

Ungdom, kost og diabetes

Bibi Hølge-Hazelton

Livet for mig
har typisk været noget med
altså jeg har levet utroligt usundt
har stort set levet af fastfood, slik, cola, marsbar
og al den dur der
jeg har været den type
som virkelig har gået helt amok
med slik altid
Det er jo ikke kun mig
det er alle unge

Denne artikel skrives på baggrund af ph.d. afhandlingen: *Diabetes – en skole for livet* (Hølge-Hazelton 2003). Baggrunden for afhandlingsarbejdet var først og fremmest en interesse i at forstå hvad det betyder for et ungt menneske at få den livslange sygdom: insulinkrævende diabetes. Hvad betyder det at være ung med en fremtid foran sig, der alle steder fra beskrives som fuld af frie valg og muligheder, og så, fra den ene dag til den anden, at skulle indstille sig på at have sygdom med sig hver dag? Hvad betyder det at næsten enhver afvigelse fra en fastlagt, rutinepræget hverdag giver sig udslag i kropslige symptomer – ikke mindst set i lyset af at de færreste unge lever en udpræget regelmæssig og forudsigelig hverdag? For at komme disse spørgsmål nærmere blev en gruppe på otte unge med insulinkrævende diabetes fulgt umiddelbart efter de havde fået stillet diagnosen og to år frem. Disse unge blev observeret og interviewet i forbindelse med et ophold på en diabetesskole, hvor de deltog i et ungdomshold. Efterfølgende blev de interviewet uden for sygehusets rammer, ofte i deres hjem. For at nuancere billedet blev 20 unge med

diabetes involveret via Internettet, hvor de dels blev interviewet og dels deltog i løbende "multiloger" (jævnfør Shank og Cunningham 1996). Nogle af disse kontakter stod på over to år og involverede mere end 200 e-mails. Ud over studiet med de unge, indgik et feltstudie på en større diabeteskole, hvor fokus specielt var på lægerne og sygeplejerskernes kontakt med og undervisning af mennesker med diabetes.

Bearbejdningen af materialet fra de unge resulterede i tre forskellige typer af tekstfremstillinger: dels direkte udskrifter fra de båndoptagede kvalitative interviews, dels kondenserede poetiske fremstillinger (her kaldet bearbejdet tekst) af samme interviews hvori alene de unges egne udsagn indgår, men i en bearbejdet form (Richardson 1990, 1997, 1998 & Hølge-Hazelton 2003) og endelig tekster fra Internettet dels i form af afskrifter fra relevante hjemmesider og dels i form af Internetbaserede multiloger (se endvidere Hølge-Hazelton 2002 for uddybning af denne metode).

Denne artikel vil fokusere på følgende temaer: ungdom, kroppens betydning, kroppens formbarhed, diabetes og køn, madens betydning, tidrum og ansvar, holdninger til de unge med diabetes blandt professionelle, holdninger til professionelle blandt de unge. Sidst i artiklen peges med udgangspunkt i de unges perspektiver på hvordan hjælpen fra de professionelle kan forbedres.

Det er en velkendt problemstilling blandt professionelle der arbejder med unge med diabetes, at de unge ofte er meget vanskelige at få til at følge de vigtige livsstilsråd som behandlingen, udover indsprøjtninger med insulin, består af. At det kan være vanskeligt at få unge til at følge skrappe regler og huske aftaler der er indgået lang tid i forvejen, er ikke erfaringer der er knyttet specielt til unge med diabetes og behandlerne kunne måske fristes til at lade de unge "være unge og uforpligtede", hvis det ikke var fordi en længere periode med meget dårlig regulering af diabetes, kan have uoverskuelige konsekvenser her og nu i form af akutte indlæggelser med syreforgiftninger eller senere i de unges liv i form af alvorlige senkomplikationer som føleforstyrrelser, kroniske sår, impotens, graviditetsproblemer, nyresvigt eller blindhed.

Ungdom

I international medicinsk/sygepleje litteratur om diabetes henvises ofte til ungdom med reference til forskellige begreber som defineres ved den

kronologiske alder. Der tales eksempelvis om "adolescents", "youth" eller "young adults", men der eksisterer tilsyneladende ikke konsensus når det nærmere skal defineres hvad der tales om. "Adolescents", som er det begreb der oftest anvendes, defineres i nogle studier som de 10 til 18 årige (Cohn m.fl. 1997) i andre som de 13 til 20 årige eller som de 10.8 årige til de 20.8 årige (Guttmann-Bauman m.fl. 1998). Kategorien "youth" er i et studie defineret som de 8.3 årige til de 13.5 årige (Kovacs m.fl. 1997). Endelig er der begrebet "young adults" som i nogle studier defineres som de 15 til 25 årige (Robinson 1995). Der er således tale om et aldersspand strækkende sig over 16.7 år (for at være helt nøjagtig). Om man læner sig op af den ene eller den anden definition er det altså den konkrete alder, der i denne kontekst definerer, hvad ungdom er¹. I næsten al anden litteratur og forskning om ungdom er det andre faktorer der knyttes til ungdomsbegrebet. Det er dog stadig et uafklaret begreb og aktuel litteratur om ungdomsforskning (Helve & Bynner 1996, Phoenix 1996, Lesko 2001) peger på et akut behov for en ny begrebsliggørelse af ungdom.

Men hvad er ungdom i det hele taget for noget? Hvad der ved første øjekast kan forekomme som en kendt og velafgrænset kategori bliver ved nærmere studie et flydende, kulturelt sensibelt og ofte normativt begreb. Hvad og hvem sætter rammerne for hvornår man bevæger sig fra barndom til ungdom til voksenalderen? Alle har en idé om hvad det vil sige at være ung, men alligevel er det ikke usædvanligt at tale om at ældre mennesker kan holde sig unge, eller for såkaldt voksne at definere sig selv som unge, selv om de er kommet på den anden side af de tredive.

På den ene side bliver børn tidligere unge end deres forældre og bedsteforældre, og på den anden side bliver de længere i skolesystemet. Som konsekvens af dette, bliver overgangsritualet fra barn til voksen, i form af at tjene til livets ophold selv, udskudt. På denne måde bliver ungdomstiden længere. Selv om nogle unge går tidligt ud af skolen og begynder at tjene penge selv, har de ofte svært ved at klare sig økonomisk på grund af de særlige (lave) ungdomsydelser eller fordi lønnen reelt er så lav, at de ikke kan klare sig uden hjælp fra andre.

Modernitetens opløsning og den heraf følgende frisættelse fra overleverede sociale og kulturelle strukturer (jfr. f.eks. Ziehe &

¹ I forlængelse af dette finder jeg det tankevækkende at ungdommen ikke eksisterer som kategori indenfor den danske hospitalssektor (med undtagen af nogle få ungdomspsykiatriske tilbud). Det år man fylder 15 defineres man i denne kontekst som voksen og kan herefter overflyttes fra børneafdelingen til voksenafdelingen. Hvis man indlægges første gang som 15-årig kommer man automatisk til en voksenafdeling.

Stubenrauch 1983, Nielsen 1991) har efterladt mange unge med det indtryk at de kan og skal forme deres liv og identitet selv. Alle muligheder er til stede, det er bare et spørgsmål om at gribe dem og udnytte dem. Går det galt, er skylden ens egen. Derfor betragtes ungdommen også ofte som en periode hvor de store valg skal træffes, og da disse i mange unges bevidsthed ikke knyttes til parametre som klasse, køn eller etnicitet opstår et "enormt bevidsthedsmæssigt tomrum" (Illeris m.fl. 2002:25). Ifølge Illeris m.fl. styrer disse parametre stadig sorteringen og sætter sig igennem som sociale og ideologiske spydspidser også i den kulturelle frisættelse. Men da troen på dem er ringe, bliver det troen på markedsmekanismerne der udfylder tomrummet (ibid.).

Bevidstheden om hvor betydningsfuld ungdommen er for udviklingen i det voksne liv, har fået stigende akademisk interesse². Der er en tendens til at beskrive ungdommen som en overgangsperiode, frem for en fase eller en række faser. I denne overgangsperiode påvirkes den unges udvikling af flere forskellige faktorer: de indre som er de fysiologiske og følelsesmæssige processer der presser på, og de ydre som kommer fra kammerater, forældre, lærere og det omgivende samfund. Somme tider skubber de ydre faktorer den unge i en retning af at blive voksen før den unge er parat til det (på det indre plan), somme tider holdes den unge tilbage fra at få den frihed og uafhængighed, som han/hun føler sig berettiget til³.

På trods af den forskningsmæssige erkendelse af ungdomsbegrebet som dynamisk, foranderligt og tolkbart, eksisterer der ifølge Illeris m.fl. (2002) to gennemgående forståelser af ungdom som henholdsvis et problematisk fænomen og et positivt fænomen.

Den problematiske forståelse knytter sig til opfattelser af ungdommen som uregerlig, uforudsigelig, doven og useriøs, hvilket f.eks. henger sammen med begreber som "ungdomssløvsind" eller "ungdomsbander". Hertil knyttes også en opfattelse af "det er svært at være ung", samt den præmis at det er "noget der går over" når de unge bliver voksne (Ibid.). Til den positive forståelse knyttes en vækst- og udviklingsopfattelse af "man kan alt når man er ung", man er sorgløs og uforpligtet, "verden ligger åben for en". Til denne ungdomsopfattelse knyttes også billedet af den unge smukke krop (uden smerter, rynker, buler, strækmærker, udposninger mm)

² F.eks.: Larsen 2001 og Illeris 2002.

³ I tilfældet med mine informanter kan man måske sige at det er de indre faktorer, den ændrede fysiologi i kraft af den kroniske sygdom og de dertil medfølgende emotionelle konfrontationer der skubber den unge i retning af en tidligere overgang til voksenlivet? Flere af de unge har i hvert til fald givet udtryk for at det at have fået diabetes har modnet dem.

som kommerialiseringen holder godt i live, – det gælder om at ”holde kroppen ung”.

Vi ser således en gennemgående polaritet i de sociale og kulturelle konstruktioner omkring unge, hvor ungdommen fremstår som et rum for frihed og lykke, hvor alt skal afprøves, og hvor ”man virkelig lever livet”, og som noget farligt, risikabelt og problematisk. Hertil knytter sig en række ”underdiskurser”, hvor de unge også opfattes som følsomme seismografer for hvad der rører sig i tiden, eller den helt traditionelle at unge er idealistiske og oprørske, men det går over. Der er intet nyt under solen (Illeris m.fl. 2002:18).

Den livsomstændighed de unge i dette projekt befinder sig i, som kronisk syge, betyder nemlig, at de unge på tværs af det brede kronologiske aldersspand fra 13 til 31 år, deres biografiske, sociale og psykologiske forskelligheder alle somme tider optræder og føler sig som små børn, men *samtidig* har tilegnet sig en livsvisdom som det ikke er alle gamle mennesker forundt at få adgang til. Teorier om ungdom, som f.eks. de her beskrevne, kan anvendes til at få øjnene op for en del af de centrale perspektiver der indgår i en panoramisk ungdomsforståelse, men de er ikke tilstrækkelige til at forstå det hele, det er der ingen enkeltvidenskabelige teorier der kan. Det nærmeste man som forsker kan komme er, via et tværvideenskabeligt arbejde, at sætte så mange teoretiske spots på feltet som muligt og samtidig via både kendte og nyudviklede metoder at placere sig på forskellige steder og i forskellige vinkler (Hølge-Hazelton 2003).

Kroppens betydning

Insulinkrævende diabetes forstås en biologisk proces der foregår i kroppen og er knyttet til kønnet. Bugspytkirtlen ophører delvist eller helt med at producere det livsvigtige hormon insulin, som herefter må tilføres kroppen udefra, oftest⁴ via insulinindsprøjtninger med de såkaldt insulinpenne.

Unge tilbydes ofte flergangsterapi, hvilket indebærer at de skal tage insulin fire gange (eller flere) i døgnet. Derudover opfordres de til at kontrollere deres blodsukker hyppigt. Det foregår med at prikke et lille hul

⁴ I nogle lande anvendes f.eks. insulinpumper hyppigere end i Danmark.

i fingeren med et særligt blodsuktermålings-instrument. I denne forstand kan diabetes karakteriseres som bestående af indre kropslige processer (bugspytkirtlens svigtende funktion og blodsukkerets udsving) og som indgreb i kroppens overflade (med insulinpenne og blodsuktermålings-apparatur). Eller sagt med andre ord, den biokemiske udfordring et menneske med diabetes står overfor, er at finde balancen mellem disse processer således at blodsukkeret befinder sig inden for en vis margin⁵. Gør det ikke det, opstår enten for højt blodsukker⁶, eller for lavt blodsukker⁷ populært kaldet ”føling”. I den generelle retorik om blodsukkeret påvirkes det udover af insulinen også af kosten og bevægelse⁸. Derfor fremstilles diabeteskontrol som lig med blodsukkerkontrol ofte som en trekant bestående af kost, motion og insulin, der forstås som de dynamiske faktorer mennesker med diabetes altid skal have for øje. Spiser man f.eks. mere end forventet, må man enten bevæge sig mere end planlagt eller tage mere insulin, og omvendt bevæger man sig mere end ventet må man enten spise mere eller tage mindre insulin.

Jeg fik sukkersyge da jeg var 10 år, og har nu levet med den i 9 år. Det har aldrig været et problem for mig med min nye levevis, men på det sidste er jeg kørt meget træt i at tage blodsukker, jeg vil hellere passe mine spisetider og undgå alt det usunde slik osv. Det er ikke et problem for mig og så måske tage mine blodsukre i perioder kun. Jeg har indtil videre været god til at mærke hvad de ligger på (Skrevet af Mulle på www.diabetes.dk).

⁵ Denne margin fastsættes ofte af den enkelte udfra subjektive, kropslige erfaringer. Den margin der er defineret som normal indenfor diabetologien er ofte ikke samstemmende hermed.

⁶ Hvilket kan have følgende ubehagelige symptomer i individuelle og varierende grader: træthed, hyppig vandladning, tørst, tågesyn, bleghed og vægttab.

⁷ Hvilket kan have følgende ubehagelige symptomer i individuelle og varierende grader: sitren, humørsvingninger, hovedpine, angst, uro, svimmelhed, synsforstyrrelser, snurren i fingre eller omkring munden, slaphed.

⁸ Kost, insulin og motion er hovedkomponenterne i diabetestrekanten, men mange andre og individuelle årsager påvirker også blodsukkeret, herunder anden sygdom, hormonpåvirkninger, psykisk ubalance mm.

Kroppens formbarhed

Den biologiske krop er, ifølge Lykke, lige så afhængig af sine fortolkere og den kulturelle fortolkningskontekst den er lokaliseret i, som f.eks. en roman (Lykke 1999:156). Kroppen er en måde hvorpå man kan bekræfte og skabe en position i det sociale rum. Man ikke blot har en krop, man er sin krop⁹ (Turner 1992, Merleau-Ponty 1994/1945). Den slanke veltrimmede og solbrændte krop udtrykker personlig kontrol, disciplin og sundhed, den fede, uspændstige, blege krop udtrykker slaphed, usundhed og mangel på disciplin, både over for sig selv og overfor sin tilværelse (Søndergaard 1996).

Mange unge oplever store vægttab i forbindelse med de får diabetes¹⁰ og selvom de efterfølgende er klar over dette skyldes sygdom, er flere glade for at være blevet så slanke og forsøger aktivt at holde kropsvægten nede, ved hjælp af kosten, insulin og sport. Öhrn (2000) skriver at vægttabet hos de unge i hendes studie giver forhåbninger om en ny æstetisk identitet som er vigtigere end sygdommen. "Den estetiska diskursens kroppsuppfattning dominerar över billeden av avmagring som symtom på sjukdom – så länge man uthärdar och orkar" (Öhrn 2000:164). Hermed sprænger den levede krop den medicinsk definerede ramme for rationel adfærd, som Timm (1997) udtrykker det: "Den levede krop tager udgangspunkt i hverdagens kompleksitet og mangetydigheder, her kan det usunde virke helsebringende" (Timm 1997:25) i dette tilfælde giver det usunde vægttab glæde over den forandrede krop.

Kroppen er ifølge Damkjær (1998) blevet institutionaliseret i ekstrem grad og reduceret til objekt i søgningen efter mål. Bevidstheden om kroppen er vigtigere end den kropslige eksistens/væren. Det der er centralt, er bekræftelsen af der er et jeg, eller endnu bedre et mig. Kayser Nielsen (1994) skriver om danske unge i 1990'erne at på nogle områder er de unge ekstremt bevidste om deres kroppe, men på andre områder ignorerer de dem. Når kroppen er i direkte fokus, som f.eks. med motion eller hygiejne,

⁹ Ud over den substantielle funktion udgør kroppen primært en platform for udtryk og fortolkning. Kropslige aktiviteter er i bred forstand et middel til identitetskonstruktion, i modsætning til tidligere hvor de blev brugt til at støtte en personlighed (Kayser Nielsen 1994). Ifølge Kayser Nielsen er kroppen for unge blevet et fundament for optimisme og livsorientering. Når intet andet hjælper kan kroppen fungere som et fikspunkt "The body faces severe demands as a field of projection of wished for performance. It must secure your eternal youth in a world that is otherwise drawing to a close" (ibid.: 35) For at opretholde denne tilstand kræves bevægelse, dynamik og hastighed, uundværlige komponenter i tiden.

¹⁰ Fordi den manglende insulinproduktion hæmmer optagelsen af sukker i cellerne.

lever de unge op til samfundets normative krav, men så snart kroppen reduceres til en sidegevinst, ser det ud til de unge glemmer alt om den. Han skriver at unges kroppe befinder sig i et anspændt område mellem kroppe og legemlighed, mellem empiriske tilstande og abstraktion, mellem kroppens aktualitet og kropslig institutionalisering og fortryllelse (Kayser Nielsen 1994:43). Sagt med andre ord er kroppen somme tider i baggrunden, men til andre tider i forgrunden ofte afhængig af ikke sygdomsrelaterede faktorer af personlig eller sociokulturel karakter¹¹.

Diabetes og køn

I litteraturen om diabetes er køn ofte enten fraværende eller fremstilles som biologiske forskelligheder¹². Noget af den tilgængelige litteratur viser f.eks. at piger og drenge med diabetes havde forskellige indlæggelsesmønstre, og at der var tegn på at piger med diabetes havde flere spiseforstyrrelser end andre piger, men næsten intet af litteraturen tilbyder andre forklaringsmodeller end statistiske eller biologiske. Men køn betragtes her som en central komponent i forståelsen af hvordan den enkelte unge reagerer og integrerer diabetes i hans eller hendes liv, og derfor bliver begrebet køn også i denne sammenhæng udvidet til at betyde mere end det biologiske køn.

Williams¹³ (1998) er den der har foretaget det mest systematiske arbejde med en konstruktivistisk tilgang om sammenhængen mellem diabetes, astma og køn blandt unge. Ifølge hende, bliver kvinder ofte betragtet som bedre til at håndtere sygdomme end mænd, på grund af de stereotype forventninger til det feminine som værende tilpassende, passiv og dydig. Sådanne sociale konstruktioner af det feminine kan have både

¹¹ Dette kan være en af forklaringerne på de somme tider modsætningsfulde kvalitative forskningsresultater hvor det er de subjektive perspektiver der er i fokus (Thorne & Paterson 2000).

¹² Hvilket også er et centralt og væsentligt perspektiv. Det er blandt andet veldokumenteret at pubertet, graviditet og menopause har afgørende indflydelse på behovet for insulinregulering (f.eks. som beskrevet i temanumrene *Diabetes in Women*, *Diabetes Spectrum* 1997 vol 10 no 3 og *Diabetes in Men*, *Diabetes Spectrum* 1997 vol 11 no 2). Problemet er bare, at meget af denne type forskning ikke medtænker betydningen af de socialt og kulturelt konstruerende aspekter af disse overgange tilstrækkeligt.

¹³ Williams afhandling (1998) undersøgte med en konstruktivistisk tilgang hvordan kønsidentiteten influerede betydningen og håndteringen af kroniske sygdomme (astma og diabetes) for en gruppe unge og deres mødre.

beskyttende og skadelige virkninger i relation til håndtering af en kronisk sygdom. Beskyttende i den forstand at det tillader nogle kvinder at være mere adaptive når de skal tilpasse livet med den kroniske sygdom; og skadelig i den forstand at nogle kvinder adapterer og tilpasser deres liv omkring den kroniske sygdom for tidligt (Williams 1998:58-59).

I Williams studie indarbejdede de fleste piger diabetes i deres sociale identitet i større eller mindre grad ved at fortælle andre om det. I kontrast til dette forsøgte de fleste drenge at usynliggøre eller minimere sygdommen, særligt i offentlige rum. Usynliggørelsen af sygdommen betød, at drengene ikke betragtede sygdommen som en integreret del af deres sociale identitet, men som noget andet.

Måden drenge og piger integrerer sygdommen i deres sociale identitet, kan forstås som en markering af den kønnede betydning af sygdommen. I Williams arbejde betragtes både diabetes og astma af teenagedrengene som en potentiel trussel mod deres status i de maskuline hierarkier¹⁴, hvilket forklarer hvorfor de forsøgte at skjule deres sygdomme. Dette støtter også Prout's (1986 iflg. Williams 1998) arbejde med børn, hvor han fandt at drenge normalt blev vurderet op imod stereotyper af sejhed og fitness, i modsætning til pigerne for hvem sygdom blev betragtet som noget "naturligt" og forventet (Williams 1998:131). I forbindelse med diabetes ser det ud til, at drenge opfører sig på mere destigmatiserende måder end piger på grund af truslen mod deres identitet. Drengene gjorde alt hvad der var muligt for at holde diabetes ude fra deres personlige og sociale identitet i forsøget på at "smutte igennem" (pass) (ibid: 158). Dette kunne blandt andet lade sig gøre fordi familielivet støtter konstruktionerne af de kønsspecifikke handlingsmønstre i forbindelse med diabetes. I Williams arbejde håndterede størstedelen af drengene deres diabetes i privathed, næsten altid fra hjemmet, og dette var kun muligt i kraft af deres mødres¹⁵ støtte og ekstra arbejde. Ofte var mødrene så dygtige til at usynliggøre deres omsorg for deres sønner, at drengene ofte var helt ubevidste om hvad der blev gjort på deres vegne (ibid:129).

Drengene og pigerne i Williams studie, modtog forskellig støtte fra deres mødre, idet størstedelen af mødre til piger beskrev deres døtre som mere uafhængige og fornuftige end mødre til drenge, der beskrev deres sønner som havende større behov for støtte og omsorg. Mødre til drenge brugte derfor mere tid og energi på omsorg for deres sønner end mødre til

¹⁴ Som også Charmaz (1995) har beskrevet.

¹⁵ For de allerfleste unges vedkommende blev mødrene identificeret som den primære støtteperson.

piger gjorde. Drengene blev opfattet som mindre modne og dovne i modsætning til døtrene som blev opfattet som værende i bedre stand til at klare deres diabetes selv. På trods af dette beskrev mødre deres sønner som mere sunde end døtrene, og de anvendte forskellige kriterier til at bedømme deres børns sundhed. Pigernes sundhed blev knyttet til fravær fra skolen eller sygdomsperioder, drengenes blev knyttet til deres evner til at udføre sport og til deres generelle form. Mødre til unge der havde opgivet at kontrollere deres diabetes reagerede forskelligt afhængig af om det drejede sig om drenge eller piger. Når det drejede sig om drenge blev mødrenes liv altid alvorligt påvirket på grund af deres involvering i deres sønners diabetes. Når det drejede sig om piger, var der aldrig samme grad af fortørnelse. I denne forstand kan også autonomi og uafhængighed ses som kønnet, men iflg. Williams er det ikke kun mødre der tillægger disse begreber betydning, også de unge selv er aktive konstruktører, idet det er i relationen mellem de to parter og de mange udefrakommende faktorer der syntes at resultere i den socialt konstrueret kønnede afhængighed¹⁶.

Öhrn¹⁷ (2000) skriver at maskulinitet stereotypisk indebærer at man styrer sit liv ud fra rationalitet og fornuft, hvilket giver frihed og selvtilfredsstillelse. At lade følelser og relationer styre indebærer derimod en trussel og er et udtryk for svaghed. Derfor beskrives diabetes også af flere unge mænd i hendes studie, som en trussel mod selve livsprojektet, som overordnet nuet og dets problemer. Hvorimod pigerne beskriver hvordan deres livsprojekt må tilpasses og revideres til nuet og hverdagen.

Madens betydning

Ifølge Damkjær og Damkjær (2003) er den unge krop en forbrugskrop som forbruger mad, der i stor udstrækning er specielt designet til unge mennesker, i særlige former for restauranter, der som kerneclientel har unge mennesker, for eksempel McDonald's eller Pizza Hut. Set i et biologisk perspektiv består maden af proteiner, fedt og kulhydrater, men maden er meget mere, den er en af de vigtigste måder, som kroppen forholder sig til sin sociale omverden på:

¹⁶ Williams (1998:128) peger på at nogle af drengene fastholdt magten og privilegierne i hjemmet i relation til deres mødre på samme måde som nogle middelaldrende mænd gør med deres koner.

¹⁷ Öhrn (2000) har med et interaktionistisk udgangspunkt skrevet en socialpsykologisk afhandling om unge voksne med diabetes.

Sociologisk set består maden af en uendelig mængde af forskellige måder at spise på og forskellige måder at tilberede føden på, for eksempel hjemmets måltider, skolekantine, madpakken hjemmefra, fastfood på McDonald's, eller i cafeteriaet i en idrætshal. Kort sagt har maden en række betydninger, der rækker langt ud over det rent funktionelle i ernæringen, altså den rent biologiske stillelse af sult. For unge er maden af særlig vigtighed. Fra barndommens mere eller mindre lykkelige spisevaner sammen med forældrene, er føden nu et centralt felt fordi de unges spisevaner er frigjort fra forældrenes krav og normer (Damkjær & Damkjær 2003: 174).

For de unge med diabetes betød dette at de ikke, som hidtil, kunne deltage i den fastfoodkultur flere af dem var en del af indtil de fik diabetes, og dette betød en oplevelse af begrænsning, manglende spontanitet og som flere af dem udtrykte – en oplevelse af at blive voksne før tid.

Det ligger som en formaning
nu skal du gøre det og det og det

altså jeg vil sgu gøre dét jeg vil
jeg er da opmærksom på,
at jeg skal gøre som de siger
men det bliver bare på min egen måde

jeg er stadig ung,
jeg vil sgu gøre som jeg har lyst

(Bearbejdet tekst fra Bo 22 år, har haft diabetes i 1 måned)

Det at skulle leve mere regelmæssigt, spise varm mad på bestemte tidspunkter, huske at få bestemte ting med sig når man går hjemmefra, skrive prøvesvar ned i små notesbøger, se på varedeklARATIONER m.m., er noget de allerfærreste opfatter som noget der hører ungdommen til.

På den ene side opfatter flere det som et held, at de har fået diabetes som unge og ikke som ældre, fordi det er nemmere at ændre sine vaner som ung. På den anden side opfattes begrænsningerne som vanskeligere netop fordi de ikke er forenelige med et ungdomsliv.

Jeg har aldrig skænket mad
en tanke
det har snarere været en irritation
at skulle spise
en udgift, ikke en fornøjelse
der skulle bare et eller andet indenbords
så jeg holdt op med at være sulten
og så videre med en travl dag
Det er det liv
man ligesom har
som studerende

Jamen jeg lærer faktisk
et familieliv
sådan frokost med stor F
hvor jeg virkeligt laver sådan en lille hyggelig tallerken
og om aftenen der vil jeg nok typisk gå hen og blive sådan lidt mere
familie ...
med at lave kartofler og kød og sovs og ...
som ens mor altid har gjort
men som mange unge
aldrig ville gøre
med mindre at de selvfølgelig
har diabetes

(Bearbejdet tekst fra Albert 22 år, har haft diabetes i 2 måneder)

Fælles for alle unge er beskrivelserne af hvordan man som nydiagnosticeret med diabetes prøver at finde tilbage til sin gamle hverdag, til sit tidligere liv. Oplevelserne af at være fanget, at have mistet kontrollen, at være sat uden for normaliteten, motiverer de fleste til at forsøge at begrænse konsekvenserne af, fra den ene dag til den anden, at være blevet anderledes. Det komplekse i opgaven består i at ikke kun de konkrete handlinger og opmærksomheden er nyt for de unge, tiden og rummet handlingerne skal udfoldes i, er også ofte under redefinering.

Tid, rum og ansvar

Efter det første år har de fleste unge stiftet bekendtskab med individuelle variationer og problemstillinger relateret til diabetes i hverdagen. De praktiske og konkrete spørgsmål fylder ikke så meget, så længe dagene er forholdsvis ens struktureret. Men hverdagene med diabetes er ikke som hverdagene uden diabetes. Der kræves stadig en konkret, vågen og permanent opmærksomhed ("det ligger altid i baghovedet") på faktorer, der for de færrestes vedkommende har været bevidste elementer i hverdagen før.

Det forbistrede ved det ansvar man som diabetiker bliver pålagt, er den evindelige dårlige samvittighed. Min sygdom er mit ansvar – det vil sige at uanset om jeg "er god ved den" eller "er dårlig ved den" så er det mig som skal tage konsekvenserne. Det kan godt give en næsten uoverskuelig dårlig samvittighed når man nu vælger kagen i stedet for rugbrødsmeden eller ikke har fået skrevet sine blodsukker resultater i bogen som man skal have med til kontrol, og det ender med man sidder og finder på nogle man kan skrive i stedet for. (Fra e-mail fra Laila, oplyser ikke alder men at hun har haft diabetes siden hun var 14 år.)

Flere beskriver at det er svært at vurdere om problemerne skyldes sukkersygen eller om det er almindelige hverdagsproblemer. Denne opmærksomhed bliver af flere beskrevet som det personlige ansvar man har for sin sygdom når man har diabetes. Det drejer sig om et ansvar man står alene med, det er kun én selv det går ud over hvis man mister opmærksomheden, og frustrationer over det skrappe regime vendes ofte mod sig selv:

Men som jeg siger,
det giver bare klø,
man slås lidt med det
er lidt utilfreds med det
spiser nogle is og noget forkert mad og siger:
til pokker med det
og så får man bare kløene

Enten så har man tænkt sig at leve de der 20 år mere
eller også så har man tænkt sig at leve sådan halvt om halvt
og gå og have det dårligt et par dage
fordi man ikke spiser helt det man bør gøre
så det er sådan
at enten retter man sig efter spillets regler
eller også så får man klø

(Bearbejdet tekst fra Albert 23 år, haft diabetes i et år)

Efter to år (og flere) beskriver de fleste diabetes som en integreret del af en ny slags hverdag, hvor de fleste har fundet en balance mellem handlinger der beskrives som henholdsvis fremmede for den enkeltes sundhed og fremtid som diabetiker og reducerende for samme. Denne balance beskrives som enkel af få, men som vanskelig af flere. Det har været karakteristisk at diabetes som levet erfaring er en dynamisk erfaring der på trods af at det hos næsten alle efter to år eller mere beskrives som integreret i hverdagen, kun er uproblematisk så længe hverdagslivet også er det. At tage ansvar for sit eget helbred er en af de væsentligste biografiske modeller i et individualiseret samfund, det er en af de vigtigste opgaver den ansvarlige borger har. Han/hun må selv tage vare på sit helbred eller se konsekvenserne i øjnene, og de unge i dette projekt stillede da heller ikke spørgsmålstejn ved det rimelige i at skulle tage det store ansvar på sig, selvom det somme tider kan være svært ...

Jeg tænker ikke så meget på det
som jeg har gjort
Jeg ved ikke hvad jeg vil sige
men det gør jeg ikke

Jeg vil ikke betegne mig selv som nybegynder
men alligevel er der noget som jeg ikke er 100 % klar over
men jeg syntes det er blevet en del af hverdagen
jeg tænker ikke så meget på det

På et eller tidspunkt
bliver det som at tage briller af og på
der er jeg halvvejs

Jeg har også stadigvæk spørgsmål
hvorfor lige mig?
en gang i mellem tænker jeg sådan.

(Bearbejdet tekst fra Doris 20 år, har haft diabetes i godt to år)

For de unge med diabetes får også dimensionen rum¹⁸ en ny betydning f.eks. når de skal forholde sig til om de skal bryde op midt i en skoletime for at gå på toilettet og tage insulin, om den ekstra madpakke skal spises her og nu i klassen, om de skal måle blodsukkeret på diskoteket, hos den nye kæreste, i toget, på cafeen og så videre. Den betydning de enkelte rum og disses funktioner hidtil har haft, redefineres idet alle rum nu bliver potentielle "insulintagningsrum", eller måske netop ikke rum hvor man kan eller vil tage sin insulin fordi det virker grænseoverskridende både for den unge og for andre tilstedeværende at den unge blotter maven eller låret, hiver en insulin pen frem og injicerer sig. At være henvist til at gå på toilettet for at tage sin insulin kan opleves som om man gør noget fordækt og følelsen af at være "på sprøjten" forstærkes. De fleste unge vælger da også efter en tid og nogen personlig forhandling at være meget offentlige omkring det og begrundet dette med udsagn som "hvis de andre ikke kan tage det, må de se den anden vej eller gå væk".

De unge skal med andre ord finde frem til en måde at håndtere deres egne og deres omgivelseres følelser og holdninger til den nye situation. Herudover møder de unge også professionelles holdninger og erfaringer til ungdom og diabetes, holdninger der ikke altid er præget af lige stor klarhed.

Holdninger til de unge blandt professionelle

Kombinationen af begreberne ungdom og diabetes klinger ikke godt blandt professionelle i sundhedssektoren, hverken hos læger eller sygeplejersker. I studiet indgik såvel interviews med professionelle og feltstudier på en diabetesafdeling på et større universitetshospital, og her herskede en fælles

¹⁸ "A problem with the lived body is a problem with the environment because world and body represent a unified system (...) Consequently, people with disabilities necessarily view the world through the distorted medium of their damaged bodies" (Toombs 1992:68).

forståelse af at det både var svært at håndtere sygdommen som ung og at det var svært for de professionelle at håndtere de unge¹⁹.

På trods af en frisk og let tone i mødet mellem personalet og de unge, var tonen en anden så snart personalet talte sammen om de unge uden for deres hørevidde. Her var der en udpræget bekymret og alvorlig tone:

De unge, der får diabetes når de er 16 og som ligger i fem år med en tårnhøj hæmoglobin A1C²⁰, de behøver ikke overveje om de bliver 75, for det gør de ikke (erfaren sygeplejerske).

Vi får dem i en fase, hvor de lige pludselig skal være voksne og forstå det system vi har. Og det har vi fundet ud af, det er ikke godt nok. Vi skal have en anden overtagelsesforretning, på en anden måde, for ellers så udebliver de fra vores ambulatorium og vi sidder og bider negle, hvor hvis vi afslutter dem, så taber vi dem (1. reservelæge).

Flere professionelle beskrev, at de havde vanskeligheder med at tackle de unge i undervisningssituationerne. Udsagn som ”de lukker af”, ”de er små individualister”, ”de tager ikke det hele for gode varer” kom både fra læger og sygeplejersker. Blandt sygeplejerskerne, var der dog nogle få, som var anerkendt som særligt gode til at håndtere de unge, dels ud fra interesse, og dels ud fra personlig og faglig erfaring. Disse erfarne sygeplejersker havde en udpræget opfattelse af at det var nødvendigt at signalere overfor de unge, at de prioriterede tid til dem, at de var til at stole på, og at de kunne stille specielle krav til dem som personale. Gjorde de ikke det, var sygeplejerskerne sikre på at de unge ikke ville komme, ville sige ”skråt op”²¹.

¹⁹ Hvilket foreliggende projekt i sig selv er udtryk for, idet selve projektet udspringer af en klinisk problemstilling og et ønske fra personalet om at forstå de unges situation og behov bedre.

²⁰ HbA1C er en blodprøve der viser gennemsnittet af blodsukkeret over en længere periode (90-100 dage). Prøven kaldes ofte af patienter og personale ”sladreprøven”. Det er her værd at bemærke at det er et udtryk for et gennemsnitstal, prøven siger med andre ord ikke noget om evt. de store udsving i blodsukkeret der kan gemme sig bag et ”pænt” tal.

²¹ Denne kliniske erfaring støttes bla. af Thorne & Patersons forskning der fremhæver at der er en undervurdering af betydningen af en kontinuerlig og lang tids samarbejdsrelation mellem patienter og professionelle i forhold til udvikling af ekspertise i forhold til håndtering af sygdommen (2001:89).

Samtidig med en gennemgående opfattelse af det vanskelige ved at håndtere de unge, var der blandt personalet en samstemmende opfattelse af at diabetes var særligt vanskeligt for de unge selv. Det at være anderledes end andre unge kom ind som et af de første problematiske områder personalet pegede på, herefter kom ofte udsagn om angst for fremtiden, både i relation til arbejde og helbred:

Jeg tror noget af det mest problematiske for dem er det her med hverdagen og dagligdagen og det ikke at kunne gøre nogle ting som de andre kan sådan per automatik, spise lige som man har lyst til og drikke og bare gøre lige det man har lyst til. For nogle er det det største problem. For andre er det største problem angsten for senkomplikationerne fordi man ved ”jeg har godt styr på det her, det kører bare for mig, men hvad nu hvis det alligevel går galt?” Fordi man ved hvad der skal ske (sygeplejerske).

Set samlet gav de professionelle udtryk for en forståelse af ungdom som et problem. Dette problem var dels knyttet til en opfattelse af ungdomsperioden som generel problematisk og dels til en opfattelse af de institutionelle strukturer som problematiske for de unge. På trods af at denne indsigt var tilstede blandt flere professionelle, var det tilbud de unge fik på diabetesskolen stort set ikke anderledes end det andre aldersgrupper fik. Flere sygeplejersker og læger udtalte i interviews at de følte at tilbuddet til de unge ikke var godt nok, at det ikke var ”skægt” eller ”interessant” nok. Nogle af de erfarne læger og sygeplejersker pegede på, at tilbud til unge som var åbne og så lidt struktureret som muligt, ville være mere hensigtsmæssige og relevante. Alligevel var der ikke tegn på ændringer i ungdomskurserne. Den vej disse professionelle pegede på (i interviewene) hældte mod en mere positiv og udviklingsorienteret ungdomsforståelse og ville, hvis man tager den nyeste ungdomsforskning på ordet, have en anderledes og positiv effekt.

Ifølge Illeris m.fl. (2002) er det netop de faglige traditioners udfordring at tilbyde en undervisning med et legitimt og meningsfyldt indhold. Unge vil nemlig ikke acceptere at der skal være et sådant fundament, før man eventuelt kommer til det de finder udfordrende og spændende. Et sådan krav kan blive til blokeringer. Hvis man ønsker at få de unge til at fordybe og engagere sig, bliver man nødt til at tænke i anderledes pædagogiske former, hvor de unge er med til at sætte dagsordnen for hvad og hvordan de skal arbejde med problemstillingerne.

Ud fra en læringsmæssig forståelse vil en sådan tilrettelæggelse også give bedre muligheder for at de unge tilegner sig og forstår de indholdsmæssige strukturer end hvis en lærer for at sikre sig dækning i bredden selv fortæller eleverne hvordan verden hænger sammen (Illeris m.fl. 2002: 200).

Noget flere professionelle tilsyneladende godt var klar over²² – men som de alligevel ikke formåede at forandre.

Holdninger til professionelle blandt de unge

Har du prøvet det?

Skrevet af Mette dato: 99-11-22 på www.diabetes.dk

Jeg er også en ung pige der har haft diabetes i 6 år. Jeg mener det er meget dårligt at lægerne at sige at det er jo ikke slemt du skal bare spise sundt og lade være med at spise sukker og slik. Men har de selv prøvet det???

De fleste har prøvet det!

Skrevet af Pia dato: 99-11-22 på www.diabetes.dk

Jeg har for næsten tre uger siden fået konstateret diabetes, og det var et chok, så der er ikke noget værre end alle de ”søde” og ”rare” sygeplejersker og læger der prøver at være optimistiske på ens vegne. ”det er da ikke slemt med at ændre vaner, det er da en gevinst at blive så sund” Yearh right. Det er ikke det fedeste at alle bliver ved med at fortælle én hvor ”dejligt” det er at være sund, og hvor ”nemt” det er!

Karakteristisk for en del af de unge i dette projekt var stor utilfredshed med de kostråd de fik via sygehuset. De opfattede informationerne som upersonlige og overgeneraliserede og kunne sjældent identificere deres egne kostvaner eller ønsker om samme med det de blev præsenteret for af de professionelle. Det kom ofte til at betyde at den enkelte unge selv måtte finde frem til en måde at sammensætte en madplan der var holdbar i

²² Dette er i flere sammenhænge velbeskrevet herunder af Thorne og Paterson (2000, 2001) der beskriver den canadiske diabetes undervisningsstandard som hvilende på en compliance-model der virker begrænsende på den enkeltes beslutninger i egenomsorgsprocessen.

forhold til deres hverdagsliv. Udsagn som ”det bliver på min egen måde” gik igen og igen når samtalerne handlede om hvordan kosten skulle sammensættes. Dette indikerede at de unge godt kendte de overordnede kostprincipper, men ofte blev nødt til at gå på kompromis i de konkrete situationer der blev påvirket af faktorer som hvilken mad der var tilgængelig, hvilken social situation den unge befandt sig i, hvilket tidspunkt på måneden det var og dermed hvor mange penge den enkelte havde, hvilken opbakning de unge der boede hjemme fik fra resten af familien herunder som nævnt specielt moderen, hvilke køkkenfaciliteter der var adgang til, boformer og meget mere. Alligevel er det meget væsentligt at pege på at alle de unge ændrede deres kostvaner væsentligt, blandt andet på baggrund af de råd og instrukser de fik fra de professionelle. Det er også væsentligt at pege på, at nogle af de unge efter deres egne opfattelser fik meget bedre og sundere kostvaner hvilket de mente var medvirkende til at deres liv generelt set blev både længere og bedre. Det pudsige er, at flere af netop de unge der pegede på dette, var de unge der set i de professionelles perspektiver klarede sig dårligst, fordi det var unge der i forvejen var i ustabile sociale og psykologiske situationer (for uddybning af dette læs f.eks. Hølge-Hazelton 2001).

Perspektivering

Hvad betyder denne afdækning af de unges perspektiver for de professionelle? Udgangspunktet for studiet var at de professionelle selv ønskede at forbedre deres praksis i forhold til de unge. Skal de gøre det, vil jeg mene de skal starte med en grundig, professionel selvkritik hvori det blandt andet er legitimt at rejse de problemstillinger der har været peget på i denne afhandling. I en sådan proces må de professionelles viden om diabetes indrammes som det den er, en professionel viden som blot er ét element blandt mange i de unges hverdag. Hvis de vil forstå og imødekomme de unge bedre, må de interessere sig mere for dem i deres møder, vide mere om deres liv, inddrage dem langt mere og forstå at hvis de virkelig ønsker at de unge skal tage ansvaret for sygdommen selv, kan de professionelles handlinger få afgørende betydning for om de unge kvalificeres eller diskvalificeres i en sådan proces. Om de professionelle er parate til at tage dette skridt ved jeg ikke, dette er jo ikke det første arbejde der peger på denne type problematik, og det er ikke en ukendt sag at det er svært at ændre på praksis. Lonnie på 17 år får det sidste ord, hun har haft

diabetes 1 år på interviewtidspunktet og giver her et godt fingerprej om hvor man som professionel kan begynde hvis målet er bedre kontakt til de unge.

Bibi: de ting du får at vide omkring kost, bruger du det?

Lonnie: de kan komme og give mig enhver kost og jeg vil sige: skråt det, altså det vil ethvert ungt menneske gøre, der er ikke nogen der kan leve efter en fast diæt, det er der ikke nogen der gør igen.

Bibi: hvordan er de forslag de kommer med?

Lonnie: kedelige, kedelige, kedelige (griner).

Bibi: og har ikke noget med virkeligheden at gøre eller hvad?

Lonnie: nej, overhovedet ikke, jeg vil sige jo selvfølgelig har de det, men jeg vil sige ”husk nu at spise ekstra grøntsager og ikke for meget af det og ikke for meget af det” ja, lad mig klare det selv, og jeg gør det selv. Og det er også det der irriterer mig mest når man er inde på hospitalet det er at de stiller det og det mad frem til en men når man kommer hjem så er det altså noget helt tredje noget man får så de kan ikke regulere det på et hospital, så vil jeg hellere have at de kommer hjem til mig, og så kan min mor servere mad og så kan de regulere det herhjemme, så ville jeg ikke have noget imod de regulerede min insulin, overhovedet ikke. Men på et hospital ... never.

Bibi: så det var en ide måske at tage ud og se på hvordan folk egentlig ...

Lonnie afbryder: levede til hverdag i stedet for. Ja!

Litteratur

- Arsham, G. (Guest Editor). 1997. Diabetes in men. *Diabetes Spectrum* 11(2). Special Edition.
- Charmaz, K. 1995. Identity dilemmas of chronically ill men. I: Sabo, D. & F. Gordon, red. *Men's Health and Illness. Gender, Power and the Body. Research on Men and Masculinities*. SAGE Publications.
- Cohn, B.A., Cirillo, P.M., Wingard, D.L., Austin, D.F. & Roffers, S.D. 1997. Gender differences in hospitalization for IDDM among adolescents in California 1991. *Diabetes Care* 20 (11): 1677-82.
- Damkjær, S. 1998. Kroppens sociologi og den biologiske organisme. *Dansk Sociologi* 4.
- Damkjær, M. & Damkjær, S. 2003. Kropsbilleder. I: Hølge-Hazelton, B., red. *Perspektiver på ungdom & krop*. Roskilde Universitets Forlag.
- Guttmann-Bauman, I., Flaherty, B.P., Strugger, M. & McEvoy, R.C. 1998. Metabolic control and quality of life self-assessment in adolescents with IDDM. *Diabetes Care* 21 (6): 915-8.
- Helve, H. & Bynner, J., red. 1996. *Youth and Life Management, Research Perspectives*. Yliopistopaino, Helsinki University Press.
- Hølge-Hazelton, B. 2002 The internet: A new field for qualitative inquiry? *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal] 3 (2). <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>.
- Hølge-Hazelton, B. 2001. Listen to a voice. *Diabetes Voice* 46: 38-40. Bulletin of the International Diabetes Federation. Special edition, Empowerment.
- Hølge-Hazelton, B. 2003. (in press) *Diabetes – en skole for livet*. Ph.d-afhandling. Forskerskolen i Livslang læring. Roskilde Universitets Center. Roskilde Universitets Forlag
- Illeris, K., Katznelson, N., Simonsen, B. & Ulriksen, L. 2002. *Ungdom Identitet og Uddannelse*. Roskilde Universitets Forlag.
- Jovanovic, L. (Guest Editor). 1997. Diabetes in Women. *Diabetes Spectrum* 10 (3). Special Edition.
- Kayser Nielsen, N. 1994. Body, control and desire: Health and capacity of life among young Danes in the 1990s. *Young* 2:3.
- Kovacs, M., Obrosky, D.S., Goldston, D. & Drash, A. 1997. Major depressive disorder in youth with IDDM. *Diabetes Care* 20(1): 45-51.
- Larsen, L. 2001. *Unge, livshistorie og arbejde. Produktionsskolen som rum for liv og læring*. Ph.d-afhandling. Roskilde Universitets Center.
- Lesko, N. 2001. *Act your age! A Cultural Construction of Adolescence*. New York & London: Routledge Falmer.
- Lykke, N. 1999. Sundhed – en postpositivistisk hybrid? I: Scott Sørensen, A. & C. Dalgård, red. *Sundhed mellem biologi og kultur – en bog om nye sundhedsbegreber*. Gyldendalske Boghandel. København: Nordisk Forlag A/S
- Merleau-Ponty, M. 1994/1945. *Kroppens fænomenologi*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Nielsen, H.K. 1991. *Identiteter i forandring*. Aarhus Universitetsforlag.
- Phoenix, A. 1996. (Re)conceptualizing youth in a changing world. I: Helve, H. & J. Bynner, red. *Youth and Life Management, Research Perspectives*. Yliopistopaino, Helsinki University Press.
- Richardson, L. 1990. *Writing Strategies: Researching Diverse Audiences*. Thousand Oaks, California: SAGE.

- Richardson, L. 1997. *Fields of Play. Constructing an Academic Life*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Richardson, L. 1998. Writing. A method of inquiry. I: Denzin & Lincoln. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: SAGE Publications.
- Robinson, J.J.A. 1995. The management of diabetes in adolescents and young adult: A preliminary case study. *Journal of Clinical Nursing* 4: 257-265
- Shank, G. & Cunningham, D. 1996. Mediated phosphor dots: Toward a post-Cartesian model of CMC via the semiotic superhighway. I: Ess, C., red. *Philosophical Perspectives on Computer-Mediated Communication*: 27-41. New York: Suny Series in Computer-mediated communication.
- Søndergaard, D.M. 1996. *Tegnet på kroppen*. København: Museum Tusculanums Forlag.
- Thorne, S.E. & Paterson, B.L. 2000. Two decades of insider research: What we know and don't know about chronic illness experience. *Annual Review of Nursing Research* 18 New York: Springer Publishing Company.
- Thorne, S.E. & Paterson, B.L. 2001. Health care professional support for self-care management in chronic illness: Insights from diabetes research. *Patient Education and Counseling* 42: 81-90.
- Timm, H.U. 1997. At have en krop og at være en krop. Om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *GRUS* (52).
- Toombs, K. 1992. *The Meaning of Illness, A phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Kluwer Academic Publishers.
- Turner, B.S. 1992. *Kroppen i samfundet*. København: Hans Reitzelt Forlag.
- Willams, C. 1998. *Mothers, Young People and Chronic Illness: Meanings, Management and Gendered Identities*. Ph.D.-thesis. Surrey University.
- Ziehe, T. & Stubenrauch, H. 1983. *Ny ungdom og usædvanlige lærerprocesser*. København: Politisk Revy.
- Öhrn, I. 2000. *Livet, identiteten och kronisk sjukdom. En socialpsykologisk studie av unga vuxna diabetiker*. Sociologisk Institutionen, Göteborgs Universitet.

Bibi Hølge-Hazelton
Institut for Uddannelsesforskning
Roskilde Universitetscenter, P10
Box 260
DK-4000 Roskilde, Danmark
e-post: biho@ruc.dk