jo at man blir litt sånn hypokonder liksom, følte det litte grann sånn.

Slik jeg tolker utsagnene til Øyvind kan frykten for å bli stemplet som hypokonder bidra til en større forståelse av hvorfor blodtrykksmåleren hører til i den private sfæren. Når det gjelder hypokondri, brukes ordet noe humoristisk eller som et skjellsord i dagligtale, men begrepet er

medisinsk sett en psykisk tilstand, og viser til en noe overdreven helsebekymring eller sterk sykdomsangst (SML 2:312).

At hypokondri blir knyttet til blodtrykksmålere, kom til uttrykk alt under forprosjektet til denne masteroppgaven. Da kom jeg over en artikkel i Teknisk Ukeblad (2007). Denne bidro etter min mening til å skape et bilde av egenutførte blodtrykksmålinger som var sterkt ydmykende. Overskriften til artikkelen om personlige blodtrykksmålere var: «*Perfekte for hypokondere*». I tillegg hadde artikkelen følgende undertekst; ”her er gavene til enhver fremdeles oppegående hypokonder.” Videre fremgår det ”de fleste vil nok nikke betryggende og konstatere at alt er som det skal, mens hypokonderer kan få enda mer glede av det minste avvik.”, samt ”Vi er sikker på at vedkommende vil nikke og smile innimellom hostene og harkene, full av takknemlighet fra sengeleiet sitt”. Slik jeg ser det kan artikkelen leses som en latterliggjøring av at personlige blodtrykksmålere finnes tilgjengelige på det åpne markedet. Hvorvidt denne latterliggjøringen er tilsiktet, eller om utsagnene i artikkelen er ment å formidle humor og ironi, er usikkert for meg. Min tolkning av artikkelen er imidlertid at anskaffelse av personlige blodtrykksmålere latterliggjøres. Artikkelen bidrar til å skape en forestilling om at mennesker som bruker personlig blodtrykksmåler er hypokondere. Hvorvidt intervjupersonene jeg snakket med hadde lest denne artikkelen eller lignende artikler er uvisst for meg, poenget har vært å synliggjøre at det finnes holdninger i samfunnet som kan tenkes å virke begrensede i forhold til bruken av blodtrykksmåleren. Dette synet underbygges ytterligere når jeg spurte intervjudeltakerne hvem de trodde anskaffet seg personlige blodtrykksmålere. Elisabeth hadde reflektert over sammenhengen mellom hypokondere og bruk av blodtrykksmålere:

“Jeg vil tro det at et stort antall hypokondere kanskje som anskaffer seg det.” (Elisabeth, 32 år)

Når Elisabeth setter hypokondere i sammenheng med anskaffelse av egne blodtrykksmålere, bygger hun oppunder forestillingen om at de som benytter personlig blodtrykksmåler er hypokondere.

Som vi var inne på tidligere har mennesker i følge Goffman (1992) et behov for å bli sett og anerkjent av andre. I en slik forståelse vil holdningen til å ikke bruke blodtrykksmåleren offentlig være en strategi for å ikke bli oppfattet som en hypokonder, da dette vil stå i motsetning til å fremstå som en respektabel person. I en undersøkelse som Hadler (2004) viser

til finner, vi også igjen behovet for å unngå å fremstilles som hypokondere. Når Hadler (2004) bruker begrepet hypokonder rettes oppmerksomheten mot ”in your mind”, hvor et sentralt poeng er at disse tilstandene fornærmer personene mer enn andre psykiske lidelser som blant annet ”psykosomatisk lidelse” og ”depresjonsrelaterte lidelser”. I følge Hadler (2004) ønsker pasienter i hovedsak legens ”vitenskapelige” forklaringer på sine symptomer, da slike forklaringer ikke har like mye ”skam” over seg som hypokondri. Poenget er at man ikke ønsker å bli stemplet som hypokondere, da hypokonderbegrepet er knyttet til skam, hån og vanære.

6.4 Den stereotypiske ”blodtrykksmåleren”

Som vi har sett i de tidligere avsnittene legger intervjudeltakerne stor vekt på at blodtrykksmåleren er et instrument som er forbeholdt den private sfæren. Magnhild (24) er den yngste i materialet og begrunnelsen hennes for anskaffelse av blodtrykksmåler, var at hun er født med trange blodårer inn til nyren, hvilket resulterte i at hun fikk høyt blodtrykk. Magnhild har slik sett sekundær hypertensjon, hvilket betyr at man har funnet årsaken til hennes høye blodtrykk. På denne måten er ikke blodtrykkspromblematikken i hennes tilfelle tilknyttet livsstilssykdommer, et faktum som i stor grad kan tenkes å være tilfelle med de andre intervjudeltakerne. Magnhild skiller seg på mange måter fra den gjengse oppfatningen om at blodtrykksmåleren kun er et instrument som er ment til bruk i hjemmet, for i motsetning til de andre intervjupersonene, hevder hun at hun kan bruke apparatet offentlig. Jeg har hentet et intervjuutdrag fra intervjuet med Magnhild som kan illustrere dette.

Intervjuer: Ja, du nevnte litt tidligere at du tok blodtrykksmåleren med deg, men finnes det noen plasser det er upassende å bruke blodtrykksmåleren etter din mening?

Magnhild: Nei, men for min egen del så må jeg ha litt ro, sånn at... kanskje sitte på en kafé å dra den frem, da er... da tror jeg kanskje ikke det blir riktige tall, da ville jeg kanskje ha gått og satt meg ned på et do eller noe sånn, eller en plass der det ikke er så mye folk og bare slappe av litt, men ikke for at det er upassende, men for at det [målingene] skal bli korrekt.

Intervjuer: Ville du ha reagert hvis noen hadde brukt blodtrykksmåleren nå?²²

Magnhild: Nei.

I forlengelsen av dette hevdet Magnhild, at hun i den tiden hun brukte blodtrykksmåleren mer aktivt hadde hun blodtrykksmåleren med seg overalt, inkludert på skolen.

”Den [blodtrykksmåleren] var liksom med i sekken de første to årene hvert fall”.
(Magnhild, 24 år).

²² Intervjuet fant sted på en kafe.

I motsetning til oppfatningene om at blodtrykksmåleren var et instrument som ikke kunne brukes i det offentlige rom, mente Magnhild at det ikke var noe problem å bruke instrumentet offentlig. Magnhild hevder at begrunnelsen for at hun ikke bruker blodtrykksmåleren offentlig er på grunn av at hun ikke får «korrekte resultater», hvilket er et betydelig annet forhold enn hva som var hovedinntrykket blant de andre intervjudeltakerne, hvor redselen for å bli stemplet som blant annet hypokonder lå til grunn for å ikke bruke blodtrykksmåleren offentlig.

Slik jeg ser det forteller utsagnene til Magnhild noe om under hvilke forhold det *kan* være legitimt å bruke blodtrykksmåleren offentlig. Magnhild skiller seg på mange måter fra mange av de andre jeg snakket med at hun er ung (yngst i datamaterialet mitt) og har hatt en tilstand som har ført til at hun har høyt blodtrykk siden hun var født. Dette *kan* tenkes å være forhold som bidrar til å legitimere bruken av blodtrykksmåleren i det offentlige rom. For Magnhild er det ikke betenkelig å bruke blodtrykksmåleren offentlig, først og fremst på bakgrunn av at hun har en tilstand eller risikofaktor som hun ikke selv er skyldig i. Hun har ingenting å føle skam eller skyld for, da hun ikke kunne gjort noe for ikke å få trange blodårer til nyren. Dette kan imidlertid tenkes å være tilfelle med de andre intervjupersonene, som har primært høyt blodtrykk, noe som vi har sett er knyttet en rekke verdimeslige føringer til. Magnhilds unge alder bidrar med å tydeliggjøre overfor andre at hun (mest sannsynlig) ikke har en selvforskyldt medisinsk tilstand og at hun med denne bakgrunn ikke blir stemplet som uansvarlig for ikke å ha tatt vare på helsen sin. Dersom vi vender tilbake til Goffmans teori om stigma, kan vi anta at bruken av blodtrykksmåleren ikke blir stigmatiserende i Magnhilds tilfelle, ettersom bruk av blodtrykksmåler ikke vil avvike fra det vi forventer av en som er (uforskyldt) syk. Slik sett kan alderen være en faktor som medvirker til at hun har annet syn enn de andre når det gjelder bruk av blodtrykksmåleren offentlig. Dette funnet underbygges videre når jeg spurte intervjupersonene om hvem de trodde brukte blodtrykksmåler. For på spørsmål om hvem de trodde brukte blodtrykksmåler svarte Magnhild følgende:

”Jeg tenker at det er gamle som har høyt blodtrykk. Det er jo det man hører at det er gamle folk som har høyt blodtrykk, så da går jeg ut i fra at det er gamle folk som har blodtrykksmåler også.” (Magnhild, 24 år).

Utsagnet til Magnhild antyder en sammenheng mellom alder, høyt blodtrykk og egenutførte blodtrykksmålinger. Dette ble videre underbygget av Øyvind:

”Men jeg tror nå først og fremst aldersgrupper som kommer opp mot 50.” (Øyvind, 56 år).

Det faktum at intervjupersonene setter høyt blodtrykk og bruken av blodtrykksmåleren i sammenheng med alder gav grunnlag for identifiseringen av en *stereotypisk blodtrykksmålerbruker*. I dette ligger en antakelse om at de som bruker blodtrykksmåleren er eldre mennesker, som mest sannsynlig har en livsstilssykdom. Denne identifiseringen av en stereotypisk blodtrykksmålerbruker mener jeg kan ha viktige implikasjoner for bruken av blodtrykksmåleren i det offentlige rom. Funn fra min studie viser at de intervjupersonene som i større grad ligner kategorien den stereotypiske blodtrykksmåleren, vil i forhold til kjennetegnet alder, stå i fare for å bli stemplet som ”skyldig”. Alderen vil på denne måten kunne fungere som en *separator* i forhold til stigmatisering, og da i forhold til andres oppfatning om hvem som er ”skyldig” og hvem som ikke er skyldig i sin helsestatus.

6.5 Å fri seg fra skyld

I de foregående avsnittene fremholder intervjupersonene ett syn på høyt blodtrykk som en livsstilssykdom, noe som også samsvarer med det medisinske forskningsmateriellet (bla. NHI, apotek). I denne forståelsen blir høyt blodtrykk i stor grad et bevis på de valgene man har tatt i livet, hvorav det følger en rekke negative assosiasjoner, blant annet at de som har disse livsstilssykdommene, i mitt tilfelle høyt blodtrykk, er passiviserte, inaktive, late og har dårlig selvdisciplin. Det er ikke urimelig å hevde at koblingen mellom valg man burde tatt og hva man valgte å gjøre kan lede til skyldfølelse når sykdom eller risiko oppstår (Møen 2002).

I nær sammenheng med dette viser funn fra min studie, at egenutført blodtrykksmåling i visse tilfeller også kan forstås som en måte å fri seg fra skyld(følelse) på. Tore er en av de få i mitt materiale som røyker, og som er åpen om bruken om blodtrykksmåleren spesielt for de i omgangskretsen. I tillegg har han ved flere anledninger vært innlagt på sykehus i forbindelse med diverse relativt alvorlige sykdommer som hjerteflimmer, hjerneslag og liknende. Dette er sykdommer som alle i utgangspunktet *kan* tilskrives høyt blodtrykk og livsstil. Tore hevdet imidlertid at ingen av de alvorlige sykdommene han hadde vært rammet av skyldes hans høyt blodtrykk.

Tore: Høyt blodtrykk er det jo farlig å gå med som sagt i lengden, det kan jo gå ut over hjernen og alt det der.

Intervjuer: Ja, det er jo sant. Du nevnte litt tidligere at du hadde hatt hjerneslag?

Tore: Jada, det kan det også forårsake. Det er mange som har fått hjerneslag som følge av høyt blodtrykk. Men hjerneslaget jeg hadde det var ikke på grunn av høyt blodtrykk, sannsynligvis av blodpropp.

Tore er overbevist om at hjerneslaget han hadde ikke kan tilskrives høyt blodtrykk, hvor han i forlengelsen av dette fremhevet at årsakene til disse sykdommene sannsynligvis var en konsekvens av blodpropp. Blodpropp kan ifølge den medisinske faglitteraturen tilskrives høyt blodtrykk, da høyt blodtrykk kan øke fettavleiringer (plakk) i åreveggene (Blomhoff 2007). Det er imidlertid verdt å merke seg at man også kan bli rammet av blodpropp med et normalt blodtrykk. Jeg har ikke til hensikt å gå dypere inn på dette her. Det som er interessant i dette tilfelle er at mens et flertall av de andre intervjupersonene, enten før og/eller etter konstateringen av høye blodtrykksverdier, forsøker å forebygge senvirkingene til høyt blodtrykk gjennom diverse forebyggende tiltak som fysisk aktivitet, avstand fra usunn mat osv, så hevder Tore at han ikke har tid til dette, uten å gi noen videre forklaring. I tillegg mener han at det er lettere å ta medisin enn å drive med fysiske aktivitet og endre på kostholdet.

”Hvis man trimmer, så kan du forebygge blodtrykk uten medisin. Og spise diverse ting så kan blodtrykket gå ned. Du trenger ikke medisin. Jeg har ikke hatt tid til å ha gjort dette. Jeg har jo gått på medisin, men legen sa at jeg kunne påvirke blodtrykket selv med endringer av kosthold og diverse, at ikke minst trim, at det er forebyggende. Men det er mer lettvis å ta medisin.” (Tore, 67 år).

Med utgangspunkt i at Tore ikke hadde tid til å forebygge uhelse utenom medisiner, levde han ufortrødent videre. Han rettferdiggjør sitt levesett ved å hevde at:

”Kroppen fordøyer det meste, men overforbruk det klarer han ikke, det går en stund så kjenner den det. Det er bare å bruke sunn fornuft, ingenting er farlig hvis du tar det med måte.” (Tore, 67 år).

Når Tore sier dette, er dette slik jeg ser det, et godt eksempel på at legfolks oppfatning av årsaker til god eller dårlig helse er komplekse (Bury 2005). Ulike studier har funnet at det er et klart skille mellom legfolks logikk når det gjelder helse, risiko og sykdom. Mens mennesker anser at helsebringende atferd som sunt kosthold, fysiskaktivitet og avslapning vil bidra til å vedlikeholde helse, så er det ikke gitt at slik handling vil avverge at sykdom oppstår (Nettleton 2006). Videre hevder Nettleton (2006) at legfolk i stor grad vektlegger biologiske forhold fremfor atferdsmønstre når det gjelder årsaker til sykdom. I forlengelsen av dette ses en tendens til at individers atferdsmønstre blir avvist som årsaksfaktorer til utvikling av sykdom og uhelse (ibid.).

For Tore er egenutført blodtrykksmåling en måte å forebygge uhelse på og en måte å ta vare på helsen sin. I tilknytning til spørsmålet om blodtrykksmålingen bidro til at han tok mer ansvar for

egen helse, bekreftet Tore dette og hevdet at han i de tilfellene avdekket høye blodtrykksverdier selv kontaktet legen eller justerte medisineringen. Tore uttrykte fremfor alt at egenutført blodtrykksmåling var et viktig forebyggende tiltak når det gjaldt å ta vare på helsen sin. Tore hevdet videre at de som ikke brydde seg om egenutførte blodtrykksmålinger var slurvete:

”Du kan jo si at det er mange som ikke bryr seg om en blodtrykksmåler, dem er litt slurvete, dem bryr seg ikke om å tenke på det. Det går bra så lenge det går, men har du måler så er du mer oppmerksom, det kan jo være mange ting som kan være galt.”
(Tore, 67 år).

Tore fremstiller blodtrykksmåleren som en viktig faktor i forebygging av sykdom, og vektlegger at monitorering av blodtrykket er hans primære forebyggende tiltak. Denne fremstillingen av de andre som slurvete, kan etter mitt syn forstås som at han i det lengste ønsker å bli identifisert med det folk oppfatter som et ansvarsfullt menneske som tar vare på helsen sin. Blodtrykksmåleren ilegges således stor vekt i Tore sitt forsøk på å fremstå som et ansvarlig menneske som tar vare på helsen sin, og blodtrykksmåleren er med på å skape det bildet av han selv som han ønsker. Ved å betegne de andre som slurvete skyves fokuset bort fra de som som ikke gjør livsstilsendringer, og over til de som ikke monitorerer blodtrykket. På denne måten nedtones det faktum at han ikke har tatt vare på helsen sin og at det kan oppstå forestillinger om at han kan være medskyldig i de sykdommene han har hatt.

Etter mitt syn kan egenutført blodtrykksmåling med overstående bakgrunn forstås som en måte å frita seg fra skyld på, ettersom han har fulgt med blodtrykket gjennom de teknologiske målingene. Gjennom å være åpen om bruken av blodtrykksmåleren prøver han å fremstå som troverdig i at han har gjort noe for å ta vare på helsen sin, og at han således ikke er skyld i de medisinske tiltandene han har hatt tidligere.

Kapittel 7. De egenutførte blodtrykkmålingenes konsekvenser

I de foregående kapitlene har vi sett på hvilke grunner som gis for egenutført blodtrykkmåling, samt hvordan blodtrykksmåleren kan forstås som symbolbærende artefakt. Ambisjonen med dette kapitlet er å se på hvilke konsekvenser egenutført blodtrykkmåling kan ha for brukernes helse- og kroppsforståelse. Analysekapitlet vil ha ta utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål: Fører de egenutførte blodtrykkmålingene til en medikalisert betraktning av egen kropp? Erstatter de egenutførte blodtrykkmålingene egen erfaring og kunnskap om kropp og helse?

7.1 Medikalisert betraktning av egen kropp

Ulik forskningslitteratur tar til orde for at en biomedisinsk forståelse dominerer i måten vi forstår helse, kropp og sykdom på i det moderne samfunnet (Lupton 1995). Som tidligere nevnt bygger biomedisinen på parakliniske tegn for å definere sykdom, og helse forstås som frihet fra funksjonsfeil (Hofmann 2008:144, Gjernes 2004). I forlengelsen av dette hevder Nettleton (2006) at innunder en biomedisinsk forståelse blir kroppen oppfattet som en maskin (ibid.). Dette synet kan spores tilbake til Descartes som atskilte kropp og sjel som to uavhengige enheter (Bury 2005:63). En slik tilnærming har ofte blitt kritisert for å være reduksjonistisk, i tillegg til at å kun konsentrere seg om de fysiske aspektene med kroppen, kan føre til forsømmelse av sinnet og personen (Bury 2005, Nettleton 2006). I min studie var jeg interessert i å se på hvilke konsekvenser egenutført blodtrykkmåling hadde for risikantenes helse- og kroppsforståelse.

Tjora (2003) stiller spørsmål om bruk av personlige medisinske måleinstrument vil føre til en medikalisert betraktning av egen kropp. I det ligger det slik jeg ser det, en forståelse av at kroppen blir betraktet gjennom et medisinsk og diagnostisk språk, hvor det objektive kroppssynet og det medisinske språket får stor plass i måten man forstår sin egen kropp på. Som vi så i et tidligere kapittel var det tydelig at blodtrykksmåleren spilte en viktig rolle for intervjupersonene ettersom de opplevde at å leve med risiko var fylt med usikkerhet og redsel, noe som førte til at de måtte forholde seg til kroppen på en ny måte. Blant de menneskene jeg snakket med kom dette til uttrykk ved at de i stor grad søkte forståelser på de kroppslige signalene ved at de målte blodtrykket når de kjente uregelmessigheter tilknyttet kroppen.

”Jeg måler når jeg kjenner at det er noe gærent. (...) Så når jeg føler at her er det et eller annet i kroppen da har jeg erfart gjennom målingene som jeg har gjort i mange år

da at hvis man føler seg uventet sliten og at man har trykk på hodet, i hodet og føler seg utilpass så kan det være høyt blodtrykk.” (Sverre, 67 år).

Det Sverre her gir uttrykk for, er at han måler når han kjenner det er noe gærent med kroppen. Hans erfaring gjennom blodtrykksmålingene har vist at kroppslige signaler som uventet sliten, trykk på og i hodet, samt å føle seg utilpass kan være tegn på høyt blodtrykk. Disse signalene blir således utslagsgivende for å måle blodtrykket. Anita er også en av intervjupersonene som måler blodtrykket når hun kjenner uregelmessigheter tilknyttet kroppen, og tenker på at det kan være forårsaket av blodtrykket.

”I perioder hvis jeg har mye hodeverk og sånn, så vil jeg følge med hvordan blodtrykket er, og i perioder så kan jeg blø veldig mye neseblod og da følger jeg med, og da tenker jeg at det er trykket som gjør det. Da bruker jeg å følge med og måle”. (Anita, 56 år).

I likhet med Sverre, måler Anita blodtrykket når hun kjenner noe unormalt med kroppen. Utsagnet ”da tenker jeg det er trykket som gjør det”, gir indikasjoner på at de kroppslige signalene ble gjenstand for medisinsk oppmerksomhet ved at de ble søkt forstått og satt inn i en medisinsk sammenheng ved hjelp av de egenutførte blodtrykksmålingene. Det de overnevnte eksemplene illustrerer er at kroppslige signaler ble gjenstand for medisinsk oppmerksomhet. Konkret innebar dette at hverdagslige plager som «å være slapp», hodepine og neseblod ble forstått og gitt mening ut fra å være symptomer på høyt blodtrykk. På denne måten endrer trivielle hverdagsplager status. Hodeverk er ikke hodeverk lenger, å være sliten er ikke bare å være sliten lenger, men derimot mulige tegn på en risikofaktor som kan lede til faretruende sykdom. Det risikantene tidligere har sett på som ”bare” hodeverk, tretthet og lignende, blir nå etter å ha fått konstatert høyt blodtrykk sett i lys av blodtrykksmålingene. Hvorvidt de kroppslige signalene er hverdagsplager eller tegn på høyt blodtrykk, beror på de egenutførte blodtrykksmålingene. Det er med andre ord blodtrykksmålingene som definerer hva som er *normale* og ufarlige kroppslige symptomer, og hva som er tegn på høyt blodtrykk. På denne måten er blodtrykksmålingene konstitutive for hvordan risikantene oppfatter de kroppslige signalene, og det er teknologien som definerer hva som er normalt og hva som er avvikende av de kroppslige signalene.

Når medisinenes forståelsesform således får en så stor plass blant menneskenes forståelse av kroppen, gir det etter mitt syn gyldighet til argumentet om en medikalisert betraktning av egen

kropp. For gjennom blodtrykksmålingene setter individene søkelyset på anatomiske, fysiologiske forhold, altså medisinske forhold for å forstå kroppen og dens signaler. På denne måten vurderer risikantene kroppen og de kroppslige signalene ut fra en medisinsk forståelse. Dette er et godt eksempel på at medisinen brer om seg i samfunnet og får betydning i mange deler av menneskenes eksistens (Tjora 2008), også hva angår kroppen.

Jakten på objektiv, nøytral kunnskap gjennom blodtrykksmålingene kan medføre at risikanten stoler mindre på egne subjektive vurderinger og kroppslige erfaringer. Hvilke signaler de skal kjenne etter, og hvilke signaler som er reelle i helsesammenheng. Dette er et godt eksempel på at det medisinske blikket er blitt panoptisk, og det medisinske språk altomfattende (Foucault 2003). Det Foucault mener er at vi ser alt med medisinsens blikk og forstår våre plager, men også kroppen gjennom en medisinsk forståelse. Dersom det er riktig at blodtrykksmåleren har så stor betydning for menneskers opplevelse av kropp, helse og sykdom, hva skjer da med den enkeltes opplevelse av god helse eller sykdom som ikke lar seg beskrive ved hjelp av teknologi?

7.2 Objektiv dominans

I min studie kommer en rekke faktorer til uttrykk som tydeliggjør at de menneskene jeg snakket med i stor grad tilstrebet en biomedisinsk forståelse av helsebegrepet, forstått på den måten at medisinsens objektive og kvantifiserbare sykdomsforståelse fikk større plass på bekostning av den subjektive forståelsen av helse. Denne streben etter en biomedisinsk helse kan karakteriseres som en *objektiv dominans* innen brukernes helse- og kroppssyn. Når jeg argumenterer for dette ligger det en forståelse av at tilstedeværelsen av medisinsk teknologi bidro til at mange av de menneskene jeg snakket med, i liten grad verken stolte på eller anerkjente sine subjektive følelser når det gjaldt helse i hverdagen. Deres *egne* tanker og erfaringer av hvorvidt de følte seg frisk eller syk, ble i stor grad underordnet de objektive blodtrykksmålingene.

Malterud (2006b) argumenterer for at subjektive symptomer ikke har tilsvarende status som objektive funn og det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget, når diagnoser skal stilles og sykdom skal avgrenses. I mitt materiale gjenkjennes i stor grad denne *biomedisinske dominansen* blant risikantenes forståelse av helse og kropp. Hos de intervjupersonene som er særlig oppmerksomme på de objektive målingene, finner jeg at de i stor grad avviser kroppslige

signaler som tegn på høyt blodtrykk eller avvik når de ikke samtidig får utslag på høye blodtrykksmålinger.

Intervjuer: Hvis du følte deg dårlig, og så viste blodtrykksmåleren at blodtrykket ikke var høyt, hva tenkte du da?

Magnhild: Da tenkte jeg at bare var sliten, fordi at jeg ble jo veldig ofte sliten i forhold til andre folk. Jeg var slapp så jeg tenkte at kroppen min er bare sånn, jeg tåler ikke for mye, men det er ikke på grunn av blodtrykket, derfor kunne jeg slappe av i forhold til det.

Magnhild hevder at dersom hun følte seg dårlig, og blodtrykksverdiene samtidig ikke viste høyt blodtrykk, avviste hun at hun var dårlig. I forlengelsen av dette mente hun at hun kunne slappe av i forhold til de kroppslige signalene ettersom blodtrykksmålingene ikke samtidig viste høyt blodtrykk. Slik sett, avvises de kroppslige signalene på bakgrunn av blodtrykksmålingene, et forhold som etter mitt syn vitner om at de kroppslige, subjektive signalene ikke har tilsvarende status som de objektive målingene. Dette kan videre underbygges avfunn fra Aksel, som er en av de som måler blodtrykket når han kjenner det er noe gærent med kroppen, men som avviser de kroppslige signalene dersom blodtrykksmålingene er normale.

”Om man liksom er usikker en dag på om det nå er rett det her, selv om jeg er litt sliten og hva det måtte være, så vet jeg at nei da, blodtrykket er normalt, det er bare at du har.. bare at du har litt sånn akkurat der og da, men det er ingenting som er feil.” (Aksel, 67 år).

Slik jeg tolker Aksel, anser han det å være sliten, og andre uspesifiserte ubehageligheter som ”litt sånn akkurat der og da” som villedende eller i hvert fall ubetydelige når ikke blodtrykksmålingene samtidig gir utslag på abnormale verdier. For selv om han kjenner seg sliten, og ”hva det måtte være”, så hevder han at ”det er ingenting som er feil”, ettersom blodtrykksmålingene er normale. Utsagnet ”det er ingenting som er feil”, gir etter mitt syn, indikasjoner på at blodtrykksmålingene får forrang foran andre signaler når en skal vurdere hvordan det står til med helsen. Slik jeg ser det gir Aksel uttrykk for at de subjektive følelsene og de kroppslige erfaringene ikke får tilsvarende status som de objektive målingene, da det er de objektive målingene som står for sannheten. Med denne bakgrunn ses en tendens hvor de kroppslige signalene avvises eller marginaliseres når intervjupersonene ikke samtidig måler forhøyede blodtrykksverdier. På denne måten overtar de medisinske forståelse av hva helse og kropp er. De patologiske, biologiske og fysiologiske tegnene ved helse blir de rådende og de blir stående som de *helseverdiene* som er verdt å strebe etter. Slik sett styrer ikke bare

blodtrykksmåleren kroppslige signalers betydning og måten de blir tolket og behandlet på, men også signalenes relevans. Dersom det ikke er overensstemmelse mellom symptomene og målt høyt blodtrykk blir ikke bare symptomene avvist som reelle tegn på høyt blodtrykk, men også som en kroppslig plage. Målingene har på denne måten blitt en del av pasientenes opplevelse av å være syk og å ha god helse.

At de patalogiske, biologiske og fysiologiske tegnene ved helse blir retningsgivende og ønskelig, underbygges videre når intervjupersonene fremhevet at helse ble satt i sammenheng med kroppens tilstand. For å synliggjøre dette vil jeg ta utgangspunkt i et utsagn fra Magnhild, som på spørsmål om hva helse var, svarte følgende.

“Helse, det er jo tilstanden til kroppen.” (Magnhild, 24 år).

“Det er jo tilstanden til kroppen”, slik det kommer til uttrykk i utsagnet til Magnhild, gir i følge meg uttrykk for en helseforståelse som i stor grad samfaller med den biomedisinske forståelsen av helse, hvor helse ses som fri for funksjonsfeil. Dette må ikke misforstås dit hen at dette var det eneste elementet som var viktig med helse. Individene la vekt på at helse var sammensatt, likevel var det en tendens i mitt datamateriale at helse i så stor grad ble satt i sammenheng med fravær av funksjonsfeil eller uregelmessigheter. Et forhold som ikke er urimelig å anta ettersom den biomedisinske modellen har hatt stor innflytelse og dominans i det vestlige samfunn (Bury 2005). At den biomedisinske helseforståelsen var viktig for intervjupersonene, kan også illustreres gjennom et utsagn fra Frøydis:

Intervjuer: Hva er viktig for deg når det gjelder helse?

Frøydis: Ja, det er jo sammensatt, men både den mentale helsen og den fysiske helsen er viktig, og hvis det er uregelmessigheter, så er det viktig for meg at det blir oppdaget slik at man kan sette inn mulige tiltak for å redusere virkninger.

Slik jeg ser det, ligger det her en forståelse av at for Frøydis er fravær av sykdom og fravær av risikofaktorer viktig for henne når det gjelder helse. Samlet sett mener jeg normale blodtrykksverdier er blitt både normen og målene for den helsen intervjupersonene tilstreber.

At de objektive målingene både fikk forrang framfor de subjektive følelsene og erfaringene, i tillegg til at de objektive målingene ble retningsgivende, ble videre styrket når intervjupersonene snakker om tilliten de hadde til de egenutførte blodtrykksmålingene. Til tross for det ikke bestandig var samsvar mellom de egenutførte blodtrykksmålingene og de

subjektive erfaringene, stilte intervjupersonene sjelden spørsmålstegn med hvorvidt de teknologiske målingene var riktig eller ei. De fleste intervjupersonene hadde stor tillit til de egenutførte målingene.

”Nå er jeg blitt så erfaren med det og kjenner til hvordan jeg skal gjøre det, så det er ingen problem å stole fullt og helt på den. (...) Stoler 100%.” (Asgeir, 67 år).

Slik jeg ser det stoler således intervjupersonene mer på teknologien, og de objektive målingene enn på de egne erfaringene de har av hvordan det står til med helse og kropp. Samlet sett mener jeg det kan være legitimt å snakke om en *objektiv dominans*²³ innen menneskenes helseopplevelse. Objektiv dominans kan forstås som at det er de *objektive* blodtrykksmålingene som fremtrer som naturlig og akseptable når det gjelder helseoppfatning og kroppsopplevelse, og det er de objektive målingene som dominerer i menneskenes helseopplevelse. Det er denne ”helsen” de ser ut til å tilstrebe.

Dersom det er riktig at den objektive helseoppfatningen knyttet til et måleinstrument, har så stor plass i menneskenes helseforståelse, hva skjer da med den subjektive helse- og kroppsopplevelse? Frikoblingen fra risikantenes subjektive erfaringer har fått kritikerne til å hevde at helsefagene har blitt fremmedgjorte (stranger medicine) (Hoffman 2008:150). Denne fremmedgjøringen fra kroppen skaper en opplevelse av tap av kontroll hos den syke, og opplevelsen av autonomi og troen på egne evner og ressurser undermineres (ibid.). Hvorvidt dette er tilfelle gir ikke materialet mitt svar på, det materialet mitt derimot tydeliggjør er at å leve med risiko fører til stor usikkerhet tilknyttet kroppen. Hvor kroppen som før har vært noe som man har kunnet kontrollere, i større grad nå fremtrer som fremmed, og utenfor den enkeltes kontroll. Og hvor blodtrykksmålingene nå blir en måte å gjenoppta kontrollen over kroppen sin på.

²³ Begrepet objektiv dominans finnes også i Bourdies teori om ”Den maskuline dominans”. Hvor han hevder at samfunnet er dominert av en form for mannlighet som virker undertrykkende for både kvinner, men også for enkelte menn.

Kapittel 8. Avsluttende diskusjon

Det overordede formålet med denne studien har vært å bidra med en forståelse av egenutført blodtrykksmåling som fenomen. Primært har jeg vært interessert i hvilke begrunnelser som gis for egenutført blodtrykksmåling, hvilke konsekvenser egenutført blodtrykksmåling hadde for egen helse og kropp, samt om det fantes begrensninger tilknyttet bruken av det personlige blodtryksapparatet. I det følgende vil jeg forsøke å svare på disse spørsmålene, samt samle opp og diskutere funnene som er gjort i analysen.

8.1 Herre over sykdom

I studiens innledning stilte jeg spørsmål om hvilke begrunnelser som lå til grunn for egenutført blodtrykksmåling, og om anskaffelse og bruk av blodtrykksmåleren var forbeholdt diagnostisering av en gitt medisinsk tilstand. Studiens forståelsesbidrag viser at begrunnelsene for egenutført blodtrykksmåling, i min studie, ble satt i sammenheng med risikofaktoren høyt blodtrykk. Høyt blodtrykk ble oppfattet som en alvorlig tilstand som risikantene ønsket kontroll over. Risikantene opplevde høyt blodtrykk som en personlig risiko, noe som blant annet kom til uttrykk ved et utsagn fra Mona, som hevdet at hun trodde hun var syk når hun fikk høye blodtrykksverdier. Studien min synliggjør at å leve med risiko for alvorlig sykdom på mange måter er utfordrende for risikantene. Dette kom til uttrykk ved at når ikke kroppen varslet om en tilstand som de anså som både akutt og alvorlig, førte det til usikkerhet omkring kroppen og dens signaler. Dette er i samsvar med Anderssens (1998) studie, hvor hun fremhevet at å leve med risiko innebar at kroppslige signaler ble kilde til bekymring. Der hvor Anderssen (1998) i sin studie vektla at individene ble avhengige av helsevesenet for å vite hvor nært de var syke eller friske, får den personlige blodtrykksmåleren en tilsvarende rolle blant risikantene i min studie. Den personlige blodtrykksmåleren bidrar med å gi risikantene kunnskap om hvorvidt de er frisk eller om de har høyt blodtrykk, og til å gi risikantene en følelse av at de har kontroll over kroppen. Kontrollering og monitorering av blodtrykket var viktig for risikantene, da de gjennom dette følte at de kunne iverksette tiltak mot det forhøyede blodtrykket og dermed forebygge senvirkningene av høyt blodtrykk. På denne måten kunne risikantene føle at de kunne ha kontroll over sin egen skjebne gjennom egenutført blodtrykksmåling.

Egenutført blodtrykksmåling er slik jeg ser det et uttrykk for at individene har tatt innover seg at kroppen er et prosjekt som må jobbes aktivt med, hvor både dens indre og ytre skal overvåkes (Shiling 2003). Det dominerende kroppsprosjektet for risikantene er å overvåke

blodtrykket for å kontrollere risikoen og kroppen, og dermed bli hva Anderssen (2006) betegnet som ”herre over sykdom” (Anderssen 2006). Når forbrukskulturen samtidig muliggjør og tilbyr overvåking av kropp og helse gjennom blodtrykksmålere, blir dette kjærkomne og ønskelige produkter, som inngår og får en sentral plass i individenes helseprosjekt.

8.2 ”Brannslukkeren”

Risikantenes streben etter å bli ”herre over sykdom” var i stor grad basert på å kunne iverksette tiltak for å unngå senvirkningene av høyt blodtrykk. Hva angikk blodtrykksmålerens forebyggende funksjon, skisserte jeg et interessant funn. En tendens i studien min var at en gruppe risikanter i materialet mitt først iverksatte forebyggende tiltak når blodtrykksmåleren viste avvikende, altså høye blodtrykksverdier. Dette betegnet jeg som en reaktiv tilnærming til forebygging, en forebyggingsstrategi som sammenfalt med den mannlige tilnærmingen til blodtrykksmåleren, i motsetning til den kvinnelige tilnærmingen, som var mer i retning av proaktiv kontinuerlig forebygging. Dette forholdet indikerte at menn og kvinner forholdt seg ulikt til helse og forebygging. Denne tolkningen fant jeg også støtte til i studiene til Anderssen (1998, 2008, 2010) og Courtenay (2000), som har knyttet forskjellen mellom kjønnene opp mot maskuliniteten, hvor forebygging av helse ble ansett som feminint. Der hvor Anderssen (2008) imidlertid hevder at menn ikke ser ut til å være interessert i å skaffe seg kunnskap og ikke går til rutinemessige kontroller, vil jeg argumentere for at mennene i denne studien både kontrollerer og skaffer seg kunnskap om sin egen helsetilstand, gjennom egenutførte blodtrykksmålinger. Likevel bidrar den reaktive tilnærmingen til forebygging til å skape en forståelse av at det først er når de diagnostiserer høyt blodtrykk at de bryr seg med å iverksette forebyggende tiltak. Min studie viser at mennene er interessert i å skaffe seg kunnskap om sykdom og risikofaktorer som truer, men at de brydde seg lite om forebygging så fremst ikke målingene viste at de måtte ”gripe inn”. På denne måten driver mennene i større grad med ”brannslukking” enn med tradisjonell forebygging.

Slik sett viser studien min noen interessante funn om når og under hvilke omstendigheter det kan være legitimt og/eller maskulint å iverksette tiltak mot uhelse. Ettersom mennene selv anser blodtrykksmåling som et tiltak i forebyggingen av uhelse, så kan kanskje teknologien ha åpnet for en mer maskulin måte å ta vare på sin egen helse. At dette har blitt en ”maskulin” måte å ta vare på helsen sin på, kan ses i sammenheng med at teknologi blir oppfattet som maskulint (Lie 2006). Hvorvidt dette er tilfelle er usikkert, likevel ligger det i utsagnene til risikantene en forståelse av at egenutført blodtrykksmåling er blitt en måte å ta vare på helsen sin og en del av individets helseatferd. Riktignok indikerer blodtrykket mye på den generelle

helsetilstanden, men ikke alt. Faren med den reaktive forebyggingsstrategien slik jeg ser det, kan være at verdien av tradisjonell forebygging marginaliseres, noe som kan tenkes å ha konsekvenser for andre helsetilstander som ikke berøres av høyt blodtrykk. Spørsmålet dette reiser er hva som skjer med andre helsetilstander som ikke gir utslag i form av høyt blodtrykk, men som kan forebygges gjennom livsstiltak? Dette signaliserer slik jeg ser det noe av faren ved inntoget av medisinske måleinstrument til bruk i hjemmet, da andre aspekt ved helsen kan bli neglisjert dersom blodtrykksmåleren eller for den saks skyld annen teknologi får en stor plass i folks helseatferd.

8.3 Den ansvarlige risikanten

Sentralt i risikantenes begrunnelser for egenutført blodtrykksmåling er at de ser seg selv som ansvarlige individer med ansvar for egen helse. I denne forbindelse ble det fremhevet blant individene at de brukte blodtrykksmåleren for å være selvstendige, og for å slippe å gå til legen. Dette ble utdypet ved at flere uttrykte misnøye i forhold til legen. Et forhold som kan settes i sammenheng med den økte mistilliten man ser i forhold til eksperter generelt i dagens samfunn (Williams og Calnan 1996). Sett i et medisinsk sosiologisk perspektiv, kan man imidlertid stille spørsmål om dette er et uttrykk for demedikalisering? Riktignok var det uttrykk for misnøye og skeptisk til legen, i tillegg til at det var en oppfattelse om at legen ble mindre viktig. Når likevel da legen blir søkt når de konstaterer høyt blodtrykk, reiser dette spørsmålet om ikke legen da blir viktigere? Materialet mitt gir riktignok ikke svar på hvor ofte legen har blitt kontaktet før og etter kjøp av blodtrykksmåleren, likevel sitter jeg igjen med en følelse av at legen blir viktigere som en konsekvens av bruken av blodtrykksmåleren. Selv om individer kan diagnostisere blodtrykket selv, er det legen som kan gi behandling og medisinerer i forhold til blodtrykket.

Risikantene er bevisste det ansvaret de har for egen helse, og hevder at blodtrykksmåleren er et hjelpemiddel for å ivareta dette ansvaret. Anita var en av dem som hevdet at dersom hun ikke hadde brukt blodtrykksmåleren så hadde hun ikke brydd seg om sin egen kropp og helse. Dette gir indikasjoner til at det individuelle ansvaret for egen helse blir enda mer omfattende ved inntog av medisinske måleinstrument. Dersom dette er riktig, vil forbrukerkulturen på denne måten bidra til å endre normene (og idealene) for egen helse og kropp (Featherstone 1991). I sin ytterste konsekvens kan dette medføre at skillet mellom hva som er legens jobb og legfolks jobb blir diffust. I dette legger jeg at når forbrukerkulturen stadig brer om seg med ulike medisinske teknologier og selvtester, blir det opp til individene å vurdere om de anser det som

nødvendig å bruke dette eller ikke. I forlengelsen av dette kan en lure på hvor ansvaret for ens egen helse skal gå, og hvilken kropps-og helseopptatthet som er ønsket.

Den sterke koblingen mellom helse og ansvar kom i studien min klart til uttrykk ved at det lå ulike føringer i forhold til bruken av blodtrykksmåleren. Spesielt viste dette seg å være tilfelle ved at intervjudeltakerne fremhevet at blodtrykksmålerens plass var i den private sfæren, og ble videre ansett som upassende i den offentlige sfæren. Gjennom anvendelse av Goffmans teorier om selvpresentasjon og stigma fikk vi en innsikt i begrensninger av det medisinske instrumentet. Som belyst tidligere kan en konsekvens av den sterke vektleggingen individer har for sin egen helse, føre til kulturelle forestillinger som skyld, skam og stigmatisering (Lupton 1995, Møen 2002). Dette ses i sammenheng med at høyt blodtrykk som en livsstilssykdom både blant risikantene i min studie, samt den medisinske forskningslitteraturen i stor grad ble ansett som selvforskyldte medisinske tilstander.

Unngåelse av bruken av blodtrykksmåleren i den offentlige sfære, kunne ses som at blodtrykksmåleren hadde en sosial betydning ved at individene har ”feilet” i sin oppgave om å ta vare på og følge med sin egen helse. På denne måten fremstår blodtrykksmåleren som en symbolbærende artefakt, og sier noe om hvem som bruker dette instrumentet. Slik sett kan blodtrykksmåleren i den offentlige sfæren fremstå som trussel mot individets selvidentitet. Risikantene er opptatt av å formidle at de er ansvarlige individer, og ønsker å gi et positivt bilde av seg selv (Goffman 1992). Dette innebærer at risikantene underkommuniserer at de har og bruker blodtrykksmåler, og på denne måten unngår de å bli stigmatisert som hypokondere og/eller uansvarlige individer. Med denne bakgrunn mente jeg vi kan forstå risikantene strategi om å unnlate bruke blodtrykksmåleren offentlig, da blodtrykksmåleren synliggjør at man har ”forsømmet” det ansvaret man har for egen helse, og at man dermed står i fare for å bli stemplet som moralske avvikere (Shillig 2003).

Materialet mitt synliggjør også under hvilke situasjoner bruk av blodtrykksmåler ikke var stigmatiserende. Bakgrunnen for denne identifiseringen var identifiseringen av en stereotypisk ”blodtrykksmåler”²⁴. Denne stereotypien bygde på risikantenes forståelse av at de som brukte blodtrykksmåler var eldre mennesker, noe de satte i sammenheng med at det var eldre mennesker som hadde høyt blodtrykk. Gjennom denne identifiseringen vi fikk et inntrykk av

²⁴ Blodtrykksmåler i overført betydning. Her ment som brukeren av blodtrykksmåleren.

hvem bruken av blodtrykksmåleren kunne være stigmatiserende for, men også for hvem bruken av blodtrykksmåleren ikke var stigmatiserende for. Dette viste seg å være tydelig i forhold til Magnhild, som gjennom sin lave alder bidro til å synliggjøre at hun ikke hadde en selvforskyldt medisinsk tilstand. Hun falt derfor utenfor av hva vi forventer av de som er uforskyldt syk, og offentlig blodtrykksmåling kunne derfor forstås som en normal og akseptert handling fra henne.

Tett forbundet med dette, viste studien min at bruk av blodtrykksmåleren også er en måte å fri seg for skyld på. Dette viste seg å være tilfelle i en situasjon hvor risikanten hadde hatt en rekke sykdommer som *kunne* relateres til høyt blodtrykk. Han hevdet at han ikke hadde hatt tid til forebyggende aktiviteter, men at ingenting var farlig så lenge man var måteholden, dette gjaldt også røyking. I dette tilfellet tolket jeg hans fremstilling og åpenhet om blodtrykksmåleren som viktig i hans forsøk på å fremstå som et ansvarlig individ som tok vare på helsen sin. Når man ikke innfrir normene om å ta vare på sin egen helse gjennom tradisjonelle forebyggende tiltak (fysisk aktivitet, kosthold etc.), blir egenutførte blodtrykksmålinger fremhevet som et viktig tiltak i individets helseprosjekt. Dette synliggjør at egenutført blodtrykksmåling er blitt en måte å ta vare på helsen sin.

Samlet sett mener jeg at både strategien om å unngåelse bruken av blodtrykksmåleren i det offentlige rom, men at også fremhevelse av blodtrykksmåleren er gode eksempler på at helse og selvidentitet er tett knyttet sammen i dagens samfunn (Shilling 2003). Hvor medisinske tilstander kan medføre konsekvenser for selvidentiteten (Bury 2005).

8.4 Streben etter den medisinske normalitet

For å tydeliggjøre hvilke implikasjoner egenutført blodtrykksmåling hadde for brukerne av blodtrykksmåleren fremsatte jeg begrepet objektiv dominans. I det la jeg at de subjektive følelsene og erfaringene ikke fikk tilsvarende status som de objektive målingene når det gjaldt deres helseoppfatning og kroppsopplevelse. Dette er også i samsvar med studien til Mol (2002) som hevdet de subjektive følelsene hadde en tendens til å bli marginalisert til fordel for de kvantitative målingene når det gjaldt egenmåling av blodsukkeret. De objektive blodtrykksmålingene ble det retningsgivende innen helseoppfatningen og kroppsopplevelsen til individene. Slik jeg ser det tilstrebet risikantene en helse som i stor grad var basert på frihet for ikke bare sykdom, men også risikofaktorer. Dette kan igjen forstås som en streben etter de biomedisinske idealene hvor helse er fravær av funksjonsfeil, og hvor det negative helsebegrepet (Bury 2005) ble dominerende i individenes opplevelse og streben når det gjaldt helse. Slik jeg ser det strebet individene på denne måten normalisering og de biomedisinske

idealene for helse, hvilket er et godt eksempel på at det *medisinske blikket* brer om seg i samfunnet (Foucault 2003) og får relevans på områder som tidligere ikke har vært medikalisert. Dette kom godt til uttrykk i synet på kroppen hvor kroppens signaler ble søkt forstått gjennom et medisinsk og diagnostisk språk, hvor det objektive kroppssynet og det medisinske språket fikk stor plass blant risikantenes kroppsopplevelse. Alle kroppslige signaler, trivielle hverdagsplager, blir betegnet som potensielle signaler om “fare på ferde”. Dette medfører at risikantene blir avhengige av blodtrykksmåleren, da det var denne som kunne gi visshet om hvordan staa var. Den medisinske forståelsen spilte derfor en viktig rolle når det gjaldt å definere hva som var normalt, og ble hos risikantene viktig for å forstå deres kropp. Slik sett mener jeg at blodtrykksmåleren er et godt eksempel på at en stadig større del av både hverdagslivet og kroppen har havnet under medisinsk herredømme, og det er med dette utgangspunkt jeg mener vi kan snakke om det Tjora (2003) betegner som en medikalisert betraktning av egen kropp.

Samlet sett kan man med dette grunnlag hevde at forbrukerkulturen bidrar til å endre og skape normene og kropps- og helseidelaene (Featherstone 1991). Etersom helse påvirkes av kulturell flyt (Hannerz i Gjernes 2004:151), er det grunn til å tro at helseidelaene blir påvirket av føringer i forbrukerkulturen. Hva som er normalt og ønskelig blir i stor grad endret gjennom forbrukerkulturen og medikaliseringen. Helse er ikke lenger bare frihet fra sykdom, men også fravær av risiko. På denne måten gis det indikasjoner til at det er det negative helsebegrepet fremstår som normaltilstanden, og det er disse idelaene og normene som inngår som målsetning i individets kroppsprosjekt (Shilling 2003, Featherstone 1991). Disse aspektene ved det moderne samfunn bidrar til å opprettholde og skape et behov om frihet fra kroppslige lyter, aldring og død, men også sykdom blir ansett som noe negativt (Featherstone 1991). Dette kan forstås som det Guneriussen (i Anderssen 2010:307) gir betegnelsen eksistensiell medikalisering, hvilket er en beskrivelse på at medikaliseringen er så gjennomgripende i samfunnet at alt av ubehag og smerte, samt kroppslig svekkelse oppfattes som ’unaturlige’ problemer blant mennesker.

Kombinasjonen mellom et ekspanderende kropps- og helsemarked og medikalisering, herunder økt fokus på risikofaktorer, bidrar til å skape en følelse over at kroppen ikke lenger er til å stole på. Dette skaper også, slik jeg ser det, et uttrykk for at alt av kroppslige ”avvik” kan og må unngås, og jeg mener det er viktig å stille spørsmålet om hvor vi ønsker at folks helse- og kroppsopptatthet skal gå.

8.5 Forslag til videre forskning

Studien min er en kvalitativ studie, hvor først og fremst forståelse av fenomenet har stått i fokus. Bruken av personlige medisinske målesinstrument er noe vi vet lite om, og vi vet blant annet ikke hvor utbredt dette er i befolkningen. At blodtrykksmåleren, i likhet med andre medisinske måleinstrument er så tilgjengelige på det åpne markedet, gir grunnlag for å tro at dette er relativt utbredt i den norske befolkningen. Med denne bakgrunn kan det være interessant å utforske fenomenet videre gjennom kvantitative studier, for dergjennom å kunne beskrive omfanget av fenomenet egenutført blodtrykkmåling og kanskje da også andre medisinske måleinstrument.

Litteraturliste:

- Anderssen, Jorid (1998): *"No går det på helsa laus. Helse, sykdom or risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn"* Avhandling dr.philos., ISM skriftserie, 46. Tromsø: Universitetet i Tromsø
- Anderssen, Jorid (2000): *"Men du har jo den angsten i dæ..."* i Elisabeth Swensen (red.) *"Diagnose:Risiko"*, Oslo: Universitetsforlaget
- Anderssen, Jorid (2006): *"Risiko for sykdom hos menn – kvinners ansvar"*, Sosiologisk tidsskrift 2006/01
- Anderssen, Jorid (2008): *"Mannen som motstridende pasient"* i Aksel Tjora (red.) *"Den moderne pasienten"* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Anderssen, Jorid (2010): *"Forebygging, hverdagsliv og samfunnsendring. Hvordan forebyggende medisin blir en del av folks hverdagsliv"*. Tidsskrift for samfunnsforskning 2010, 02, 281-310
- Barsky, Arthur.J (1988): *"The Paradox of health"*, New England Journal of medicine 318:414-418.
- Armstrong, David (1995): *"The rise of surveillance Medicine"*, Sociology Of Health And Illness 17:393-404
- Beck, Ulrich og Beck-Gernsheim, Elisabeth (2002): *"Individualization"*, London: Sage
- Beck, Ulrich (1992): *"Risk Society. Towards a New Modernity"*. London: Sage
- Bjelland, Anne Karen og Isaken, Lisa Widding (2004): *"Gavekort på kosmetisk operasjoner?"*. Kronikk i Bergens tidende (28.11.04).
- Blomhoff, Rune, Iversen, Per Ole og Thuesen, Nils Petter (2007): *"Hjelp, jeg har fått høyt blodtrykk. Hva nå?"*, Oslo: Birkeland Publications
- Bury, Michael (2005): *"Health and illness"*, Cambridge: Polity Press
- Christie, Werner (2000): *"Forord"* i Elisabeth Swensen (red.) *"Diagnose:Risiko"*, Oslo: Universitetsforlaget
- Conrad, Peter (1992): *"Medicalization and social control"*. Annual Review of Sociology, 18, 209-232
- Conrad, Peter (2005): *"The Shifting Engines of Medicalization."* Journal of Health and Social Behavior 2005, Vol 46 (March): 3–14
- Courtenay, Will H. (2000): *"Construction of maskulinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health"*, Social Science & Medicine, 50, 1385-1401
- De Maio, Fernando (2010): *"Health & social theory"*, Hampshire: Palegrav Macmillan

- Dyregrov, Atle (2006): *"Komplisert sorg: teori og behandling"* Tidsskrift for norsk psykologforening 2006, 43, 779–786
- Featherstone, Mike (1991): *"The body in consumer culture"* i Mike Featherstone et.al (red.) *"The body: social process and cultural theory"* London: Sage
- Feiring, Eline (2004): "Ser ned på lungekreftpasienter", Tidsskr Nor Lægeforen nr. 13–14, 124
- Folkehelseinstituttet: *"Helsetilstanden i Norge"* rapport 2010:2
- Fossåskaret, Erik (2005): *"Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse"* i Erik Fossåskaret, Otto Laurits Fuglestad og Tor Halfdan Aase (red.): *"Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data"* Oslo: Universitetsforlaget
- Foucault, Michel (1999): *"Seksualitetens historie 1. Viljen til viten"*, Oslo: Pax forlag
- Foucault, Michael (2003): *"The birth of the clinic"*, Abingdon: Routledge Classics 2003
- Gabe, Jonathan, Bury, Mike og Elston Mary Ann (2004): *"Key Concepts in Medical Sociology"*, London: Sage
- Giddens, Anthony (1991): *"Modernity and Self-identity"*. London: Polity Press
- Gjernes, Trude (2004): *"Helsemodeller og forbyggende helsearbeid"* Sosiologisk tidsskrift nr.2 2004
- Gjernes, Trude og Måseide, Per (2008): *"Forebyggingspasienten"* i Aksel Tjora(red.) *"Den moderne pasienten"* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Goffman, Erving (1963): *"Stigma, Notes on the management of spoiled identity"*, New Jersey, Penguin
- Goffman, Erving (1992): *"Vårt rollespill til daglig. The Presentation of self in everyday life"*, Oslo, Pax forlag A/S
- Hadler, NortinM. (2004): *"The last well person. How to stay well despite the health-care system."* Montreal: Mc Gill-Queen's University Press
- Helsedirektoratet (2000): *"Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger"* rapport 2/2000.
- Hofmann, Bjørn (2008): *"Hva er sykdom?"* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Holmen, Jostein (2000): *"Kampen om blodtrykket"* i Elisabeth Swensen (red.) *"Diagnose:Risiko"*, Oslo: Universitetsforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005): *"Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode"*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

- Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna (2005): *“Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter”*, København: Hans Reitzels Forlag
- Kvale, Steinar (1997): *“Det kvalitative forskningsintervju”* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsen, Bjørn Inge (2012) *“Helseutfordringene i verden er i endring”*, Kronikk i Dagsavisen (10.02.2012)
- Lian, Olaug S. og Skolbekken, John A. (2003): *“Ethiske utfordringer ved innføring av ny medisinsk teknologi.”* Tidsskr Nor Lægeforen, 123 ,478-8
- Lian, Olaug S. (2007): *“Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten”* Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Lie, Merete (2006): *“Kjønn og teknologi”* i Jørgen Lorentzen og Wencke Mühleisen (red.) *“Kjønnforskning. En Grunnbok.”* Oslo:Universitetsforlaget
- Lupton, Deborah (1995): *“The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body”*. London:Sage
- Lupton, Deborah (1999): *“Risk”*, Abingdon: Routledge
- Lupton, Deborah (2003): *“Medicine as culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies”* London: Sage
- Løchen, Yngvar (1971): *“Behandlingssamfunnet. Sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn.”* Oslo: Gyldendal
- Malterud, Kirsti (2003): *“Kvalitative metoder i medisinsk forskning”*, Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, Kirsti (2006a): *“Kjønn og helse”* i Jørgen Lorentzen og Wencke Mühleisen (red.) *“Kjønnforskning. En Grunnbok.”* Oslo:Universitetsforlaget
- Malterud, Kirsti (2006b): *“Subjektive symptomer uten objektive funn”*, i Kirsti Malterud, John Nessa, Per Stensland, Janecke Thesen *“Legekunst i Praksis. Kommunikasjon lege-pasient”*. Oslo: Universitetsforlaget
- Marantz, Paul R. (1990): *“Blaming the victim: The negative consequence of preventive medicine”*. American Journal of Public Health Vol 80 No.1
- Middelthon, Anne-Lise (2005): *“Om å være sin egen risikoforvalter og kontrollør”*. Tidsskrift Norske Lægeforening, 6,125:763-4
- Mol, AnneMarie (2000): *“What Diagnostic Devices Do: The Case of blood sugar Measurement”*, Theoretical Medicine and Bioethics 21, 9-22

Møen, Atle (2002): ”Den globale produksjonen av symbol og kunnskap: Verdsflukt og verdsherredømme.” i Strategisk program for forskning om globalisering og internasjonalisering: velferd, arbeid, legitimitet og globalisering. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning i Bergen.

Nettleton, Sarah (1997): “*Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise*”, i Alan Peterson og Robin Bunton (red.): “*Foucault, Health and Medicine*.” London: Routledge

Nettleton, Sarah (2006): “*The sociology of health and illness*”, Cambridge: Polity Press

NSD: ”Informasjon og samtykke” www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html (12.05.12)

Parsons, Tacott (1988): ”Definisjoner av helse og sykdom i lys av amerikanske verdier og den amerikanske samfunnsstruktur”, i Dag Østeberg ”*Talcott Parsons Sosiologiske Essays*” Oslo: Pax Forlag A/S

Petersen, Alan og Lupton, Deborah (1996): ”*The new public health. Health and self in the age of risk*”, London: Sage

Postholm, May Britt (2005): “*Kvalitativ metode. En innføring med focus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*”, Oslo, Universitetsforlaget

Regjeringen (2012): ”*Norge med i nytt internasjonalt klima- og helsesamarbeid*” (02.05.2012).

Ryen, Anne (2006): “*Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*”, Bergen: Fagbokforlaget

Richards, Lyn (2005): “*Handling qualitative data. A practical guide*”, London: Sage

Sandnes, Toril (red.): ”*Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn*”. Rapport 2007/37. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Silverman, David (2006): ”*Interpreting qualitative data*”, London: Sage

Shilling, Chris (2003): “*The body and social theory*”, London: Sage

Skolbekken John.A (2000): “*Risiko for sykdom – vår tids epidemi?*” I Elisabeth Swensen (red.) “*Diagnose:risiko*”. Oslo: Universitetsforlaget

Skolbekken, John. A (2010): ”*Risikoepidemien – to tiår etter*” i. *Michael 2010; suppl 9: 79–87.*

Store medisinske leksikon (1998); Bind 2. Oslo: Kunnskapsforlaget

Shuy, Roger W. (2003): ”*In-person versus telephone interviewing*” i James A. Holstein og Jaber F. Gubrium ”*Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*” Thousand Oaks: Sage

Svensson, Roland (1998): "*Samfunn, medisin, sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi*", Oslo, Gyldendal Akademisk
Teknisk Ukeblad (02.01.2007): "*Perfekte for hypokondere*"

Thagaard, Tove (2002): "*Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*", Bergen: Fagbokforlaget

Tjora, Aksel (2003): "*Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi.*" Sosiologi i dag, 33(2):51-74

Tjora, Aksel (2008): "Den moderne pasient i sosiologisk lys" i Aksel Tjora(red.) "*Den moderne pasienten*" Oslo: Gyldendal Akademisk

Williams, Simon J. og Calnan, Michael (1996): "*The Limits Of Medicalization?: Modern Medicine And The Lay Populace In 'Late' Modernity*", Social Science & Medicine, 42 (12)

VEDLEGG

Vedlegg 1.

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK Nord Til:

Dokumentreferanse: 2009/199-9 Dokumentdato:

BLODTRYKKSÅMÅLER: HELSE GITT SOM TEKNOLOGISK BESKRIVELSE? Vi viser til prosjektleders tilbakemelding vedlagt annonsetekst og informasjonsskriv versjon 3.

Komiteen hadde bedt om en nærmere redegjørelse for rekrutteringsmetoden. Søker har opplyst at man skal bruke snøballmetoden. Dette er ikke utdypet. Komiteen minner om at man må være spesielt varsomme ved innhenting av samtykke til deltakelse i forskning der de forespurte vil kunne føle seg forpliktet til å delta. Det må ikke avkreves et aktivt nei-svar hvis man ikke vil delta. Det må gis betenkningstid slik at de forespurte kan rådføre seg med andre. Et eventuelt samtykke til deltakelse må kunne leveres/sendes inn på eget initiativ. På denne bakgrunn bør også linjen for at man har gitt informasjon om studien fjernes fra samtykkeskrivet i denne studien. Under forutsetning av at ovennevnte tas til følge har komiteen ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Etter fullmakt er det fattet slikt

vedtak: *prosjektet godkjennes Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer*

komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteens vedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken jf. fvl. §28. Klagefristen er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet fram til vedkommende part, jf. fvl. § 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, men en eventuell klage skal rettes til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord Norge

Vi gjør oppmerksom på helseforskningslovens § 12, som pålegger prosjektleder å sende sluttmelding til komiteen når prosjektet avsluttes.

Med hilsen

May Britt Rossvoll sekretariatsleder

Vedlegg 2.

Forespørsel om deltakelse i sosiologisk forskningsprosjekt

”Blodtrykksmåler - helse gitt som teknologisk beskrivelse?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt om personlig bruk av blodtrykksmålere. Dette er et forskningsprosjekt tilknyttet min mastergrad i sosiologi ved universitetet i Tromsø, og som masterstudent anser jeg **dette** temaet som både viktig og interessant, spesielt hvilke konsekvenser bruk av blodtrykksmåler får for individers opplevelse av kropp og helse. I denne forbindelse er jeg interessert i å intervjuer mennesker som av ulike årsaker har og bruker blodtrykksmåler jevnlig, dvs. minimum én gang i måneden.

Hva innebærer studien?

I prosjektet vil jeg intervjuer mennesker som jevnlig bruker blodtrykksmåler, og spørsmålene som vil bli berørt i intervjuet er blant annet tilknyttet helse, blodtrykksmåling, forebygging og legekonsultasjon. Intervjuene tar sikte på å vare en time. Selve intervjuene vil i sin helhet bli tatt opp på lydbånd for å sikre mest mulig materiale.

Hva skjer med informasjonen og informasjonen om deg?

Opplysningene som innhentes i prosjektet vil bli behandlet konfidensielt, hvilket innebærer at intervjuene som tas opp på bånd og andre opplysninger om deg, vil bli lagret på en sikker måte i prosjektperioden. Når intervjuene skrives ut i form av transkripsjoner skal det ikke være mulig å gjenkjenne deg. Alle personopplysninger inkludert lydopptakene skal slettes senest ved prosjektslutt mai 2010.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien uten at det får konsekvenser for deg. Du undertegner samtykkeerklæringen dersom du ønsker å delta.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med mastergradsstudent Silje Pedersen enten på mobil [redacted] eller e-mail: [redacted]

Veileder på prosjektet er stipendiat Knut T. Vik [redacted]

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring om hva studien innebærer

Forskningsprosjektet omhandler personlig bruk av blodtrykksmålere, og studien tar sikte på å belyse hvorfor blodtrykksmåleren anskaffes og hvilke konsekvenser denne bruken får for brukernes opplevelse av egen helse og kropp. I studien vil jeg prøve å kartlegge individers erfaringer, følelser, bruk og tanker rundt personlig bruk av blodtrykksmålere. Den mest adekvate måten å gjøre dette på er å intervju selve brukerne, da det tross alt er brukerne som vet noe om dette. I prosjektet tas det høyde for å intervju 12-15 personer. Alle intervjuene tar sikte på å vare ca 1 time, men intervjuetiden kan variere noe alt etter hvordan intervjuet utarter seg.

Kapittel B - Personvern

Personvern og oppbevaring av materiale

Opplysninger som registreres om deg er direkte siterte utsagn som fremkommer i intervjuet. Som tidligere nevnt vil de ferdig transkriberte intervjuene være aidentifiserte og dermed vil det ikke være mulig å gjenkjenne deg. Dette innebærer at jeg i transkripsjonene vil operere med fiktive navn på bosted, og andre egennavn som fremkommer i intervjuet. Ditt fiktive navn vil knytte deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Denne vil bli nedlåst i en skuff og bare personer med ansvar for studien har tilgang til denne, dvs. veileder og studenten som er ansvarlig for prosjektet.

Dersom du trekker deg fra studien, vil opplysningene om deg og materialet slettes. Denne rettigheten faller bort når prosjektet er forelagt kommisjon for sensur 15. mai 2010.

Informasjon om utfallet av studien

Dersom det er ønskelig kan sammendrag fra intervju ettersendes deltaker. Forskningsprosjektet er som tidligere nevnt et mastergradsprosjekt, og vil fremlegges en kommisjon for sensur mai 2010. Forskningsprosjektet vil etter godkjenning være et offentlig dokument, og vil publiseres på Munin, hvilket er et arkiv ved universitetet i Tromsø der blant annet forskningsresultater og uteksaminering av høyere grads studenter ved UiT gjøres fritt tilgjengelig.

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3.

Intervjuguide til prosjektet:

“Blodtrykksmåler: helse gitt som teknologisk beskrivelse?”

Innledning

- Informere om informasjonsskrivet
- Standardopplysninger (Alder, jobb, familie)

Generelt om blodtrykksmåleren

- Hvordan type blodtrykksmåler har du?
- Hvorfor valgte du den blodtrykksmåleren?
- Hvor lenge har du hatt den?
- Hvor kjøpte du den?
- Hvor tror du man får kjøpt blodtrykksmåler?

- Hvorfor skaffet du deg personlig blodtrykksmåler?
- Var det noen som oppfordret deg til å skaffe deg egen blodtrykksmåler?
- Hvorfor er det viktig for deg å ha blodtrykksmåler?
- Er bruk av blodtrykksmåler et ansvar du føler at du har?
- Hvem tror du ansakffer og broker blodtrykksmåler? Eller hvilke begrunnelser tror du folk har for å skaffe seg blodtrykksmåler?

Målingene

- Kan du fortelle om hvordan en typisk blodtrykksmåling foregår?
(når, alene, hvor ofte, er det lenge siden siste måling)
- Har blodtrykksmåleren en minnefunksjon? Hvor ofte brukes eventuelt den. Hvor viktig er denne funksjonen?
- Er det noen spesielle symptomer som er utslagsgivende for at du måler blodtrykket?
- Hva er et bra/dårlig resultat?
- Hvordan påvirker resultatene av blodtrykksmålingene deg? Hvilke konsekvenser får eventuelt høye blodtrykksmålinger for deg?
- Hvordan broker resultatet av blodtrykksmålingene å stemme overens med hvordan du føler deg?
- Har antall målinger endret seg siden du fikk blodtrykksmåleren?

Lege

- Har det hendt at du har kontaktet lege pga. resultatene av målingene?
- Er legekonsultasjonene blitt mer eller mindre viktige for de getter at du kunne male blodtrykket hjemme?
- Hvilke resultater stoler du mest på, i forhold til blodtrykksmålingene du gjør hos legen og hjemme?
- Drøfter du egen blodtrykksmåling med lege?

Inntrykk

- Hadde du noen inntrykk av blodtrykksmålere før du anskaffet deg?
- Har du noen negative erfaringer med blodtrykksmåleren?
- Hvordan opplæring har du fått i bruk av blodtrykksmåleren?
- Hvor mange er det i husstanden din som broker apparatet?

- Har du/dere flere medisinske måleinstrument i husstanden?
- Hvor oppbevarer du blodtrykksmåleren?
- Hva tenker du om anskaffelse av andre medisinske måleinstrument?
- Har du noen gang oppfordret andre til å skaffe seg blodtrykksmåler?
- Hva tenker du om å kvitte deg med blodtrykksmåleren?
- Dersom du reiser bort, tar du da blodtrykksmåleren med deg?
- Hender det at du tar frem blodtrykksmåleren dersom du har besøk?
- Etter din mening, finnes det noen steder det er upassende å bruke blodtrykksmåleren?

Helse

- Hva er helse for deg?
- Hva er viktig for deg når det gjelder helse?
- Tar du godt vare på din egen helse slik du vurderer det?
- Tenker du mye på sykdom eller sykdomsrisiko til vanlig?
- Føler du at du kan overvåke helsa di i større grad selv etter at du fikk blodtrykksmåleren?
- Opplever du at bruk av blodtrykksmåleren bidrar til at du tar mer ansvar for egen helse?
- Føler du det at du broker egen blodtrykksmåler forteller noe om deg og ditt forhold til egen helse?
- Har du fått et nærmere forhold til egen helse etter at du fikk blodtrykksmåleren?
- Har blodtrykksmåleren bidratt til at du kjenner kroppens signaler bedre?
- Finnes det sykdommer som er selvforskyldte etter din mening?
- Hvis du tar bort blodtrykksmåleren, hvilke følger får det for deg?
- Hvilke forebyggende tiltak kjenner du til når det gjelder situasjonen din?

Avslutning

- Nå nærmer vi oss slutten, er det noe du vil legge til som er viktig å få med seg?
- Kjenner du flere som hare gen blodtrykksmåler som kanskje kunne ha tenkt seg til å stille opp til intervju?
- Tusen takk for at du stilte opp.