

MASTEROPPGAVE

Opplevelsen av psykiske utfordringer og stigmatisering i hverdagen til
kvinner med overvekt og fedme og deres erfaringer med et
lavterskeltilbud

Charlotte Undrum

26. April 2023

HSPSA40616-1 22V Master i psykososialt arbeid

Høgskolen i Østfold, avd Fredrikstad



Forord

Etter 4 år som deltidsstudent ved Høgskolen i Østfold er tiden inne for avlevering av min masteroppgave. Det har vært en tøff og tidskrevende prosess, som jeg ikke hadde klart uten støtte fra familie, venner og kollegaer. Jeg vil takke mine kollegaer for oppmuntring til å utføre denne oppgaven, og ikke minst min gode kollega og venninne Vilja.

Jeg vil også takke personlig trener for hennes engasjement rundt dette tema og hennes interesse for å utgjøre noe bra for mennesker med overvekt og fedme. Jeg vil også takke treningssenteret og deres personell for innsatsen og samarbeidet med prøveprosjektet. Det hadde ikke latt seg gjennomføre uten dere. Og en stor takk til deltakerne av prøveprosjektet, for deres åpenhet og villighet til å fortelle om deres følelser og opplevelser.

Til slutt vil jeg takke min veileder Margret Lepp for hennes engasjement, innsats, veiledning og hjelp for at jeg skulle komme meg igjennom denne oppgaven.

Sarpsborg, April 2023

Charlotte Undrum

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt- Samfunnets normer om kroppen består av en tynn og veltrent kropp.

Mennesker med overvekt og fedme ses på som avvik i samfunnet, og måler ikke opp til idealet om en tynn kropp. Å bli sett på som avvik resulterer til stigmatisering fra samfunnet og samfunnets befolkning. Slik stigmatisering påvirker personens selvfølelse og bidrar til utvikling/forverring av psykiske utfordringer samt sosial isolasjon for personen som lever med overvekt og fedme. De blir sett på som late og manglende viljestyrke av majoriteten av befolkningen, men ofte ligger det mer bak årsakene til overvekt/fedme. Flere personer med overvekt og fedme opplever psykiske utfordringer og psykiske lidelser, som de ikke får hjelp til av helsepersonell, da fokuset ligger på kosthold og aktivitet.

Problemstilling- Hvordan påvirker psykiske utfordringer og stigmatisering på grunn av overvekt og fedme personens hverdag, og på hvilken måte kan et lavterskeltilbud til mennesker med disse utfordringene bidra til en forbedring av den psykiske helsen samt motivere for videre livsstilsendring?

Metode- Det er brukt en kvalitativ forskningsmetode. Datainnsamling kommer fra intervju med 9 personer, som er deltakere av ett prøveprosjektet til kvinner med psykiske utfordringer på grunn av overvekt og fedme, og har et intervensjonsorientert design. Kvinnene ble intervjuet to ganger, det ble utført ett intervju før prøveprosjekt startet, og ett intervju etter at prøveprosjekt var avsluttet.

Analyse- Det er brukt tematisk analyse av datamaterialet. Det er transkribert og analysert tilsammen 16 intervjuer fra 9 forskjellige kvinner.

Resultat- Resultater fra studien viser at stigmatisering og krenking fra samfunnet og samfunnets befolkning på grunn av overvekt og fedme, i stor grad påvirker kvinners hverdag. Opplevelsen av stigmatisering reduserer selvbildet og bidrar til sosial isolasjon. Prøveprosjektet ga små, men positive virkninger på den psykiske helsen som blant annet bedre selvfølelse. På grunn av kort varighet av prøveprosjektet viser den ikke til store endringer i den psykiske helsen.

Nøkkelbegreper- Lavterskeltilbud, overvekt, fedme, selvfølelse, stigmatisering, psykisk helse, livsstilsendring

Abstract

Background – Today's society ideals surrounding body image is a slim and toned body. Being overweight or obese is looked upon in a negative way and does not live up to these perpetuated body standards. Deviating from these forementioned standards leads to stigmas and can negatively impact a person's self-esteem. This in turn contributes to the development of psychological challenges with the potential of social isolation. Overweight people can often be labelled by society as lazy with the lack of motivation. However, in most cases there is an underlying cause of the obesity. There are a number of cases where overweight and obese people do not get the appropriate care as the focus today is mainly on nutrition and physical activity and thus neglecting the mental side of the issue.

Thesis statement – How does psychological challenges and stigma surrounding overweight and obesity affect a person's daily life ? In which way can simple and easily available measures contribute to an improvement in overall mental health whilst encouraging long term lifestyle changes?

Method – A qualitative research method has been utilized. The data gathered is based on interviews of 9 subjects, who is participant in the sample project for woman with psychological challenges due to overweight and obesity, and has an intervention orientated design. Each subject was interviewed twice. The first interview took place at the beginning of the project and the second interview at the end.

Analysis – Thematical analysis is used to analyze the data gathered from the 16 interviews of the 9 subjects.

Results – The results from the study show that stigma and condescending attitude by society strongly affects the daily lives of overweight and obese women. The lived experience of stigma negatively impacts self-esteem and leads to social isolation. The research project resulted in small, but positive changes to the mental health of the women involved, for example better self-esteem. Due to the short duration of the project, no long term effects are measurable.

Keywords- low threshold offer, overweight, obesity, self-esteem, stigmatization, mental health, lifestyle change

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Fedme situasjonen på verdens basis og i Norge	3
1.2.1 Overvekt og fedme.....	4
1.2.2 Årsaker til overvekt og fedme.....	5
1.2.3 Somatiske komplikasjoner ved overvekt og fedme	7
1.3 Oppgavens hensikt.....	7
1.3.1 Problemstilling.....	8
1.3.2 Forskningsspørsmål	8
1.4 Begrepsavklaring	8
2 Behandling av overvekt og fedme.....	10
2.1 Livsstilsendring som behandling av overvekt og fedme	10
2.1.1 Livsstilsendring i gruppe.....	11
2.2 Behandlingstilbud til personer med overvekt og fedme	12
2.2.1 Behandlings tilbud i spesialist -og privathelsetjenesten	12
2.2.2 Behandlingstilbud i kommunen	13
2.2.3 Medikamentell og kirurgisk behandling	14
2.3 Downsize fitness- Et treningskonsept I USA.....	14
3 Stigmatiseringens påvirkning av den psykiske helsen	15
3.1 Den psykiske helsen.....	15
3.1.1 Sammenheng mellom depresjon og fedme	16
3.1.2 Selvbilde, selvtillit og selvfølelse	17
3.2 Stigmatisering, krenking og mobbing.....	18
3.2.1 Overvekt og fedme som et normbrudd	20
3.2.2 Å bli sett på som et avvik i samfunnet.....	20
3.2.3 Stemplingsteori og speilingsteori.....	21
3.3 Stigmatisering av mennesker med overvekt og fedme	22
3.3.1 Materiell stigmatisering i samfunnet.....	23
3.3.2 Stigmatisering fra helsevesenet.....	24
4 Metode.....	25

4.1 Intervensjonsorientert forskningsdesign.....	25
4.2 Kvalitativ forskningsmetode.....	25
4.3 Hermeneutisk tilnærming	27
4.4 Utførelse av prøveprosjektet.....	29
4.4.1 Rekruttering og utvalg av deltagere	30
4.4.2 Intervjuprosessen	32
4.4.3 Forskerens rolle og forforståelse.....	33
4.5 Analyse.....	34
4.5.1 Hermeneutisk fortolkning	34
4.5.2 Tematisk analyse	35
4.6 Ethiske overveielser.....	36
5 Presentasjon av funn.....	38
5.1 Tema 1. Psykiske utfordringer og påvirkning på hverdagen	38
Kategori 1.1. Redusert selvbilde og selvtillit.....	39
Kategori 1.2. Negative blikk på stor kropp	40
5.2 Tema 2- Opplevelsen av stigmatisering i hverdagen	41
Kategori 2.1. Påvirkning på den psykiske helsen	41
Kategori 2.2. I møte med helsepersonell.....	44
Kategori 2.3. Materiell stigmatisering	47
5.3 Tema 3- Tanker og erfaringer med treningssenter	48
Kategori 3.1. Store kropper ikke passer inn.....	49
Kategori 3.2. Negative opplevelser.....	51
5.4 Tema 4- Erfaringer ved å ha deltatt på prøveprosjektet.....	52
Kategori 4.1. Endringer i den psykiske helsen.....	53
Kategori 4.2. Det sosiales betydning for den psykiske helsen.....	54
Kategori 4.3. Tanker og erfaringer med treningssenter.....	55
Kategori 4.4. Motivasjon for livsstilsendring	58
6 Diskusjon.....	60
6.1 Metodevalg, relevans og validitet.....	60
6.2 Psykiske utfordringer og hvordan dette påvirker hverdagen	62
6.3 Hvordan stigmatisering, krenking og mobbing påvirker hverdagen	64
6.3.1 Hvordan det sosiale blir påvirket av stigmatisering.....	68

6.3.2 Blikking som en krenkelse metode	71
6.3.3 Lite engasjement og stigmatisering fra helsepersonell	72
6.3.4 Utfordringer med klær og offentlige rom tilpasset normalvektige kropper	75
6.4 Gruppe som en metode for livsstilsendring	77
7 Konklusjon	79
Litteraturliste	80
Vedlegg	90
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	90
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	93
Vedlegg 3: Databehandleravtale	94
Vedlegg 4: Taushetserklæring	105

1 Innledning

De siste årene har det vært stort fokus på menneskers kropp, spesielt via internett og andre sosiale medier. I dagens samfunn er normen at en kropp skal være slank, og overvekt blir dermed sett på som både umoderne og uestetisk. Overvekt har i tillegg stigma knyttet til den overvektiges personlige og moralske egenskaper, da majoriteten tenker at overvekten kommer av at den overvektige er lat, ikke har selvkontroll, er grådig eller mangle viljestyrke og motivasjon til å gå ned i vekt (Goode, 2019). Magasiner, tv og andre medier viser til en tynn kropp som det perfekte idealet, og det vises ulike artikler om dietter som skal gi en tynn kropp. I media reklameres det med modeller som viser frem en urealistisk tynn kropp som et ideal (Goode, 2019). Normene for hvordan menneskekroppen skal se ut har ikke alltid vært slik, tidligere ble kropper med kvinnelige former sett på som et ideal for hvordan kroppen skulle se ut. Gjennom årene har dette idealet utviklet seg, og kropper med former blir nå sett på som overvektige. Modeller som er urealistisk tynne har tatt over som forbilde over hvordan kroppen skal se ut. Media bidrar til å legge press på at det å være tynn er samfunnets norm om hvordan kroppen skal se ut. Goode (2019) mener videre at det finnes flere eksperter som bekymrer seg over hvilken retning disse normene utvikler seg i, og mener at slike normer kan bidra til å utvikle spiseforstyrrelser som blant annet anoreksia og bulimi.

Når det blir snakket om personer som lever med overvekt og fedme, ligger fokuset på det å skulle redusere kroppsvekten. Men personer som opplever isolasjon, angst, depresjon, redusert selvbilde og andre psykiske utfordringer på grunn av overvekt og fedme har behov av å få hjelp til å takle disse utfordringene før eller samtidig som de fokuserer på vektnedgang. Derfor er det valgt med dette masterstudiet å fokusere på den psykiske helsen, fremfor overvekten. Det vil bli opplyst om hvordan psykiske utfordringer og stigmatisering påvirker hverdagen til kvinner som lever med overvekt og fedme. Det vil i tillegg bli presentert et lavterskel prøveprosjekt som har med hensikt å gi en positiv innvirkning på den psykiske helsen. I dette masterstudiet brukes det en kvalitativ metode. Datamaterialet kommer fra intervju med kvinner som har deltatt på et prøveprosjekt. Prøveprosjektet har et intervensjonsorientert design. Med dette masterstudiet ønsker man å belyse personenes egne opplevelser og erfaringer, derfor belager studiet seg på et hermeneutisk vitenskapssyn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samfunnets normer om hvordan kroppen skal se ut viser til en, for mange mennesker urealistisk tynn kropp. Slike uformelle normer kan beskrives som et samfunnsproblem. Mennesker som lever med overvekt og fedme passer ikke inn i disse normene og derfor utsatte for stigmatisering og diskriminering. De blir ofte sett på som late og svake, og at de har mangel på viljestyrke (Vrabel, 2018). Undersøkelser viser at mennesker tror overvektige personer er ulykkelige, stygge, dumme og grådige. Ett studie som er utført i USA viser at mennesker med overvekt og fedme sjeldent blir ansatt eller forfremmet, og at det er store lønnsforskjeller på personer med tynn kropp og personer med stor kropp (Spilde, 2014). Goode (2019) bemerker at mennesker som lever med overvekt og fedme er stigmatiserte og blir sett på av andre som mindreverdige mennesker. Videre mener han at overvektige får færre av samfunnets goder og belønninger, og straffes mer og hardere gjennom bla. å bli diskriminert i ansettelses- eller forfremmelses prosesser. Det finnes studier som viser at mennesker med overvekt opplever mer diskriminering på arbeidsplassen enn mennesker med normalvekt. Risiko måling i et amerikansk studie viser til at overvektige personer hadde 30% større risiko for å oppleve fedme relatert diskriminering, mens personer med alvorlig overvekt hadde helt opp til 70% risiko for å oppleve diskriminering (Christiansen, Karlsen & Larsen, 2017).

Stigmatisering og diskriminering fra samfunnet kan gi store og negative konsekvenser for mennesker som lever med overvekt og fedme. Det kan gi konsekvenser som blant annet innebærer at de isolerer seg fra samfunnet, som igjen kan føre til flere negative konsekvenser som blant annet trøstespising, negative psykologiske tilstander, stress, søvnmangel med mer (Christiansen, Karlsen & Larsen, 2017). Flere mennesker som lever med overvekt og fedme opplever psykiske utfordringer som angst, depresjoner, dårlig selvilde og isolering. Det finnes studier som viser til at det finnes en sammenheng mellom fedme og depresjon (Ødegaard, 2006). Opplevelsen av stigmatisering på grunn av kroppen, kan føre til lav selvtillit og følelse av nedstemthet og depresjon (Henriksen et al, 2021). Flere mennesker som lever med overvekt og fedme opplever ikke bare stigmatisering fra befolkningen, men også fra helsepersonell.

Det er blitt utført flere kvalitative studier om hvordan personer som lever med overvekt og fedme opplever hjelpen fra helsevesenet. I en undersøkelse utført av Ueland (2019) vises det at personer med fedme erfarer at samfunnets normer om kropp, gjenspeiles i blikket fra de profesjonelle. De føler seg unormale og unngår å ta kontakt med helsevesenet for hjelp. Spilde (2014) bemerker at det er utført undersøkelser som viser at leger er mindre villige til å behandle mennesker med fedme enn normalvektige. Personer med fedme opplever at helsepersonell kun ser overvekten, og ikke andre plager. Svaret til pasientene er at de må spise mindre og trene mer, uansett hva problemet er.

1.2 Fedme situasjonen på verdens basis og i Norge

Forskerene mener at verden er inne i en fedme epidemi. På verdens basis har fedme nesten tredoblet seg siden 1975. I 2016 var mer enn 1,9 milliarder mennesker fra 18 år klassifisert som overvektige, som tilsvarer 16% av verdens befolkning. Av disse 1,9 milliarder menneskene, var over 650 millioner mennesker i kategorien fedme (World Health Organization, 2021). For at overvekt skal klassifiseres som fedme, må BMI/KMI være på over 30 (Kroppsmasseindeks og helse, 2015). Overvekt og fedme er årsaken til flere dødsfall på verdensbasis enn undervekt, og det er det flere som er overvektige enn undervektige. Dette gjelder alle regioner, bortsett fra deler av Afrika, sør for Sahara og Asia (World Health Organization, 2021).

Norge har hatt stor økning i forekomst av fedme de siste årene. Forekomsten av fedme har økte med 44% siden år 2000, og i år 2019 lever 23 % av Norges befolkning med fedme. Dette er en av samfunnets største utfordringer og det er antatt at fedme er primærårsaken til 3 200 dødsfall årlig (Bodvik & Hafstad, 2019). Overvekt og fedme gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes, flere ulike kreftformer, søvnapné, psykiske vansker med mer (NHI, 2021).

Fedme har store økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet. Menon Economics har hatt i oppdrag å finne ut av hvor store kostnader fedme utgjør. De skriver i en rapport at samfunnskostnadene er estimert til 68 milliarder hvert år (Borvik & Hafstad, 2019). Den sammenlagte kostnaden er delt opp i tre kategorier. Den største kategorien som utgjør omslag 39

milliarder kroner årlig er velvære tap, som blant annet innebærer begrenset aktivitet, smerter og redusert livslengde. Den neste kategorien står for 17 milliarder kroner årlig og kommer av kostnadene på grunn av tapt arbeidsinnsats, som blant annet sykefravær og uføretrygd. Den siste kategorien er helsekostnader, og utgjør ca 12 milliarder kroner årlig. Denne kommer av kostnadene for behandling og rehabilitering (Borvik & Hafstad, 2019). Det er usikkert hvor mye kostnader som blir brukt på overvekt, da disse tallene viser samfunnskostnader på grunn av fedme (KMI over 30). Men det regnes med at både overvekt og fedme gir en samfunns kostnad på nærmere 100 milliarder kroner. Derfor regnes overvekt og fedme som en av de mest alvorlige helseproblemene i Norge (Borvik & Hafstad, 2019).

1.2.1 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er en tilstand når man har overskudd av kroppsfett. Når kroppen gjennom lang tid blir tilført mer energi enn det kroppen har behov for til nødvendige energikrevende prosesser, vil energien fra maten lagres i fettvevet (Meyer, 2022).

Det mest brukte måle verktøyet for overvekt og fedme er kroppsmasseindex (KMI), på engelsk kalt BMI. KMI er en formel som viser balanse mellom høyde og vekt. Får å regne ut KMI tar man vekten til personen og deler på kvadratet av høyden. Ett eksempel: En person er 170cm høy og veier 90kg. For å finne kvadraten av høyden må man gange høyden: $1,7 \times 1,7 = 2,89$. Deretter skal man ta vekten delt på kvadraten: $90:2,89 = 31$. Dette vil si at KMI er på 31. (Kroppsmasseindeks og helse, 2015). Verdens helseorganisasjon har utviklet en tabell for sammenheng mellom KMI og helse, se tabell 1.

Tabell 1 Sammenheng mellom KMI og helse (Kroppsmasseindeks og helse, 2015)

Klassifisering	KMI, kg/m ²	Sykdomsrisiko
Undervekt	18,4 eller lavere	Lav for diabetes, økt for andre helseproblemer
Normalvekt	18,5-24,9	Lav
Overvekt	25,0-29,9	Økt for diabetes
Fedme- grad 1	30-34,9	Økt for diabetes Økt for dødelighet

Klassifisering	KMI, kg/m ²	Sykdomsrisiko
Fedme- grad 2	35-39,9	Høy risiko for flere helseproblemer Økt dødelighet
Fedme- grad 3	40,0 eller høyere	Ytterligere økt risiko

Det er viktig å vite at KMI ikke skiller mellom vekt fra økt fettlager og muskelmasse. Derfor kan personer med stor muskelmasse klassifiseres som overvekt, selv om de har lite fettlager. For å regne ut sykdomsrisiko til en person, må man i tillegg til å benytte seg av KMI også se på andre faktorer som blant annet kostholdsvaner, fysisk aktivitet, tobakk inntak, midjemål og andre relevante faktorer (Kroppsmasseindex og midjemål, 2020).

1.2.2 Årsaker til overvekt og fedme

Det finnes flere årsaker til at mennesker bli overvektige. Når energiinntaket blir høyere enn energiforbruket, lagres overskuddet av energi som fett i kroppen. Vanlige årsaker til overvekt er lite fysisk aktivitet og dårlige kostholdsvaner. Medikamenter kan også ha en innvirkning på vekt og føre til vektøkning, fordi bivirkninger på noen medikamenter kan gi økt appetitt, endringer i hormonnivå og endringer i sinnsstemningsleie (Opsahl & Anker, 2022). Det er også utført studier som kan tyde på at arv også kan bidra til overvekt. Det vises at noen mennesker har en arvelig genvariant, som fører til at appetittregulerende hormoner er i ubalanse (Opsahl & Anker, 2022). Når et slikt hormon er i ubalanse kan mennesker oppleve en forsinket metthetsfølelse, eller så kan metthetsfølelsen utebli totalt, dermed kan energiinntaket raskt bli høyere enn energiforbruket, og vekten vil dermed øke (Opsahl & Anker, 2022).

Kosthold er trolig den største årsaken til overvekt og fedme. Hvis mennesker spiser mer enn man klarer å forbrenne, øker kroppsvekten ved at overskuddet av energi lagres som fett i kroppen. Helsedirektoratet har utviklet en modell for kostråd, som inneholder anbefalinger for et sunt kosthold (Helsedirektoratet, 2019). Noen av de største utfordringene innen kosthold er blant annet hurtigmatkjedene og hel- og halvfabrikat produkter i butikkene. De er ofte billigere enn sunne varer, og de har markedsføring som kan være svært uetisk (Årsaker til overvekt og fedme, 2022). I de fleste land er usunne matvarer billigere enn de sunne alternativene og gjør det dermed lettere for mennesker å velge usunne varer (Opsahl & Anker, 2022). Fra 2006 viser

utviklingen i kostholdet at mennesker bruker mer penger på sukkervarer enn de bruker på frukt og grønnsaker (Helsedirektoratet, 2010).

Rundt 3 % av befolkningen i Norge opplever overspisings lidelse, og over 40% av mennesker som lever med fedme passer kriteriene for en overspisings lidelse (Råd om spiseforstyrrelser). Overspising blir ofte brukt som et verktøy for å håndtere vanskelige følelser som er forbundet med skam (Andersen, 2011). Betegnelsen for at man har en overspisings lidelse er at man spiser for å regulere følelser, spesielt vonde følelser (Råd om spiseforstyrrelser). Vanlige kjennetegn for en slik lidelse er at man demper vonde følelser gjennom inntak av mat, spiser i et raskt tempo, spiser i hemmelighet, mister kontrollen og dermed opplever en uro ved måltider, der man hele tiden leter etter mer å spise (Råd om spiseforstyrrelser). Overspising er den mest vanlige formen for spiseforstyrrelser, men også den formen som får minst oppmerksomhet (Hvidsten & Orvedal). Siden overspisings lidelse er den diagnosen man kjenner minst til, går det gjerne flere år før man får diagnosen (Melkerud 2022).

Ernæringsfysiologen Ramm (2020) viser til at det finnes studier som viser en sammenheng mellom overspising, akutt tristhet og depressive symptomer. Hun mener derfor at det er viktig å få hjelp til å begrense depresjonen. Mange mennesker som har utfordringer med overspising opplever også en skam når de spiser for mye. Dette kan igjen gjøre at man spiser enda mer, for å døyve disse følelsene av skam. Hun påpeker at det er viktig å vite at spiseforstyrrelse ikke er ett valg, men en alvorlig lidelse (Ramm, 2020).

Helmikstøl (2021) påpeker at systemet i Norge ikke er designet for at mennesker med overspisings lidelse skal få hjelp i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet må oppdatere prioriterings veilederen for spiseforstyrrelser, slik at også mennesker med overspising lidelse blir prioritert. Videre blir det påpekt at personer med denne lidelsen blir kasteballer mellom somatikken og flere ulike livsstils opplegg. Disse livsstils oppleggene legger stor vekt på fysisk aktivitet og ernæring, men minimalt med vekt på den psykiske helsen (Helmikstøl, 2021). I de nasjonale faglige retningslinjene som omfatter forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne står det at personer som lider av spiseforstyrrelser bør få tilbud om psykologisk behandling fordi spiseforstyrrelser som oftes er symptom på følelsesmessige konflikter (Helsedirektoratet, 2010).

En annen vanlig årsak til overvekt er lite fysisk aktivitet. Inaktivitet kan regnes som en av fremtidens store utfordringer. Mennesker er stadig i mindre fysisk aktivitet både på fritiden og i arbeid (Kvam, 2019). I de siste 30 årene har tiden mennesker bruker på å se på TV økt med 77%. Gjennomsnittlig brukte nordmenn 3,5 timer på å se på TV eller PC etter arbeidstiden daglig (Helsedirektoratet, 2010). Maskiner og redskaper har overtatt for menneskelige krefter. Det er blitt bygd heiser og rulletrapper i de fleste bygninger (Opsahl & Anker, 2022). Elektriske sykler og sparkesykler har blitt populært de siste årene, og flere land har elektriske sykler og sparkesykler lett tilgjengelig. Stillesittende fritidsaktiviteter som blant annet TV titting og dataspill representerer gjennomsnittlig 4,5 timer daglig (Helsedirektoratet, 2010).

1.2.3 Somatiske komplikasjoner ved overvekt og fedme

Overvekt og fedme kan gi alvorlige komplikasjoner og øker faren for flere sykdommer. Dette er sykdommer som blant annet diabetes, hjerte- og karsykdommer, fettlever, gallestein, høyt blodtrykk og flere ulike kreftformer. I tillegg til disse diagnosene kan det også føre til flere belastningsskader på ledd og skjelett og søvnapné (Helsedirektoratet, 2010). Flere mennesker med overvekt og fedme har diabetes. Diabetes forekommer når kroppen ikke klarer å produsere nok insulin. Insulin er et blodsukker senkende hormon som dannes i bukspyttkjertelen. Insulin sin oppgave i kroppen er å senke blodsukkeret (Aronsen et al., 2010). Det finnes to former for diabetes. Type 1 diabetes er når kroppen slutter helt å produsere Insulin, mens type 2 diabetes er når effekten på insulinet er dårligere eller at kroppen har redusert insulinproduksjon. Register fra 2020 viser at det er ca 0,4% av befolkningen i Norge som har diabetes type 1, mens ca 4,6% har diabetes type 2. Tallene for diabetes type 2 er ikke helt korrekte, da det regnes med at det er flere mennesker som har type 2 diabetes uten å vite det (Helsedirektoratet, 2022).

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med dette masterstudiet er å belyse hvordan psykiske utfordringer og stigmatisering påvirker hverdagen til kvinner som lever med overvekt og fedme, samt å se om et lavterskel prøveprosjekt til disse kvinnene kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen.

1.3.1 Problemstilling

Hvordan påvirker psykiske utfordringer og stigmatisering på grunn av overvekt og fedme personens hverdag, og på hvilken måte kan et lavterskeltilbud til mennesker med disse utfordringene bidra til en forbedring av den psykiske helsen samt motivere for videre livsstilsendring?

1.3.2 Forskningsspørsmål

1. Hvilke psykiske utfordringer opplever personene med overvekts problematikk og hvilke konsekvenser har dette for den psykososiale helsen?
2. Hvilke erfaringer har personen med overvekts problematikk i møte med andre mennesker og helsevesenet, spesielt med tanke på stigmatisering?
3. Hvilke opplevelser og erfaringer opplevde deltakerne med prøveprosjektet?

1.4 Begrepsavklaring

Depresjon- En psykisk helsetilstand med symptomer som nedstemthet og tiltaksløshet. (Rådet for psykisk helse, 2015).

Fedme- Når KMI viser over 30 er man i kategorien fedme. Da er man i risikogruppen for flere ulike livsstilssykdommer som for eksempel diabetes, høyt blodtrykk, hjertesykdom (Kroppsmasseindeks og helse, 2015).

KMI- Betyr kroppsmasseindex og blir kalt BMI på engelsk. Dette er et måleverktøy man bruker for å måle overvekt og fedme. Man regner ut KMI ved å ta Personens vekt og dele den på kvadraten av personens høyde (Kroppsmasseindeks og helse, 2015).

Krenking- Handler om at andre isolerer et menneske og gjør det utrygt og sårbart ved å true de sosiale og kulturelle båndene (Espenes, 2012).

Lavterskeltilbud- Dette er et tilbud til mennesker der man ikke behøver å ha en henvisning fra en lege. Det er som regel kostnadsfritt, eller har en lav kostnad. Det kan være forskjellige tilbud, som treningsgrupper, kurs i ernæring, røykeslutt osv.

Materiell stigmatisering- Når samfunnet eller materialet i samfunnet ikke er tilpasset alle kroppsstørrelser.

Mobbing- Gjentatte krenkelser som ikke stopper (Espenes, 2012).

Overvekt- Tilstand der det er overskudd av fett på kroppen (Hauge & Tonstad, 2020). Med en KMI på 25-29,9 ligger man i kategorien overvektig (Kroppsmasseindeks og helse, 2015).

Psykiske utfordringer- Negative symptomer mennesker opplever som påvirker den psykiske helsen. Man behøver ikke å ha fått en diagnose, men kan oppleve symptomer på depresjon, angst, isolering, dårlig selvbilde osv.

Selvbilde- Det mentale bilde man har av seg selv. Dette bildet utformes av hvordan man ser på seg selv, hvordan man tror andre ser på deg og hvordan man selv ønsker å være (Dyregrov, 2019).

Selvfølelse- Selvfølelse handler om det å akseptere den man er selv med feil og mangler (Psykologvirke).

Selvtillit- Selvtillit handler om vurdering av dine egne evner til å mestre diverse oppgaver (Psykologvirke).

Stigmatisering- Betyr å merke en person, som oftes i en negativ sammenheng (Tøssebro & Berg, 2015).

2 Behandling av overvekt og fedme

Overvekt og fedme skal først og fremst behandles med livsstilsendring. Med livsstilsendring menes det et sunt kosthold i samarbeid med fysisk aktivitet. Målet med et livsstilsendningskurs er å oppnå en varig forandring. Spesialisthelsetjenesten og flere kommuner i Norge tilbyr ulike kurs og opplegg til personer med overvekt og fedme. Det finnes også medikamenter og kirurgiske operasjoner som kan bidra til å redusere overvekt.

2.1 Livsstilsendring som behandling av overvekt og fedme

Man ser en stor økning i forekomsten av psykiske lidelser som er forårsaket av en helseskadelig livsstil gjennom de siste årene i Norge (Kristoffersen, 2019).

Samhandlingsreformen: rett behandling- på rett sted- til rett tid, legger større vekt på helsefremmende arbeid i kommunene (St.meld.47, 2008-2009). Begrepet folkehelsearbeid brukes når det snakkes om å arbeide for å forbedre befolkningens helse. Folkehelsearbeid handler om at omgivelsene i samfunnet bør utformes, slik at den kan bidra til å styrke befolkningens helse. Det skal legges til rette for økt livskvalitet og bidra til at befolkningen opplever mestring over utfordringer som oppstår i hverdagen. Det er viktig å være oppmerksom på sammenhenger mellom personenes tidligere erfaringer og faktorer i nåværende situasjonen (Kristoffersen, 2019). Det kan være mange faktorer som utgjør overvekt og fedme, flere personer har opplevd mobbing og stigmatisering gjennom hele oppveksten, som kan være en mulig årsak til overvekt og økende vektøppgang.

Empowerment og resiliens er viktige begreper innen livsstilsending. Empowerment handler om å styrke sin egne resurser og ha troen på seg selv. Det kan også beskrives som en handlingskompetanse, altså kompetanse til å takle utfordringer man opplever i eget liv.

Resiliens går ut på at en hendelse eller møte med en person bidrar til et vendepunkt som igjen fører til å styrke din evne til å håndtere utfordringer (Kristoffersen, 2019). Et slikt vendepunkt kan være at den overvektige personen får hjelp og veiledning til psykiske utfordringer som ligger til grunne for overvekten. Salutogenese er også et begrep som kan bli brukt innen livsstilsendring for personer med overvekt og fedme. Begrepet ble skapt av Aron Antonovsky som var en medisinsk sosiolog. Salutogenese innebærer det å ha et større fokus på mestring i

stede for sykdom. Det er personens egen beskrivelse som står i hovedfokus (Almvik & Borge, 2007). Mange overvektige mennesker har kunnskap om sin egen situasjon og faremomenter når det gjelder overvekt og fedme, men trenger bistand og veiledning til å utforske mestringsstrategier for å lykkes med en livsstilsendring. Flere opplever å ikke bli sett som mennesker, at helsepersonell kun ser overvekten og ikke andre problemer eller utfordringer. Det er stort fokus på kosthold og aktivitet, men lite fokus på den psykiske helsen ved behandling av overvekt og fedme. Ved å legge større fokus på den psykiske helsen, empowerment og salutogenese kan man bidra til en mer vellykket livsstilsendring.

Midthun (2014) sitt studie viser at det skjer en liten grad av endring av livsstil etter behandlingen da det viser til vanskeligheten med å opprettholde endringene uten oppfølging. Resultatene viser at det er ønskelig med mer og sterkere fokus på den psykiske helsen under behandlingene, altså det som ligger bak overvekten (Midthun, 2014).

2.1.1 Livsstilsendring i gruppe

Medlemskap i en gruppe kan bidra til å gi oss trygghet. Alle mennesker har tilbrakt store deler av livet i forskjellige grupper som blant annet familie, skole, jobb, fritidsaktiviteter osv. For å kunne tilfredsstille de grunnleggende behov er vi avhengige av medlemskap i en gruppe, dette er fordi mennesker er sosiale og biologiske vesner. Det som er positivt med å være deltaker i en gruppe er muligheten til å få hjelp og støtte fra andre mennesker som er i liknende situasjon som deg selv. Grupper gir oss mulighet til å både gi og få støtte fra andre, få hjelp til å løse utfordringer, få veiledning i å ta avgjørelser og utvikle hensiktsmessig atferd (Heap, 2018). Heap beskriver grunntanken med gruppe slik:

Grunntanken med gruppearbeid er at medlemmer både kan hjelpe seg selv og hverandre ved sammen å dele følelser og opplysninger, ved å sammenlikne holdninger og erfaringer, ved å støtte hverandre i å eksperimentere, ta risiko og endre, ved å utveksle ideer, forslag og løsninger, ved å gi hverandre motforestillinger og ved å utvikle personlige forhold seg i mellom (Heap, 2018, s. 22).

Det er viktig å kartlegge sammensetningen av gruppen, da det kan ha mye å si for hvilken innvirkning gruppen vil ha. Det er at gruppemedlemmene identifiserer seg med hverandre

bidrar til å få en god gruppedynamikk. Men det er også viktig med forskjell blant medlemmene, for å få utveksling og sammenligning inn i gruppen (Heap, 2018).

2.2 Behandlingstilbud til personer med overvekt og fedme

Flere kommuner og overvektspoliklinikker tilbyr ulike kurs for at personer med overvekt og fedme skal få hjelp til vektnedgang. Disse innebærer lavterskel tilbud som omhandler ernæring og treningsglede. Det finnes også flere private helseforetak som tilbyr livsstilsendningskurs.

2.2.1 Behandlings tilbud i spesialist -og privathelsetjenesten

Flere sykehus har egne avdelinger for sykelige overvektige. Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør Øst er en poliklinikk som behandler mennesker som har en KMI på over 40, eller mennesker med KMI over 35 med tilleggssykdommer (Sykehuset i Vestfold). Der vil pasientene få en konsultasjonstime med en lege og det blir utført prøver og undersøkelser. Deretter vil pasienten få en konsultasjon hos sykepleier, ernæringsfysiolog, idrettspedagog eller fysioterapeut for å kartlegge kosthold og fysisk aktivitet samt få videre veiledning på dette. Pasienten vil først og fremst behandles med livsstilsendring. I noen tilfeller er det også nødvendig med kirurgisk operasjon i tillegg. Behandling med livsstilsendring kan bestå av både gruppe- og individuell undervisning. Det brukes kognitiv atferdsterapi og motiverende samtale teknikker i behandlingen (Sykehuset i Vestfold).

Det finnes behandling og rehabilitering for overvekt både i spesialisthelsetjenesten og i det private helsetjenesten. For å få en henvisning til rehabilitering må man først ha vært på utredning ved overvektspoliklinikk i et lokalt helseforetak. Målet med rehabilitering i det lokale helseforetaket er å fokusere på spisemønster, endringsarbeid og fysisk aktivitet. Behandlingen består av både undervisning og fysisk aktivitet i gruppe, hjemmeoppgaver og individuell oppfølging (Sykehuset i Vestfold). Det finnes to private institusjoner i helse Sør-Øst som tilbyr døgntilbud til behandling av overvekt og fedme. Disse to institusjonene har en avtale med Helse Sør- Øst RHF og heter Avonova og Evjeklinikken. Evjeklinikken tilbyr et behandlings opplegg for personer med sykkelig overvekt. De fokuserer på ernæring, fysisk aktivitet og sosialt samhold. Behandlingen er lagt opp til at pasientene veksler mellom å bo på klinikken og få oppfølging hjemme i en periode på 2 år (Evjeklinikken). Avonova tilbyr

lignende behandling, der pasientene veksler mellom å bo på klinikken og hjemme i en periode på 5 år. Behandlingen baseres på til sammenligning med Evjeklinikken fysisk aktivitet, ernæring og atferdsendring (Avonova).

Det finnes også flere private helseforetak som har en avtale med Helse Sør-Øst RHF som tilbyr dagstilbud til personer med sykkelig overvekt. Dette er gruppebasert tilbud med individuell oppfølging i forhold til ernæring og fysisk aktivitet (Sykehuset Vestfold). Overvektspoliklinikken og de private klinikkene skriver på sine hjemmesider at de fokuserer på kosthold, riktig ernæring, aktivitet og sosialt samhold, men ingen skriver om tilbud som inneholder behandling for psykiske utfordringer knyttet til overvekts problematikk.

2.2.2 Behandlingstilbud i kommunen

I følge helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen pålagt å ha et tilbud med helsefremmende og forebyggende tjenester til kommunens befolkning (Helsedirektoratet, 2022). Kommunen har et ansvar å tilby befolkningen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Kommunen skal fremme helse samt forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Flere kommuner i Norge har en frisklivssentral som gir tilbud til mennesker som ønsker en endring innen fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse, søvn, tobakk og alkoholbruk. Tilbudet består av både individuell og gruppebasert veiledning, og er beregnet til mennesker som har en sykdom, er i ferd med å utvikle en sykdom, eller har økt risiko for å utvikle sykdom (Helsedirektoratet, 2022).

Mennesker med overvekt og fedme står i fare for å utvikle andre sykdommer som diabetes, hjerte sykdommer, overbelastning på muskler og ledd m.m, eller har allerede utviklet sykdommer. Det er ikke alle frisklivssentraler som har tilbud direkte rettet mot overvekt og fedme, men de gir tilbud til mennesker som trenger hjelp til en endring i kosthold og fysisk aktivitet. Veilederen for kommunale frisklivssenter viser til gode resultater av studier som er utført i forbindelse med tilbudet. Det er få store forskningsstudier som er utført, de fleste studiene er små med variert kvalitet, men de viser likevel en positiv opplevelse ved å delta på frisklivssenteret. En studie som er utført viser at 45% av deltagerne som fullførte ernærings kurset, klarte å opprettholde et godt kosthold etter kurset (Helsedirektoratet, 2022). I 2021 har

Helsedirektoratet registrert at det finnes 235 kommuner i Norge som har en frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2021).

Ett eksempel på en kommune i Norge som har frisklivssentral med flere tilbud til personer som lever med overvekt og fedme er Fredrikstad kommune. De tilbyr ulike kurs med en varighet opp til 6 måneder. Kurset starter med en samtale, der deltakernes behov og motivasjon kartlegges. Deretter vil man bli fulgt opp med veiledning. De tilbyr kurs i fysisk aktivitet og kosthold. Dette er et lavterskeltilbud, der de fleste kursene kun trenger en frisklivresept fra fastlege, slik at det ikke utgjør store økonomiske utgifter for deltakerne. De tilbyr også gratis kurs for overspisings lidelse, bulimi samt depresjonsmestring (Frisklivssentralen, 2022).

2.2.3 Medikamentell og kirurgisk behandling

Det finnes reseptbelagte legemidler som kan hjelpe til å redusere kroppsvekten. I Norge er det få ulike typer medikamenter som er godkjent til bruk på grunn av overvekt. Den ene typen medikament mot overvekt virker inn med å påvirke tarmen til å redusere opptaket av fett, og den andre typen reduserer appetitten slik at man spiser mindre mengder mat (Helsebiblioteket, 2020). Det finnes også kirurgiske operasjoner for å hjelpe personer til å redusere kroppsvekten. En slik operasjon skal være siste utvei, altså når man har prøvd livsstilsendring og medikamentell behandling uten effekt. For å få en slik operasjon må man oppfylle spesielle kriterier. I Norge tilbys det fire forskjellige kirurgiske operasjoner. Alle operasjoner går ut å minske magesekken, men med forskjellige metoder (Helsebiblioteket, 2020). En slik operasjon er den ikke uten farer og kan gi alvorlige bivirkninger. Kvalme, oppkast, lavt blodsukker, dehydrering, jernmangel, lavt d-vitamin, kalsiummangel, magesår, forstoppelse og gallestein er noen av bivirkningene som kan oppstå etter en slik operasjon (NHI, 2021).

2.3 Downsize fitness- Et treningskonsept I USA

Sumitra (2013) viser til en treningskjeden ved navnet Downsize fitness som holder til i USA og er inspirert av tv- programmet: ``The biggest loser.`` Treningssenteret eies av en mann som tidligere har vært svært overvektig, og har klart å gå ned 60kg ved hjelp av sitt team og treningsopplegg. Målet til treningskjeden er å redusere usikkerheten overvektige mennesker

opplever på treningssenter. For å være medlem på dette treningssenteret må du ha et ønske om å gå ned minst 23 kilo. Treningssenteret er tilrettelagt slik at alle skal føle seg komfortabel. De har utført flere tiltak, som blant annet tatt bort store speil i treningssal, frostet vinduer, slik at det ikke er innsyn utenfra. De har også spesial utviklet treningsapparater for overvektige personer. Kostnadene for å være medlem på dette treningssenteret ligger på lik kostnad for å være medlem på vanlige treningssenter. Treningssenteret har også utvidet tilbud, der hvert medlem får tilbud om å blir fulgt opp av en personlig trener og får hjelp til både trening og kosthold for tilleggskostnader (Sumitra, 2013). Flere mennesker som lever med overvekt opplever psykiske utfordringer som blant annet isolasjon og angst for å møte nye mennesker på grunn av redusert selvtillit. Downsize fitness ønsker å gi medlemmene et fellesskap med sosiale aspekter (Gross, 2017). Det finnes ikke noe lignende treningssenter i Norge, men et slikt konsept kan være en god inspirasjon i både Norge og resten av verden.

3 Stigmatiseringens påvirkning av den psykiske helsen

Mange mennesker som lever med overvekt og fedme, har flere utfordringer med den psykiske helsen, spesielt på grunn av mobbing og stigmatisering. Mobbing og stigmatisering kan føre til psykiske utfordringer som angst, depresjon, dårlig selvbilde og isolering. Goode (2019) bemerker at det ofte kan være familie og nære venner av den overvektige personen som utfører stigmatiseringen.

3.1 Den psykiske helsen

På samme måte som alle mennesker har en fysisk helse, har man også en psykisk helse. Psykisk helse går ut på dine egne tanker og følelser og på hvordan du har det med deg selv alene og sammen med andre mennesker. Selvom psykisk helse og fysisk helse regnes som to forskjellige ting, har de forbindelse til hverandre og kan påvirke hverandre i stor grad (Helsenorge, 2022). Når man har en god psykisk helse vil det si at man har en mening med livet og trives i hverdagen. Alle mennesker opplever forskjellige utfordringer i løpet av livet. Noen ganger kan det å takle slike utfordringer gå greit, mens andre ganger kan man ha problemer med å takle utfordringene som kommer. Derfor vil den psykiske helsen variere i løpet av livet man lever. Det viktig å skille mellom psykiske utfordringer og psykiske lidelser.

Man vil føle på en dårlig psykisk helse i løpet av livet, men om de psykiske utfordringene i stor grad påvirker hverdagen din og varer over flere uker bør helsetjenesten kontaktes (Helsenorge, 2022). Diagnostisering av en psykisk lidelse utføres av leger og psykologer. For å diagnostisere en psykisk lidelse vil dine tanker, følelser, atferd og funksjonsnivå klassifiseres i henhold til internasjonale , diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens. De mest vanlige psykiske lidelsene voksne personer opplever er angst, depresjon og rusmidler (Tesli, 2021).

Psykiske utfordringer kan være en bidragsyter til overvekt og fedme. Mobbing, depresjon og andre psykiske utfordringer kan føre til forstyrret spising og overvekt (Helsedirektoratet, 2010). Et masterstudiet utført av Dahl (2019) viser til resultater at en del mennesker med overvekt og fedme er plaget med psykiske utfordringer i form av angst, depresjon og dårlig selvbilde. Videre viser den til at det er flere som verken får hjelp til fedme behandling eller psykisk behandling. Dette begrunnes med at de ikke er nok syke for å få hjelp i psykiatrien, samtidig som fedme behandling ikke er passende for mennesker som opplever psykiske utfordringer. I ett annet studie utført av Ranes (2022), kommer det frem at flere mennesker med overvekt og fedme har hatt en oppvekst knyttet til mobbing, baksnakking og utestenging, som igjen førte til ytterligere vektøkning. Det kommer frem at de isolerer seg fordi de opplever at samfunnet har et krenkende syn på overvektige samt mobbing fra befolkningen. Mobbingen blir utført fra både familie, venner og lærere ved skolen (Ranes, 2022).

3.1.1 Sammenheng mellom depresjon og fedme

En helseundersøkelse av 23 000 personer i Nord- Trøndelag fra 2005 viser at personer som lever med overvekt og fedme kan oppleve psykiske utfordringer som er knyttet til overvekten. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at fedme øker risikoen for depressive symptomer (Mangerud, 2005). Et annet studie viser til lignende resultater der mennesker med overvekt og fedme opplever psykiske utfordringer som depresjon, angst og redusert selvbilde (Dahl, 2019). Det finnes flere studier som støtter oppunder teorien om at den finnes en sammenheng mellom depresjon og fedme. En stor epidemiologisk studie utført i USA er et studie som viser til slike resultater (Simon, et al., 2006), og Ødegaard (2006) bemerker at Norske data viser til samme resultater, altså at den finnes en sammenheng mellom depresjon og fedme.

De mest vanlige symptomene på depresjon er nedstemthet og tiltaksløshet. Depresjon kan også gi symptomer som sinne, redsel, endret søvnmonster (for lite og for mye søvn) og endret ernærings mønster (for stor og for lav appetitt) (Rådet for psykisk helse, 2015). I løpet av livet vil 20-30 prosent av mennesker oppleve en form for depresjon, en eller flere ganger. I de fleste tilfellene vil depresjonen gå over av seg selv, men noen ganger kan det være nødvendig å søke psykisk helsehjelp (Rådet for psykisk helse, 2015). Selvom man opplever disse symptomene betyr ikke det at man har diagnosen depresjon. Mange ganger vil symptomene gå over av seg selv, eller etter at du har snakket med noen om følelsene (Rådet for psykisk helse, 2015). I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten er det beskrevet kjennetegn for depresjon (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg til symptomer som allerede er beskrevet kan redusert selvtillit, mindreverdighetsfølelse, skyldfølelse og negative tanker om fremtiden også være tegn på depresjon (Helsedirektoratet, 2022).

3.1.2 Selvbilde, selvtillit og selvfølelse

Selvbilde, selvtillit og selvfølelse er ord som ofte brukes om hverandre, men selvom de er ganske like, har de noe forskjellig betydning.

Selvbilde er det mentale bilde man har av seg selv, og hvordan man tror andre mennesker oppfatter seg. Det er tre punkter som forteller en person om sitt selvbilde: hvordan du ser på deg selv, hvordan du tror andre ser deg og hvordan du selv ønsker å være (Dyregrov, 2019). Hvis man har et negativt selvbilde og tror at andre mennesker oppfatter deg på en negativ måte skaper det en avstand fra hvordan du egentlig vil være. Dette påvirker selvfølelsen i negativ retning og gi deg opplevelsen av å ikke være god nok og være redd for at andre ikke oppfatter deg som god nok (Dyregrov, 2019). Flere personer med overvekt og fedme opplever å ha ett redusert selvbildet. Det er utført studier som viser til at mennesker med overvekt og fedme opplever at andre mennesker har negative tanker og ser ned på personen som er overvektig. En studie utført av Helseth (2007) om kvinners erfaringer med å leve med overvekt viser til at flere opplever å ha et redusert selvbildet.

Selvtillit handler om vurdering av dine evner til å mestre diverse oppgaver. Ved en høy selvtillit har du stor tro på at du mestrer oppgaver og stoler på deg selv, men ved lav selvtillit

er du usikker, og har liten tro på at du klarer å mestre oppgaver. I motsetning til selvbilde, har selvtilit nødvendigvis ingen ting å gjøre med hvordan du tror andre ser på deg, men om hvordan du selv vurderer dine evner (Psykologvirke).

Når det kommer til *selvfølelse* handler det om å akseptere den man er, selv med feil og mangler (Psykologvirke). Personer som har god selvfølelse klarer å stå opp for seg selv, tåler og godtar at en gjør feil i livet. De føler at de har god verdi, og trenger ikke å forsvare seg selv på hvorfor de er her i livet. Men en person med dårlig selvfølelse vil se på seg selv som lav verdi. Personen vil føle seg mindre verdt enn andre mennesker. Symptomer på lav selvfølelse innebærer at du ser på deg selv som mindre verdt, er redd for å bli avvist av andre mennesker og er svært kritisk til deg selv (Psykologvirke). Stigmatisering av personer med overvekt og fedme kan ha en stor innvirkning på personens selvbilde og selvfølelse.

3.2 Stigmatisering, krenking og mobbing

Begrepet stigma er opprinnelig et eldre gresk ord som inneholdt betydningen av å merke en person, slik at denne personen skilte seg ut fra andre mennesker, men i de senere årene har begrepet også blitt brukt om å nedvurdere egenskaper (Tøssebro & Berg, 2015). Goffman (1963) var en tidligere samfunnsforsker. Han mente at stigma handlet om at mennesket ble redusert fordi de avviker fra samfunnets norm, at menneskers sosiale identitet kunne ødelegges på grunn av bedømmelse og kategorisering fra samfunnet. Han var opptatt av hvordan stigma skaper en sosial avstand og beskriver det med at andre mennesker negativt vurderer en bestemt person og ser på denne personen som mindre verdt, og derfor kan det føre til en barriere for den sosiale kontakten (Tøssebro & Berg, 2015). Når en person først har fått et merke, er det vanskelig å bli kvitt dette igjen. For å bli kvitt merket mener Goffman (1963) at det handler om å gjenopprette en ødelagt identitet. Stigma kan ses på som en relasjon mellom menneskers selvpresentasjon og samfunnets normer (Fugletveit, 2014). Goffman (1974) mener at vi selv har en grad av innflytelse på vår identitet, men vår identitet blir til gjennom medvirkning fra andre mennesker og omgivelsene rundt oss. For å fullføre vårt selvbilde er vi avhengige av responsen fra samfunnet og de menneskene vi har rundt oss. Fugletveit (2014) beskriver Goffman sine tanker om at menneskers identitet stadig utvikles sammen med andre mennesker. Det å bli stigmatisert, eller å ha fått en merkelapp kan videre føre til at personen opplever krenking.

Cahnman (1968) beskriver stigmatisering gjennom tre elementer. Stigmatiseringen starter med at samfunnet angriper en personen. Det neste elementet innebærer at denne personen gjentatte ganger blir fortalt at de ikke er bra nok og at de fortjener å bli stigmatisert. Dette fører til det tredje elementet som innebærer at personen selv begynner å tro på at han/hun fortjener denne stigmatiseringen. Dette kan bidra til å utvikle psykiske utfordringer og redusere selvfølelsen.

Begrepet krenkelse beskrives som en handling når man isolerer ett menneske, gjør dette mennesket utrygt og sårbart ved å true de sosiale og kulturelle båndene. Krenkelse blir beskrevet når andre mennesker eller menneskelige systemer forårsaker ubehag hos personen som blir krenket (Espenes, 2012). Skau (2003) påpeker hva det innebærer å krenke andre mennesker. Det å få andre mennesker til å føle seg mindre verdt, slik at deres selvbilde blir preget i en negativ retning er en form for krenkelse. Krenkelse kan omhandle både fysisk og psykisk mishandling. Den kan omhandle diskriminering av enkelt personer eller grupper på bakgrunn av samfunnets normer (Kirkengen & Næss, 2017). Krenkelse kan gi negative konsekvenser, da den krenkede personen vil oppleve en psykisk ydmykelse og latterliggjøring (Skau, 2003). Opplevelsen av å bli krenket kan ofte føre til at personen blir sårbar og svak (Espenes, 2012). Skau (2003) påpeker at alle mennesker har opplevd en form for krenkelse eller krenke andre, spesielt som barn. Disse formene for krenkelse er blant annet forskjellsbehandling og avvisning.

Psykisk krenking er den mest skadelige formen for krenkelse. Opplevelsen av å bli krenket berører smertefulle følelser hos personen som blir krenket. Skau (2003) bemerker at det å bli krenket kan føre til en følelse av anger og skam. Den kan gi personen som blir krenket følelsen av angst og vonde minner. Gjentakende krenking som ikke stanses, fører oss videre til begrepet mobbing (Espenes, 2012). Det er utarbeidet et manifest mot mobbing, og de definerer begrepet slik:

Med mobbing mener vi gjentatt negativt eller ondsinnet atferd fra en eller flere rettet mot noen som har vanskelig for å forsvare seg. Systematisk utestenging eller gjentatt erting på en ubehagelig måte er også mobbing. På denne bakgrunn kan vi si at mobbing har tre viktige kjennetegn. Trakasseringen er ondsinnet og rammende- Den

pågår over tid- Det er ubalanse i styrkeforholdet, både fysisk og psykisk (Manifest mot mobbing, 2011-2014. s. 4).

3.2.1 Overvekt og fedme som et normbrudd

Overvekt og fedme inneholder begge elementer i Goffman's former for stigma: overvekt er både "vederstygghet av kroppen" og en "blemme på den individuelle karakter". Goffman mener at noen stigmatiserende karakteristikk er veldig synlige og åpenbare for andre i sosial samhandling/interaksjon. Overvekt er et slikt fenomen fordi normalvektige finner det vanskelig å overse en overvektiges størrelse når de samhandler (Goode, 2019). Goode (2019) opplyser om at overvekt er sosiologisk interessant fordi normalvektige ser på overvekt som en fysisk feil/mangel/handikap på lik linje med for eksempel det å være blind eller sitte i rullestol. En person som er blind eller sitter i rullestol, blir generelt sett ikke tildelt personlig skyld for sin tilstand av andre mennesker. Men, fordi overvekt også blir sett på som en svakhet i personens personlighet og karakter (manglende viljestyrke, lat etc.), blir overvektige også stigmatisert fordi de holdes ansvarlige for sin tilstand ("hadde de bare spist mindre og trent mer, ville de ikke hatt det sånn de har det"). Dette introduserer en moralsk dimensjon til overvekt som avvik/normbrudd, som mangler hos andre fysiske karakteristikk som kan representere avvik/normbrudd (Goode, 2019).

3.2.2 Å bli sett på som et avvik i samfunnet

Alle mennesker er forskjellige, men noen kan skille seg mer ut enn andre. Det å være forskjellig kan bidra til å skape grunnlag for forskjellsbehandling. Man kan rangere og kategorisere mennesker som er forskjellige. Noen ganger kan det å være forskjellig, bli sett på som et avvik og forbindes ofte i en negativ setting (Tøssebro & Berg, 2015).

Adler & Adler (2016) mener at avvik kan defineres som atferd, overbevisning/tro og karakteristikkene som avviker fra eller bryter med en norm i samfunnet, og som det er sannsynlig at andre mennesker reagerer på gjennom negative reaksjoner på normbruddet. De bruker begrepet ABC'ene i avvik: A'en står for "attitudes" og innebærer upopulære og ukonvensjonelle overbevisninger som kan komme til syne gjennom upopulære og ukonvensjonelle handlinger. B'en står for "behavior" som de knytter til bevisste handlinger

eller mangler på handlinger som sannsynligvis vil møte fordømmelse eller straff fra de som overvåker denne adferden. C'en står for "conditions" som refererer til fysiske karakteristikk eller kjennetegn et menneske har, som kan gjøre personen til et mål for andres ubehag, unnvikelse, latterliggjøring eller andre typer av negative sosiale relasjoner (Adler & Adler, 2016).

Goode (2019) peker på at hva som er sett på som et avvik eller normbrudd varierer ut i fra sosial kontekst, tidsepoke, kulturelle normer og at det i tillegg er et spekter på hvor stort eller lite normbruddet er, på bakgrunn av hvordan en større gruppe reagerer på normbrudd både gjennom formelle sanksjoner (lover) eller mer uformelle sanksjoner, som sosiale sanksjoner (som f.eks. irettesettelse fra en kollega, kommentarer eller sosial utstøtning). Avvik/normbrudd er dermed relativt og kontekstavhengig. I tillegg bygger det på sannsynlighet for negative reaksjoner fra andre (Goode, 2019). For at noe skal være et avvik, trengs det fire elementer: en norm eller regel, noen som bryter med denne normen/regelen (eller at andre tenker at noen bryter med det), et publikum eller en gruppe mennesker som ser at noen bryter med normen/regelen og bedømmer bruddet, og til sist sannsynligheten for negative reaksjoner fra publikum ovenfor den som representerer normbruddet. Hva som definerer et avvik/normbrudd er de faktiske eller potensielle reaksjonene fra andre på bruddet/avviket (Goode, 2019). Mennesker med overvekt og fedme blir ofte sett på som et avvik fordi de ikke passer inn i samfunnets normer om hvordan kroppen skal se ut, og opplever stigmatisering på grunnlag av dette.

3.2.3 Stemplingsteori og speilingsteori

Stemplingsteorien handler om hvordan avvik blir skapt og forsterket fra omgivelsene rundt (Tøssebro & Berg, 2015). En overvektig person kan ses på som et avvik i samfunnet. Ved at denne personen blir utsatt for stigmatisering, som er en form for merket/stemplet, er det med å bidra til at avviket utvikler seg (Repstad, 2017). Mange mennesker som opplever å bli stemplet kan få store utfordringer med sosiale sammenhenger, og heller velger å isolere seg. Repstad (2017) beskriver stemplingsteorien slik:

Når en person får høre fra alle hold at han eller hun er veldig spesiell, er det fort gjort at den enkelte begynner å tro det selv. Selvforståelsen blir påvirket gjennom en tøff sosialiseringssprosess. En person blir nettopp det alle sier han eller hun er, men som

vedkommende kanskje ikke var i utgangspunktet. I noen tilfeller kaller sosiologer dette en selvoppfylgende profeti. Det blir framsatt og fordi folk begynner å tro på dem (Repstad, 2017. S. 59).

Mens stemplingsteorien handler om hvordan avviket blir skapt og hvordan det utvikler seg, handler speilingsteorien om at vi mennesker speiler oss i tilbakemeldinger fra andre og forandrer oss utifra det (Sundstrøm, 2020). George Herbert Mead var både filosof og psykolog har utviklet teorien om speiling. Han mener at andre mennesker rundt oss er med på å forme vår egen identitet. Han beskriver speilingsteorien som at vi mennesker tilpasser oss etter tilbakemeldinger vi får fra andre mennesker vi har rundt oss. Vårt eget selv bilde blir ikke bare utviklet gjennom hvordan vi ser på oss selv, men også på hvordan andre ser på oss (Sundstrøm, 2020).

3.3 Stigmatisering av mennesker med overvekt og fedme

Mennesker som lever med overvekt og fedme er sett på som mindre verdt enn mennesker som er normalvektige, og normalvektige ser ofte ned på mennesker med overvekt og fedme. De synes synd på dem, føler seg bedre enn dem, belønner de sjeldnere, straffer dem og gjør narr av dem. Mennesker med overvekt og fedme blir ofte trakassert på grunn av kroppsvekten (Goode, 2019). Personer med overvekt og fedme opplever ofte diskriminering og stigmatisering. Stigmatisering av mennesker som kan føre til store psykiske belastninger og en økt risiko for helseproblemer (Jakobsen, 2017). En artikkel av Spilde (2015) forteller oss at det finnes tidligere undersøkelser som viser til at personer med fedme er utsatt for diskriminering og stigmatisering. Forskningen viser at flere personer som opplever stigmatisering utvikler ikke bare psykiske utfordringer men også fysiske helseproblemer. En gruppe med forskere mener at diskriminering av personer med overvekt og fedme kan føre til et kortere liv. De mener at stigmatiseringen kan være mere skadelig enn selve overvekten i seg selv. Det kommer stadig dokumentasjon som viser til at diskriminering av overvekt og fedme fører til forverring av lidelsen og gir økt dødelighet (Spilde, 2015).

Spilde (2014) har intervjuet en forsker med navnet Alexandra Brewis Slade, som har forsket på den økende stigmatiseringen av overvekt og fedme i hele verden. Nyhetsbladet New York Times har omtalt forskningen til Brewis Slade, og kommentarfeltet florerer av negative

kommentarer, som blant annet at de overvektige tar opp mye plass i bussene, belaster helsevesenet og flere mener at fordommer mot overvektige bør oppmuntres (Spilde, 2014). Det er utført flere undersøkelser som tilsier at mennesker tror at overvektige mennesker er dumme, late, grådige, stygge, ulykkelige og med manglende viljestyrke (Spilde, 2014). Det finnes forskning som antyder at stigmatisering kan være med å gjøre det vanskeligere å gå ned i vekt. Skammen de overvektige menneskene opplever, kan igjen øke risikoen for overspising og gjøre det vanskeligere for de menneskene å komme seg ut i fysisk aktivitet. Stress kan øke sjansene for overvekt og fedme, og at som menneske å føle at man ikke når opp til normene fra samfunnet, kan være stressende (Spilde, 2014).

Goode (2019) opplyser om at store kropper gjennom verdenshistorien og på tvers av kulturer har vært verdsatt i samfunn som har et underskudd av mat. I den vestlige verden nå i moderne tid har vi et overskudd av mat, som gjør at store kropper blir mindre verdsatt fordi det vitner om grådighet og manglende selvkontroll. Han mener at normalvektige gjerne synes synd på overvektige og at normalvektige ofte utsetter overvektige for mobbing, trakassering og latterliggjøring bare på grunn av deres store kropper. De mener overvektige fortjener denne typen behandling og ser på en slik behandling som rettferdig fordi det vil motivere den overvektige til å gå ned i vekt. Stigmaet knyttet til overvekt kan dermed være så stort og gjennomtrengende at overvektige selv til slutt også vil bli overbevist om at de fortjener denne behandlingen og er mindreverdige enn andre (Goode, 2019).

3.3.1 Materiell stigmatisering i samfunnet

En undersøkelse utført av Bruåsdal (2017) viser til at mennesker som lever med overvekt og fedme føler en skam over egen kropp og at denne skammen fører til at det blir minimalt med fysiske og sosiale aktiviteter. Resultatene viser at mennesker med overvekt opplever å ikke finne klær som passer og at offentlig transport ikke er utviklet til å passe til store kropper. Dette blir en stor belastning i hverdagen for disse menneskene. De opplever en stor skam ved at man ikke passer inn i miljøet (Bruåsdal, 2017). Spilde (2014) bemerker at personer som lider av overvekt og fedme blir utsatt for materiell stigmatisering. Med materiell stigmatisering menes det at ting ikke er tilpasset til overvektige, men til normalvektige. Dette er blant annet flyseter og prøverom i butikker. Dette er en stadig påminnelse til overvektige mennesker at de er unormale (Spilde, 2014).

En undersøkelse av Ueland (2019) viser til resultater at mennesker med overvekt opplever at offentlige rom ikke passer til overvektige personer. Det er svært vanskelig å skulle handle treningsklær når man veien over 130 kilo, da utvalget er lite, og på treningssenter står det maks kroppsvekt på treningsapparatene (Ueland, 2019). En norsk Youtuber har deltatt i et tv program der man skal bo og drifte en gård, slik man gjorde for 100 år siden. Hun beskriver opplevelser der hun løp rundt på gården flere dager i regnvær uten regnbukse. Grunnen til at hun ikke hadde regnklær var fordi produksjonen ikke kunne finne regnklær som passet hennes størrelse. Hun forteller også om problemene med å finne både tur og treningsklær i større størrelser. Overvektige mennesker ønsker også å gå på turer og trene, men når man ikke finner riktige klær i riktig størrelse, kan dette være en stor utfordring (Nesvoll, 2023).

3.3.2 Stigmatisering fra helsevesenet

Jakobsen (2017) opplyser om at både leger og helsepersonell lever i en kultur med fedmeforakt, og at helsepersonell sin manglende forståelse av fedme kan være like skadelig som negative kommentarer til pasientene. Det blir påpekt at helsevesenet kan være en delaktig part i at mennesker med overvekt føler seg dårligere. Flere studier viser at det er mindretall av personer som lever med fedme som har fått tilbud om hjelp fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Legene mener at en av årsakene til at så få mennesker har fått tilbud om hjelp er fordi pasientene selv ikke er nok motivert. Den andre årsaken går ut på at legen selv mangler erfaring i å støtte mennesker som ønsker en vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2010).

Spilde (2014) opplyser at det finnes flere undersøkelser som viser at leger er mer opptatt av å behandle normalvektige mennesker, enn overvektige mennesker. Det var et studie som viste til at helsepersonell gjorde undersøkelser i mindre grad hos overvektige mennesker. Dette var undersøkelser som celleprøver og mammografiundersøkelser. Hun belyser også at overvektige mennesker blir diskriminert av helsepersonell, ved at helsepersonell kun ser på overvekten, og ikke symptomer. Dette kan føre til at menneskene ikke får den hjelpen de trenger, da helsepersonell sitt svar på alle symptomene er at man må trene mer og spise mindre (Spilde, 2014).

4 Metode

I dette masterstudiet er det valgt å bruke en kvalitativ metode med utgangspunkt i et hermeneutisk vitenskapssyn. Datamaterialet kommer fra intervju med kvinner som har vært deltakere i et prøveprosjekt. Proveprosjektet er utført i samarbeid med et treningssenter og har et intervensjonsorientert design. Kvalitativ forskningsmetode egner seg godt når forskeren ønsker å finne ut av individers meninger og opplevelser, som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2019).

4.1 Intervensjonsorientert forskningsdesign

Det er valgt å bruke evalueringsforskning som en form innen intervensjonsorientert design. Det handler om å kartlegge og vurdere et tiltak, slik som blir gjort i dette masterstudiet (Bukve, 2021). Et evalueringsstudiet kan ha forskjellige fokuser. Det kan være fokus mot resultatet, gjennomføringen eller måten studiet er utformet (Bukve, 2021). Datamaterialet til dette masterstudiet har fokus på hvilke resultater dette prøveprosjektet gir. Proveprosjektet vil gi oss informasjon om virkningen på den psykiske helsen og kan derfor brukes i fremtidligere intervensjons forskning. Innen intervensjons forskning har man to ulike retninger når det gjelder evaluering av tiltaket. Det vil bli lagt vekt på summative evalueringer, som går ut på at konklusjonen til forskeren blir utarbeidet etter at tiltaket er ferdig utført, og resultatene er klare. Resultatene fra prøveprosjektet kan brukes til nye tiltak innen samme området (Bukve, 2021). Det er brukt måloppnålingsdesign som en variant av evalueringsdesign. Det ble valgt å bruke dette designet fordi man ønsker å se på effekten av tiltaket. Måloppnålingsdesign blir brukt når man ønsker å se endringer og i hvilken grad målet er oppnådd. Det brukes for å sammenligne tema før og etter tiltak (Bukve, 2021). For å oppnå resultater ble det brukt en kvalitativ metode med intervju av deltakerne som datainnsamling.

4.2 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskningsmetode egner seg best når man ønsker å gå i dybden på et tema. Denne metoden kan gi oss viktig kunnskap om menneskers erfaringer og opplevelser (Brottveit, 2018). Hensikten med denne metoden er å oppnå dybdekunnskap og forståelse av spesifikke

temaer, og få frem betydningen av menneskers erfaringer og opplevelser som ikke kan gi en vitenskapelig forklaring (Kvale & Brinkmann, 2018). Ved å gå i dybden på et område kan den kvalitative metoden hjelpe oss med å forstå den sosiale virkeligheten. Metoden gir oss mulighet til å gjengi deltakernes meninger så konkret som mulig (Brottveit, 2018). Materialet i en kvalitativ forskningsmetode består av teks, som stammer fra intervjuer eller observasjoner og kan bidra til utviklingen av ny kunnskap om et bestemt tema (Malterud, 2018). Gjennom intervju får vi vite om menneskers erfaringer, opplevelser og tanker som videre kan bidra til at vi får en bedre forståelse om hvorfor mennesker gjør som de gjør. I stedet for en forklaring av hva spesifikke ting er, vil det heller gi oss en forståelse (Malterud, 2018). Målet med denne metoden er å skaffe datamaterialet som gir en dypere innsikt innen for et spesifikt tema, og datamaterialet blir presentert med deltakerens egne ord og formuleringer (Brottveit, 2018).

I en kvalitativ forskningsmetode er det ofte fåtall av deltagere. Dette er for å få god nok informasjon og kunnskap om aktuelt tema (Brottveit, 2018). Derfor ble det satt av plass til maks tolv deltakere til dette prøveprosjektet. Når man bruker kvalitativ metode som forskningsmetode er det flere måter å innhente data på. Man kan intervjuer, observere, bruke opptak av lyd og bilde osv (Fangen, 2022). I dette masterstudiet brukes det intervju for å innhente data. Ved bruk av intervju som datainnsamling får man informasjon gjennom menneskenes egne ord og begreper (Brottveit, 2018). Under intervju blir det ofte stilt åpne spørsmål, som ikke har forhåndsdefinerte svar kategorier. Det positive ved å stille slike åpne spørsmål er at det kan gi oss svar på spørsmål vi ikke visste at vi kunne stille (Malterud, 2018). For å få god nok informasjon om deltakernes opplevelser og erfaringer med prøveprosjektet, vil en kvalitativ forskningsmetode med intervju som datainnsamling egne seg best. Forskeren vil bruke flere direkte utsagn fra deltakerne under presentasjon av resultater. Dette er for å kunne gjengi deltakernes opplevelser så konkret som mulig.

Kvalitativ metode har sin forankring i et hermeneutisk vitenskapssyn. Den retter seg mot hvordan vi mennesker kan forstå og begrepsfeste virkeligheten (Brottveit, 2018). I dette masterstudiet vil det bli brukt en hermeneutisk tilnærming.

4.3 Hermeneutisk tilnærming

Dette masterstudiet er basert på et hermeneutisk vitenskapssyn. Hermeneutikk betyr fortolkningslære (Dalland, 2019). Den klassiske hermeneutikken gikk ut på å tolke litterære, juridiske og religiøse tekster med formålet å oppnå en forståelse av tekstens betydning. I senere tid har begrepet tekster utviklet seg, og hermeneutikken omfatter også diskurs og handling (Kvale & Brinkmann, 2018). Den tradisjonelle hermeneutikken ble utarbeidet i det 19. århundre, mens den filosofiske hermeneutikken ble utformet i det 20. århundre. (Thornquist, 2018). Hermeneutikken omhandler det å få økt kunnskap gjennom menneskers opplevelser og erfaringer, og beskrives som en fortolkende vitenskap. Med fortolkende vitenskap menes det å tolke og forstå meningen i datamaterialet. Dermed har man mulighet til å kunne se nye meningssammenhenger. Datamaterialet som er samlet inn kan vanligvis ikke forklares utifra lover (Brottveit, 2018).

Heidegger og Gadamer var tyske filosofer og var godt kjent innen hermeneutikken. De er kjente for å ha bidratt til å utvikle hermeneutikken som vitenskapstradisjon (Brottveit, 2018). De var begge representanter for den filosofiske hermeneutikken, og de mente at menneskers måte å eksistere på er hermeneutisk. De beskriver at mennesker er i verden som fortolkende og forstående vesner (Thornquist, 2018). Heidegger presenterer den hermeneutiske spiral, også kalt sirkel. Den hermeneutiske spiral er en frem og tilbake prosess mellom helhet og deler (Kvale & Brinkmann, 2018). Heidegger beskriver den hermeneutiske spiral ved at vi forstår og fortolker, avdekker og åpner, men noe vil alltid bli uforståelig. Det å forstå seg selv og andre er en uendelig prosess, som aldri avslutter, derfor er det kalt en spiral eller sirkel, fordi den ikke har en ende (Thornquist, 2018). Den hermeneutiske spiral baserer seg på forforståelse fra forskeren.

Brottveit (2018) mener at forforståelse er et viktig begrep innen hermeneutikken.

Fortolkningsprosessen innen hermeneutikken kjennetegnes ved 3 stadier: Forforståelse, fortolkning og anvendelse. Det starter med at forskeren tolker den opprinnelige teksten og går grunnlag av denne, skaper en ny tekst. Det å ha en forforståelse for tema påvirker hvordan forskeren tolker den opprinnelige teksten. Forskeren vil deretter opparbeide en ny tekst der forskeren prøver å formidle den opprinnelige tekstens mening på en annerledes og ny måte. Den tidligere teksten blir tolket for at man skal skape grunnlag for ny mening om tema som

undersøkes. Resultatene i undersøkelsen belager seg på hvordan forskerens forforståelse er og hvordan forskeren har tolket den opprinnelige teksten. Anvendelsen betyr i denne sammenheng at den nye kunnskapen fra forskningsresultatene har relevans og kommer til nytte i en form (Brottveit, 2018). Tolkningen av deltagernes erfaringer vil påvirkes av forskerens egen forforståelse og vurderinger (Turen, 2021).

Heidegger har videreutviklet et forståelsesideal. Dette idealet viser til ideen om at alt vi gjør og tenker, skjer innenfor en forståelseshorisont. Gadamer mente at målet med en hermeneutisk forskning er å forså meningssammenhenger, og innebærer ikke å skape en ny mening. Gadamer mente også at alt vi mennesker sier og gjør, skjer innenfor en forståelseshorisont, og at vi er bundet til denne når vi søker etter å oppnå forståelse. Han mente at mennesker forståelse kommer fra nedarvet fordommer eller forforståelse. Gadamer så på fordommer som en positiv betydning. Dette er fordi at fordommer konstituerer en mening, og ved å være bevisst på våre egne fordommer og hvordan de påvirker oss kan det skape nye perspektiver (Brottveit, 2018).

I den hermeneutiske forståelsesprosessen vil våre fordommer gradvis justeres etter forståelsen vi søker å oppnå. Gadamer snakket om en horisontsammensmeltning. Denne sammensmeltningen går ut på at vi gradvis utvikler vår forståelseshorisont ved å utvide egen forståelse. For å oppnå en forståelse av den gjeldene teksten, så må man kanskje sette sine egne fordommer til siden. Dette gjør at man kan skape en felles forståelse (Brottveit, 2018). Forståelseshorisont er et begrep som blir brukt når man beskriver enkelt menneskets samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Det kan innebære både ubevisste og bevisste holdninger og oppfatninger (Thornquist, 2018).

Gadamer og Heidegger var begge opptatt av en forforståelse for tema man forsker på (Brottveit, 2018). Mange mennesker som lever med overvekt og fedme opplever stigmatisering fra andre mennesker, også helsepersonell. En artikkel av Spilde (2014) viser til muligheten for at mennesker som utfører stigmatisering på grunn av overvekt og fedme har manglende kunnskap og forståelse om om overvekt og fedme. Manglende forståelse fra befolkningen om tema overvekt og fedme kan gi fordommer mot dette. Ved å sette sine egne fordommer til siden og søke etter ny forståelse, kan forståelseshorisonten utvides, og mennesker som utfører stigmatisering kan oppleve å få en ny forståelse av mennesker som

lever overvekt og fedme. Med en slik prosess kommer man tilbake til den hermeneutisk spiral, eller også kalt sirkel.

Turen (2021) mener at den hermetiske spiral beskriver en evigvarende bevegelse. Menneskers egen forforståelse endrer seg underveis når man bygger nye erfaringer. Alt mennesket ser, hører, opplever, tenker og oppfatter blir til en forforståelse. På bakgrunn av nye erfaringer vil man revidere sin tidligere forforståelse og å denne måten vil man alltid kunne lære mer og få et bedre bilde av det spesifikke tema. Stadig nye erfaringer utgjør en veksling mellom den tidligere forforståelse og de nye erfaringene. Derfor blir det kalt en hermeneutisk spiral, fordi forforståelse og erfaringer forutsetter hverandre i et evig kretsløp (Turen, 2021). Spiralen vil stadig åpne seg for dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2018). Den er også under en konstant bevegelse, og vil aldri komme tilbake til akkurat samme sted. Den utgjør en sirkelbevegelser som vil gi økt forståelse for hver omdreining og bidrar til at man får en vedvarende fordypning i sin meningsforståelse (Thornquist, 2018). Turen (2021) påpeker at kunnskap blir betegnet som riktig forforståelse, men fordommer blir betegnet som feilaktig forforståelse, derfor kan den hermeneutiske spiral være en god metode til å bidra til å overvinne fordommer.

4.4 Utførelse av prøveprosjektet

Prøveprosjektet ble utført i samarbeid med et Treningsenter i Norge. Dette er et treningssenter som har stort fokus på helse, mangfold og sosialt samvær. Dette treningssenteret har flere avtaler med diverse organisasjoner og foreninger, der de tilbyr gruppe samling med treningsinstruktør. På treningssenteret finner du ulike mennesker i alle aldre, kroppsformer og kultur. Treningsenteret har ulike tilbud med gruppe samlinger, men de har ikke tidligere hatt et tilbud spesielt rettet mot psykiske utfordringer i forbindelse med overvekt. Derfor ønsket treningssenteret å delta på et samarbeid, for å se om et lavterskel tilbud til personer som opplever psykiske utfordringer knyttet til overvekt kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen. Prøveprosjektet legger hovedfokus på den psykiske helsen, om det å møte andre mennesker som opplever lignende utfordringer, utveksle erfaringer, oppleve støtte og mestring og om dette kan bidra til en forbedring i den psykiske helsen samt livsstilsendring. Deltakerne møte andre mennesker som har lignende utfordringer, og de får muligheten til å hjelpe og støtte hverandre.

Prøveprosjektet varte i 8 uker. Deltakerne fikk tilbud om å delta på samlinger to ganger per uke, til sammen 16 samlinger. Disse samlingene bestod av treningstimer med introduksjon til lett, morsom og sosial aktivitet. Deltakerne fikk selv være med å påvirke hvilke type trening de ønsket å utføre. Det ble utført styrke timer, spinning, yoga, kampsport inspirert trening og fler. Det var en treningsinstruktør som utførte treningsøktene og fulgte opp deltakerne hele perioden. Det var også en treningsinstruktør nummer to som utførte ett par treningstimer i løpet av perioden, da deltakerne ønsket å prøve en treningsform, som denne instruktøren hadde ansvaret for. Det var mulighet for dialog før, under og etter treningsøktene. Dette var for at deltakerne kunne bli kjent og utveksle erfaringer om de ønsket.

Treningsopplegget ble bestemt av personlig trener og deltakerne. Personlig trener har erfaringer med mennesker som ikke er vant med å være aktiv. Derfor var det personlig trener som satt opp treningsøktene, og utover i prøveprosjektet fikk deltakerne selv komme med ønsker om hvilke treningsformer de ønsket å prøve. I tillegg til de faste samlingene fikk alle deltakerne fri tilgang til treningssenteret i perioden prøveprosjektet foregikk, de kunne delta på andre gruppetimer på treningssenteret, eller trene for seg selv. De fikk også tilbud om en personlig veiledningstime, der de fikk et styrke treningsprogram tilpasset hver enkelt deltaker. Prøveprosjektet var kostnadsfritt for deltakere, det var treningssenteret som tok på seg alle kostnadene for å utføre prøveprosjektet.

4.4.1 Rekruttering og utvalg av deltagere

Forskningsansvarlig, personlig trener og helseveileder samarbeidet om hvilke kriterier som ble satt for å delta i prøveprosjektet. Det ble brukt verdens helseorganisasjons sin klassifikasjon for KMI. Flere mennesker som lever med overvekt og fedme opplever psykiske utfordringer i form av redusert selvtillit og isolasjon. Det ble derfor valgt å utføre prøveprosjektet med kun kvinner, for at det skulle bli lettere for deltakerne sosialt. Mange mennesker som er ukomfortabel i egen kropp opplever utfordringer med å skulle møte det motsatte kjønn. Prøveprosjektet baserer seg på kvinners egne opplevelser av psykiske utfordringer, altså selvfølelsen. Det er ingen krav til at deltakerne har en psykiatrisk diagnose, men det er krav at deltakerne selv opplever psykiske utfordringer på grunn av overvekten.

Treningscenteret startet med å publiserte en kort tekst med lite informasjon på sine sosiale medier. Denne teksten inneholdt at de søkte 12 kvinner som opplevde psykiske utfordringer i

forbindelse med overvekt til et studie. For å søke om å delta måtte de oppfylle følgende kriterier:

1. Ha en KMI (BMI) over 25.
2. Oppleve psykiske utfordringer knyttet til overvekt.
3. Vært kvinne over 18 år.

Søkerne som var interessert i prøveprosjektet skulle legge ved navn, telefonnummer og mail adresse. Det skulle ikke oppgis annen sensitiv informasjon i søknaden. Det var daglig leder for treningssenteret som mottok søknadene. Etter at søknadsfristen var utløpt og dagligleder hadde mottatt alle søknadene, ble opplysningene gitt til forskningsansvarlig. Siden det ble brukt sosiale medier til å rekruttere deltakere, ble det valgt å legge ut lite informasjon om prøveprosjektet. Dette var for at mennesker som ikke deltok, heller ikke skulle få noen kjennskap til hensikten og gjennomførelsen av prøveprosjektet. På denne måten ville ikke gruppen bli godt gjenkjennbar på treningssenteret. Gjennom søknadsprosessen via sosiale medier kom det inn 43 søknader i løpet av 2 uker. Forskningsansvarlig startet med å sende ut en mail til alle som hadde søkt om å delta. Denne mailen inneholdt mer informasjon og hensikten med prøveprosjektet. Søkerne måtte deretter svare tilbake på mail om de fortsatt var interessert i å delta eller om de likevel ikke ønsket å delta. Etter denne mailen ble det stort frafall av søkere, men ca halvparten av søkerne ønsket likevel å delta. Når forskningsansvarlig hadde mottatt svar fra søkerne, ble det tilfeldig trekt ut 12 personer som fikk tilbud om plass i prøveprosjektet. Skjema med de påmeldte deltakerne ble mottatt av forskeren med et tall foran deltakerne. Forskningsansvarlig valgte tilfeldig 12 tall mellom 1 og 43. Tilbudet om deltakelse ble gitt gjennom en telefonsamtale mellom forskningsansvarlig og den potensielle deltakeren. Når deltakeren takket ja til plassen på prøveprosjektet, ble det gitt mer informasjon om hvilke dager og tidspunkt samlingene skulle foregå. Det ble også avtalt tid og sted for intervju.

Forskningsansvarlig valgte å kun gi ut litt og litt informasjon om prøveprosjektet. Dette var for å kunne skjerme deltakerne mest mulig under utførelsen av prøveprosjektet. Ved å kun fortelle deltakerne om tidspunkt og klokkeslett, ville ikke gruppen bli spesielt synlig for andre medlemmer, da treningssenteret ofte har ulike grupper, og dermed ville ikke denne gruppen skille seg ut. Det var også et fåtall av de ansatte ved treningssenteret som viste om

prøveprosjektet. Det var daglig leder, Helseveileder, treningsinstruktør og resepsjonist som visste om dette.

Det var 12 deltakere som fikk tilbud om plass. Ved første intervju var det 11 deltakere som møtte opp, så en deltaker frafalt før oppstart. I løpet av prøveprosjekt perioden var det tre deltakere som trakk seg. En deltaker som trakk seg ga forskningsansvarlig tillatelse til å bruke data fra intervjuet. Datamaterialet som er innsamlet til masterstudiet er derfor intervju fra 9 personer, hvor 8 av personene deltok gjennom hele prosjektet. Det er usikkert om hvorfor deltakere trakk seg underveis, siden de hadde mulighet til å trekke seg uten å oppgi grunn.

Dette prøveprosjektet var et lavterskeltilbud uten økonomiske kostnader for deltakerne. Det kan ha gjort det lettere for deltakerne å trekke seg, fordi det ikke utgjorde et økonomisk tap. Det kan tenkes at deltakerne hadde hatt en høyere terskel for å trekke seg fra prosjektet dersom de hadde betalt et beløp for å delta. En artikkel skrevet av Undheim (2021) forteller at flere mennesker som lever med overvekt og fedme synes det er skummelt å gå inn på et treningssenter. Prøveprosjektet ble utført på et treningssenter, og en mulig årsak til frafall kan være at personene opplevde det som ubehagelig å oppholde seg på et treningssenter og derfor frafalt fra prøveprosjektet. I artikkelen av Undheim (2021) er det beskrevet at flere mennesker som lever med overvekt og fedme opplever at de får blikk fra andre mennesker. Disse blikkene gjør at de heller lar være å trene. Det kan være utallige årsaker til at flere deltakere valgte å trekke seg. Det kan være psykiske utfordringer i form av sosialangst, lav motivasjon og isolasjon, men det kan også være personlige årsaker som familieliv, jobb og mangel på tid.

4.4.2 Intervjuprosessen

Det ble utført to intervjuer av deltakerne. Første intervju handlet om å kartlegge hvordan psykiske utfordringer og stigmatisering påvirket deltakernes hverdag. Dette intervjuet foregikk uken før prøveprosjektet startet. Det andre intervjuet foregikk etter prøveprosjektet var avsluttet og hadde fokus på deltakernes erfaringer og meninger om virkningen av prøveprosjektet, både positive og negative sider. Til masterstudiet vil det bli brukt datamaterialet fra 9 intervjuer før oppstart av prøveprosjekt og 7 intervjuer etter prøveprosjektet var avsluttet. Årsaken til dette er på grunn av frafall under prøveprosjektet. Personer som blir intervjuet blir ofte kalt informant, respondent eller intervjuobjekt (Dalland,

2019). I dette masterstudiet er det valgt å bruke ordet deltakere for de som blir intervjuet, fordi menneskene som skal bli intervjuet er deltakere av prøveprosjektet mellom forsker og treningssenteret.

Formålet med intervjuene er at forskningsansvarlig ønsker å få en forståelse av deltakernes dagligliv, fra deres eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2018). Før intervju start har forsker utarbeidet en intervjuguide. En intervjuguide er et verktøy som skal lede forskeren gjennom intervjuet (Dalland, 2019) og er veiledende for temaer og spørsmål forskningsansvarlig ønsker å få informasjon om (Brottveit, 2018). Intervjuguiden bestod blant annet av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Deretter var det nedskrevet åpne spørsmål med tilleggsspørsmål. Det ble valgt å bruke halvstrukturert intervju. Det vil si at intervjuet består av noen hovedspørsmål, men det gir fortsatt rom for både utdypning og tilleggsspørsmål. Slike intervjuer styrer ikke deltakeren i en spesifikk retning, siden forsker har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål som ikke er planlagte på forhånd (Brottveit, 2018).

Alle deltakerne fikk selv være med på å bestemme hvor de ønsket at intervjuet skulle foreta seg. De fleste intervjuene ble utført på et uforstyrret rom som tilhørte treningssenteret, mens ett intervju ble utført hjemme hos deltakeren. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv/samtykkeskjema som deltakerne fikk lese igjennom og stille eventuelle spørsmål til forskningsansvarlig. Dette skjema bestod av informasjon og hensikten med prøveprosjektet, informasjon om hva det innebærer å delta, personvern og rettigheter. I tillegg til skjema utdypes det muntlig at det er frivillig å delta, og at deltakerne når som helst kan trekke seg uten å måtte oppgi en årsak. Deltakerne får også informasjon om at intervjuene blir tatt opp med lydopptaker, og spørsmål om de godkjenner dette.

4.4.3 Forskerens rolle og forforståelse

Forskeren (CU) for dette studiet er utdannet sykepleier og har 15 års erfaring i arbeid med somatikk, psykisk helse og rusproblematikk. Interessen for å forske på kvinner psykiske utfordringer i forbindelse med overvekt oppstod fordi forskeren selv har egne erfaringer på hvordan kroppen kan påvirke den psykiske helsen. Forskeren er godt kjent med både personlig trener og treningssenteret prøveprosjektet ble utført på. Samarbeidet med treningssenteret ble til under samtale mellom forsker og personlig trener om den psykiske helsen, ubehaget ved å

komme inn på et treningssenter når du er ukomfortabel i egen kropp og opplevelser av stigmatisering på grunn av dette. Personlig trener ønsket å bidra, og foreslo et samarbeid med treningssenteret. Både forsker og personlig trener oppfatter at det finnes lite tilbud til mennesker med overvekt og fedme, som først og fremst fokuserer på den psykiske helsen som en klargjøring til livsstilsendring. Dermed ønsket vi å gjennomføre et slikt prøveprosjekt.

Siden forskeren for dette masterstudiet tidligere har opparbeidet seg en forforståelse basert på sine egne tidligere erfaringer, kan dette ha bidratt til å påvirke analyseringen av datamaterialet og konklusjonen av dette masterstudiet. Forskeren har vært observant på sin egen forforståelse, og prøvd å legge den til siden under dette masterstudiet for å opptre nøytral til tema.

4.5 Analyse

Det ble valgt å bruke tematisk analyse for analysering av datamateriell fra intervju. Datamaterialet ble tolket utifra en hermeneutisk fortolkning som innebærer : forforståelse, dialog, fortolkning, ny forforståelse og forståelsesramme (Brottveit, 2018).

4.5.1 Hermeneutisk fortolkning

I en hermeneutisk fortolkning er det fem viktige punkter å merke seg. Det første punktet er *forforståelse*. Dette punktet handler om hvorfor forskeren ønsker å finne ut av det som skal forskes på. Det handler også om forskerens egne erfaringer og meninger innen tema. Forskeren er gjennom hele prosessen bevist på sin egen forforståelse og erfaring innen tema. Det neste punktet er *dialog*. Dialog handler om datainnsamling. For å få kunnskap om tema er det en forutsetning å ha en dialog med de som kjenner til temaet best (Brottveit, 2018). I dette masterstudiet er det blitt utført intervju av mennesker som har egne erfaringer innen tema. Neste punkt er *fortolkning*. Forskeren må fortolke data, og forsøke å forstå datamaterialet. Under fortolkning av data kan forskeren oppleve at forskerens opprinnelige forforståelsen korrigeres på grunn av ny informasjon fra intervjuene. På denne måten blir det skapt en ny *forforståelse*. Det siste punktet er ny *forståelsesrammen*. Dette går ut på eventuell ny informasjon forskeren får fra datamaterialet etter intervjuet. Gjennom fortolkning, analyse og drøfting kan forskeren opparbeide seg ny innsikt i tema som studeres (Brottveit, 2018).

4.5.2 Tematisk analyse

Det ble brukt en tematisk analyse modell. Denne formen for analyse er den mest grunnleggende og studentvennlige analyse modellen. Det var to psykologer ved navnet Virginia Brau og Victoria Clarke som lanserte denne formen for analyse som en distinkt tilnærming til kvalitativ analyse. Tematisk analyse går ut på å se etter temaer i datainnsamlingen. Målet er å gruppere svarene inn i mindre kategorier, og disse kategoriene skal til sammen svare på forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2020).

Forskningsansvarlig har utarbeidet en intervjuguide som inneholdt relativt store og åpne spørsmål. Under intervjuet ble det brukt lydopptaker. Dette ble valgt å bruke lydopptaker for at forskningsansvarlig kunne være delaktig i samtalen, og ikke bli for opptatt med å skrive. Det ble likevel brukt en notatbok, der forskningsansvarlig skrev ned viktige stikkord underveis. Rett etter intervjuet startet forskningsansvarlig med å transkribere. Under transkribering av intervjuene ble lydopptaket først avspilt i sin helhet, deretter setning for setning mens det ble skrevet ned. I teksten, ble notatene lagt til i en annen skrift farge for å skille mellom det som ble sagt i intervju og forskningsansvarlig sine egne notater. Det ble skrevet ned ordrett hva deltakeren sa i intervju, det ble også tatt med pauser som ble skrevet som flere prikker.

En tematisk analyse blir utført gjennom fire steg. Det første steget innebærer å få en oversikt over datamaterialet. Neste steg vil bli å kode datamaterialet. Det vil si å fremheve viktige poeng. Det tredje steget vil være å kategorisere dataene i mer generelle temaer. Det siste steget er rapportering, der forskeren rapporterer temaene og innholdet (Johannessen et al., 2020).

Forskningsansvarlig fikk en oversikt over datamaterialet ved å transkribere intervjuene og deretter skrive de ut i papirform. Deretter startet prosessen med koding. Forskningsansvarlig startet med å lese gjennom hele intervjuet en gang, deretter bruke en farge penn til å markere viktige ord under gjennomlesning nummer to. For å kontrollere at forskningsansvarlig hadde fått med seg all viktig og relevant informasjon, ble intervjuet lest igjennom enda en gang etter markeringen. Deretter startet prosessen med å kategorisere. Datamaterialet ble først delt opp i 4 tema, deretter fikk hvert tema mellom 2-4 kategorier. Tema og kategori presenteres i en tabell i neste kapittel. Kategorisering ble gjort ved å bruke forskjellige farge penner for hver kategori og markere det datamaterialet som var relevant for studiet.

Siste steg i en tematisk analyse er rapportering. Resultater fra undersøkelsen blir presentert i neste kapittel. Under intervju var det noen av deltakerne som svarte mer utdypende en andre, derfor valgte forskningsansvarlig å legge til ett par tilleggsspørsmål til de som svarte relativt kort. For mange av deltakerne var dette første gang de ble intervjuet, og noen var nervøse for å fortelle personlige ting om seg selv på båndopptak. Derfor ble det brukt tid på samtale og oppfølgingsspørsmål for å få til en toveiskommunikasjon, og at deltakerene kunne slappet mer av fordi det ble en mer behagelig setting. For å opprettholde anonymiteten til deltakerne er det valgt å bruke nummer på deltakerne og ikke navn ved direkte utsagn under intervju.

4.6 Etiske overveielser

Før prøveprosjektet startet ble det sendt en søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) for behandling av personopplysninger i prøveprosjektet. Det ble det lagt med projektskisse over masterstudiet og intervjuguide. Forskningsansvarlig har fått veiledning fra NSD til å utføre prøveprosjektet. Siden prøveprosjektet er i samarbeid med et treningssenter ble det utarbeidet en databehandleravtale og en taushetserklæring som skulle signeres av de ansatte ved treningssenteret og Høgskolen i Østfold. Det ble også tatt en vurdering om det var nødvendig å sende en søknad til REK som er regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Men prøveprosjektet handler om psykiske utfordringer deltakerne selv opplever. Det er ingen krav til noen psykisk diagnose for å delta, det var kun deltakernes egne følelser og opplevelser av utfordringer som går på den psykiske helsen. Derfor ble det ikke sendt søknad til REK. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora ble fulgt av forskningsansvarlig. Disse retningslinjene er utarbeidet av NESH, som er en forkortelse for den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2021). Retningslinjene er til for at menneskeverdet skal bli ivaretatt gjennom de tre prinsippene: Respekt, beskyttelse og rettferdighet (NESH, 2021).

«*Resept* for likeverd, frihet, og selvbestemmelse, *beskyttelse* mot risiko for skade og urimelig belastning, og *rettferdighet* i prosedyrer og fordeling av goder og byrder» (NESH, 2021, s. 5).

Det er fire personer som arbeidet ved treningssenteret som har kjennskap til prøveprosjektet. Det er daglig leder for senteret, en treningsinstruktør, helseveileder og en person som er resepsjonist/treningsinstruktør. Det var kun daglig leder, treningsinstruktør og

forskningsansvarlig som hadde tilgang på kontaktinformasjonen til deltakerne. Helseveileder og resepsjonist/treningsinstruktør viste hvem deltakerne var og at de oppfylt kravene til å delta i prøveprosjektet, men de hadde ingen kontaktinformasjon utover dette. Høgskolen i Østfold har utarbeidet en databehandler avtale for å sikre informasjonen om søkerne og deltakerne. Daglig leder ved senteret har undertegnet databehandler avtalen med Høgskolen i Østfold. I tillegg så har daglig leder, Helseveileder, treningsinstruktør og resepsjonist/treningsinstruktør signert en taushetserklæring som også var utarbeidet av Høgskolen i Østfold.

Ved første intervju av deltakerne ble deltakerne opplyst om hvilke personer ved treningssenteret som hadde kjennskap til prøveprosjektet, og hvilken type informasjon de hadde. Deltakerne fikk også informasjon om at det kun er forskningsansvarlig som har tilgang til data fra intervju, de andre personene ved senteret vil verken se eller vite om noe av det som blir sagt under intervjuet. Forskningsansvarlig informerte deltakerne at de selv velger hvilken personlig informasjon de ønsker å dele med treningsinstruktør og gruppen.

Forskningsansvarlig vil ikke delta i gruppe samlingene og bruke den informasjonen deltakerne forteller der. Datamaterialet som blir brukt i er det deltakerne selv sier under intervju. På denne måten kunne deltakerne velge selv hvor mye de ønsket å dele med treningsinstruktør og gruppen, uten å være redd for at dette ble observert og skrevet ned. I tillegg til informasjonen om taushetsplikt ble det diskutert etikk med alle deltakerne i forbindelse med anonymisering og taushetsplikt ovenfor hverandre. Deltakerne har ikke undertegnet taushetserklæring ovenfor hverandre. Forskningsansvarlig informerer alle deltakerne om at det er ønskelig at det ikke snakkes om denne gruppen rundt på treningssenteret av hensyn til de andre deltakerne. Og at informasjon deltakerne forteller til hverandre, ikke vil bli delt til andre utenfor gruppen.

Før intervju start fikk deltakeren et informasjonsskriv som de skulle signere på.

Informasjonsskrivet inneholdt grundig informasjon om prøveprosjektet, hvilke opplysninger som blir samlet inn og til hvilket formål disse opplysningene skal brukes. Den inneholdt også informasjon om lydopptak under intervju. Forskningsansvarlig opplyste deltakerne om at mobiltelefon ble brukt til lydopptak, men at lydopptaket ble sendt rett til TSD (Tjenester for sensitiv Data), som er en nettside for sikker lagring av data. TSD krever to veis pålogging for å komme inn og høre sine lydopptak. Forskningsansvarlig opplyser om at det er ingen muligheter for hverken forsker eller andre mennesker å høre lydopptaket på telefonen, da lydopptaket ikke blir lagret på mobiltelefon og at forsker har taushetsplikt ovenfor deltakerne. Forskningsansvarlig tar ansvar for at alle deltakere oppfatter og forstår den informasjonen.

Deltakerne får også informasjon både skriftlig i informasjonsskrivet og muntlig om at dette er et frivillig prøveprosjekt, og at de når som helst kan trekke seg, uten å måtte oppgi årsak til valget. Alle deltagerne i prøveprosjektet er over 18år og har samtykkekompetanse.

5 Presentasjon av funn

Under analysen av datamaterialet ble funn først delt opp i 4 hovedtema, deretter fikk hvert tema flere kategorier. Tabell 2 viser tema og kategorier som ble opprettet under analysen.

Tabell 2. Tema og kategori i presentasjon av funn

Tema	Kategorier
1. Psykiske utfordringer og påvirkning av hverdagen	1.1 Redusert selvbilde og selvtillit 1.2 Negative blikk på stor kropp
2. Opplevelsen av stigmatisering i hverdagen	2.1 Påvirkning på den psykiske helsen 2.2 I møte med helsepersonell 2.3 Materiell stigmatisering
3. Tanker og erfaringer med treningssenter før prøveprosjekt	3.1 Store kropper passer ikke inn 3.2 Negative opplevelser
4. Erfaringer ved å ha deltatt i prøveprosjektet	4.1 Endringer i den psykiske helsen 4.2 Det sosiales betydning for den psykiske helsen 4.3 Tanker og erfaringer med treningssenter 4.4 Motivasjon for livsstilsendring

5.1 Tema 1. Psykiske utfordringer og påvirkning på hverdagen

Noen av deltakerne forteller at de opplever psykiske utfordringer som påvirket deres hverdag i svært stor grad, mens andre forteller at de opplever utfordringer i mindre grad. Flere av deltakerne snakket om følelsen av angst, spesielt i forbindelse med sosiale sammenkomster. Og følelsen av nedstemthet, tristhet, negativt selvbilde og følelsen av å være mislykket. Flere av deltakerne forteller at de ofte takker nei til sosiale invitasjoner, fordi de opplever følelsen av å ikke passe inn eller bli akseptert slik de er. En deltaker forteller at hun har takket nei til invitasjoner til diverse sosiale aktiviteter flere ganger fordi hun ikke føler seg komfortabel på

grunn av vekten sin. Hun opplever problemer med å holde på vennskap fordi hun selv tror at andre mennesker hun snakker med bryr seg som vekten hennes og at det vil påvirke deres oppfatning og syn på henne. Hun forteller videre at hun opplever angstsymptomer knyttet til sosiale sammensetninger.

Kategori 1.1. Redusert selvbilde og selvtillit

Ord som redusert selvbilde, dårlig selvtillit og følelsen av mindreverdighet ble nevnt fra flere av deltakerne. De forteller om redusert selvtillit og selvbilde, fordi de er redde for hva andre mennesker tenker og mener om dem. De er også redde for at andre mennesker skal se på de på samme måte som de ser på seg selv. Deltaker nummer syv beskriver følelsen slik:

Depresjon og lavt selvbilde da. Eller dårlig selvtillit. Du føler deg litt mindre verdig ikke sant, fordi jeg egentlig vet hva jeg burde gjøre men jeg fikser ikke å gjøre det. (7)

En annen deltaker forteller at hennes egen følelse ikke stemmer overens med virkeligheten. Hun forteller at hun opplever at hun tenker at mennesker har meninger om hennes kropp, selvom hun ikke tror at andre bryr seg om hvordan hun ser ut. Likevel påvirker denne følelsen hennes eget selvbilde. Hun beskriver det slik:

Jeg har følt veldig mye på angst og veldig dårlig selvbilde. Jeg har vært veldig obs på folk rundt meg og ja, følt at andre har ment mer om vekten min enn de egentlig har. De bryr seg jo egentlig ikke i det hele tatt, det er jeg som bryr meg og ser på meg selv verre enn det jeg er og alt det der. (5)

Deltaker nummer en forteller om hvordan hennes eget selvbilde og selvtillit påvirker hverdagen når det gjelder sosiale arrangementer. Hun nevner spesielt kjærlighetslivet og opplevelsen av å gå på date. Hun beskriver følelsen slik:

Jeg synes det er veldig vanskelig å date for eksempel, fordi man er redd for å bli avvist eller redd for å bli sett på samme måte som man ser på seg selv. Det er jo en slik ting som hele tiden gnager på selvtilliten og selvbilde og det plager meg mye. Det er mye jeg ikke velger å bli med på fordi jeg ikke føler meg vel. (1)

En deltaker sier at hun føler hun på en måte aldri lykkes med noe, og at hun ikke lykkes med det andre mennesker får til. To av deltakerne forteller om negative tanker og tristhet fordi at de må takke nei til aktiviteter som de ikke kan utføre på grunn av overvekten og at de ikke klarer å komme seg ned i vekt. En deltaker forteller om følelsen av å være alene:

Jeg har følt meg veldig alene, det er ingen som forstår også går det jo utover det at man ikke ønsker å være med på ting, fordi man føler seg ikke akseptert sånn som man er. (1)

Dårlig selvbilde er et ord som ble brukt og beskrevet av flere av deltakerne. Under intervju var det en deltaker som også tok opp tema skam og skyldfølelse. Hun forteller at hun opplevde skyldfølelse fordi hun følte at hennes overvekt gikk utover familien. Hun forteller videre at hun ikke alltid klarer å delta på alle aktiviteter som familien deltar på og at hun sliter med kroppslige utfordringer. Hun beskriver følelsen som en tung byrde som hele tiden ligger over skuldrene.

Kategori 1.2. Negative blikk på stor kropp

Flere av deltakerne forteller at de opplever følelsen av blikk fra andre mennesker på grunn av en overvektig kropp, følelsen av at folk stirrer på dem. To av deltakerne forteller om ubehaget de opplever når de skal handle på matbutikker. Følelsen av at andre mennesker ser nedi handlekurven og dømmer hva de handler. Dette har ført til at de velger å kjøre omvei for å handle på butikker som ikke ligger i nærområdet. Den ene deltakeren forteller at når hun skal handle dagligvarer og rengjøringsartikler kan hun dra på nærbutikken, men når hun skal handle til helg kos, som godteri og usunne varer, velger hun å heller kjøre et stykke lenger for dra på butikker der ingen kjenner henne. Det var to deltakere som nevne ubehaget ved handling på butikk, de beskriver kun sin egen følelse, da ingen av de har opplevd negative kommentarer fra andre mennesker under handleturen. En annen deltaker forteller at hun føler hun får blikk, men kan ikke si med sikkerhet om det er noe hun bare selv føler, eller om hun faktisk får negative blikk. Hun beskriver det slik:

Altså jeg får jo innimellom blikk liksom, men om det er fordi jeg føler det eller om de mener noe er jeg usikker på. Men det er jo den følelsen jeg sitter med at, de stirrer på meg fordi jeg har lagt på meg og sanne ting. (2)

To av deltakerne forteller om følelsen de opplever når det gjelder å få blikk fra andre mennesker:

Jeg føler litt, særlig når det kommer veltende unge i tights og trange klær og steller seg ved siden av meg ser seg i speilet og ser på deg og retter litt sånn på klær. (5)

Du føler at alle ser på deg, alle snakke om deg og det å kle av seg på stranda er ikke noe morsomt. (7)

Mens en deltaker forteller at hun har noen opplevelse av å få negative kommentarer eller blikk fra andre mennesker på grunn av overvekten, uten å gå nærmere inn på de aktuelle episodene. Men hun påpeker at hun opplever blikk fra andre mennesker jevnlig.

5.2 Tema 2- Opplevelsen av stigmatisering i hverdagen

Flere av deltakerene forteller om mobbing, negative kommentarer og nedlatende holdinger fra både kjente og ukjente mennesker. De forteller at opplevelsen av slike holdninger og kommentarer fra andre mennesker preger hverdagen i den grad av at de føler seg mislykket.

Kategori 2.1. Påvirkning på den psykiske helsen

Flere av deltakerne forteller om opplevelsen av kommentarer fra andre, spesielt kommentarer direkte rettet mot stor kropp. Dette var noe som stadig ble gjentatt av flere av deltakerne under intervjuene.

Det blir også litt sann når du får stygge kommentarer og får tilsnakk om hvordan du ser ut så vil du ikke ut blant folk. Det gjør det også mye vanskeligere å komme i gang med å ta kontakt med et treningssenter når for eksempel du får stygge kommentarer uten i det hele tatt å ha vært i nærheten av et treningssenter. Når man snakker om det

med noen personer så sier de for eksempel at jeg ikke har noe å gjøre der, jeg kommer ikke til å holde ut der. Det er veldig sårt. (3)

Det var varierende mellom deltakerne om hvilken grad av stigmatisering de opplevde, noen forteller at de har opplevd mye mobbing og stor grad av stigmatisering gjennom hele livet, mens andre forteller at de har opplevd stigmatisering, men i mindre grad. Men de understreker at selvom de har opplevelsen av stigmatisering i mindre grad enn andre, føler de likevel at de får blikk fra andre mennesker. Åtte andre deltakerne forteller om opplevelsen av å ha fått forskjellige kommentarer både fra familiemedlemmer, venner, helsepersonell og ukjente personer. Noen forteller også om opplevelsen av å ha blitt krenket og mobbet siden de var barn. En deltaker forteller at hun flere ganger har fått små kommentarer som omhandler kroppen på grunn av overvekt. Dette var kommentarer som blant annet at hun måtte være forsiktig når hun skulle vinke, slik at hun ikke slo til noen eller kommentarer om spesifikke klesplagg som hun ikke burde bruke på grunn av store kroppsdeler. Hun forteller videre at hun går rundt og tenker på kommentarer hun har fått. Hun beskriver følelsen hun opplever når hun får negative kommentarer slik:

Du ler, men du gjør ikke det inni deg og du er fullstendig klar over det selv at det ikke er noe gøy. Selvom det er små kommentarer, blir man mer bevisst på det selv, og det er slikt at ingen synes det er gøy å være overvektig. Jeg har ikke møtt på en hvertfall som synes det er gøy. (8)

En annen deltaker forteller også at hun har opplevde å få negative kommentarer om kroppen, noe som gjør at hun sitter igjen med en dårlig selvfølelse, hun forklarer følelsen slik:

Senest for noen dager siden fikk jeg en kommentar om at jeg har lagt på meg, og at jeg er skikkelig stor nå. Jeg sa takk for det, jeg vet det liksom. Slike kommentarer gjør jo at jeg føler meg mindre verd og følelsen inni mer blir mer stryket om at jeg ikke er bra nok og at jeg vil gjøre noe med det, men ender opp med at jeg sitter å trøstespiser i stede. Jeg sliter på natten, jeg sliter med å få sove fordi jeg ligger å grubler og tenker. Jeg vet ikke hvor jeg hadde vært i dag hvis det ikke hadde vært for familien min som viser at de bryr seg, men samtidig så er det følelsen jeg sitter med som ikke er bra. Det

jeg gjør er å klistre på meg et smil og late som at alt er bra, men inni meg har jeg lyst til å gråte. Nei jeg synes det er vanskelig. (9)

En deltaker forteller at hun fikk en gang høre en kommentar som var rettet mot henne at hun var like bred som en låvedør. Kommentaren ble ikke sagt direkte til henne, men den ble sagt til en bekjent av henne som videre fortalte hva som hadde blitt sagt. Hun forteller videre at slike kommentarer er noe deltakeren husker i lang tid. Hun forteller at tanken om at hun er for stor har alltid sittet i hodet hennes. Hun forteller at hun aldri har opplevd å få noen direkte kommentarer, men at det heller er baksnakking. Hun beskriver følelsen av at alle ser på deg og snakker om deg bak din rygg. En annen deltaker forteller at når hun opplever stygge kommentarer, fører dette ofte til at hun tyr til mat og godterier som trøst, altså trøstespising.

En deltaker forteller at hun har vært heldig fordi hun har minimale opplevelser med negative kommentarer eller stigmatisering på grunn av overvekt, men hun har likevel en opplevelse som fortsatt preger henne. Hun forteller videre om en kommentar hun fikk fra en klassevenninne på barneskolen om at hun er feit. Deltakeren forteller at hun tror at denne personen bare sa det på tull, men kommentaren sitter fortsatt igjen mange år senere. Selv om denne episoden skjedde for mange år tilbake, beskriver deltakeren at denne kommentaren er en årsak til at deltakeren har blitt mer innesluttet, ikke prøvd å gå så veldig mye ut og ikke tatt så mye kontakt med folk.

Flere av deltakerne har opplevd negative kommentarer direkte rettet mot kroppen, ikke bare fra samfunnet men også fra familie og nære venner. En deltaker snakker om en venninne hun hadde i mange år. De gikk på skole sammen og var nære venninner. Videre forteller hun at når de ble eldre og startet på ny skole, ble deltakeren fryst ut og mobbet av denne tidligere venninnen. Deltakeren mener det var fordi venninnen var redd for å bli sett sammen med deltakeren fordi hun var overvektig, og at hun var redd for at andre mennesker ikke skulle like henne fordi hun var venninne med en som var overvektig. Deltakeren forteller at denne venninnen startet med å si uhyggelige kommentarer og tok bilder av henne i sårbare situasjoner og dermed sendte de rundt til andre elever ved skolen. Dette er en situasjon som har preget deltakeren i stor grad. Hun forteller også om opplevelsen av å bli fryst ut og unnlatt å bli invitert på diverse arrangementer av omkretsen til kjæresten fordi hun var overvektig.

Det var to deltakere som forteller om opplevelsen av å bli stigmatisert fra familiemedlemmer. Deltakerne fortalte under intervju hvilket familiemedlem de opplevde stigmatisering fra, men for at historiene ikke skal bli gjenkjent er det valgt å ikke skrive hvilket familiemedlem det gjelder. En deltaker forteller at gjennom hele oppveksten opplevde hun stigmatisering fra en av sine nærmeste. Hun forteller videre at hun stadig fikk kommentarer som at hun har lagt på seg og at hun ikke kommer til å passe inn i spesifikke klær. Og hun skulle spise noe, fikk hun ofte spørsmål om hun skal spise nå igjen, og om hun ikke har tenkt til å slanke seg snart. Disse kommentarene preger deltakeren og hun forteller at som oftes etter besøket hos dette familiemedlemmet pleier hun å stoppe på veien hjem for å kjøpe seg en sjokolade, som hun kan bruke til trøst. En annen deltaker forteller også om opplevelser knyttet til familiemedlem. Hun beskriver følelsen av å oppleve negative kommentarer og bli jevnlig kritiserer på grunn av overvekt. Ett eksempel deltakeren selv forteller er at dette familiemedlemmet sier til barn i familien at de kan dulte og slå litt borti henne fordi ho ikke kjenner det. Deltakerne sier at hun opplever situasjonen som tung og den gjør at hun nesten ikke ønsker å besøke dette familiemedlemmet.

Kategori 2.2. I møte med helsepersonell

Syv av deltakerne forteller at de ikke er fornøyd med hjelpen de har fått fra helsevesenet, de føler seg ikke hørt av sin lege. To av deltakerne opplever ikke de samme utfordringene med helsevesenet. En av deltaker som ikke opplevde utfordringer i møte med helsevesenet, forteller at hun var svært fornøyd med hjelpen hun hadde fått fra fastlegen, mens den andre deltakeren forteller at hun ikke har bedt om hjelp til vektnedgang og at vekt ikke har vært en tema når hun har vært i kontakt med helsevesenet.

Flere av deltakerne forteller at de har spurt fastlegen om hjelp. Videre forteller de at legen har da påpekt ovenfor deltakerne at de er overvektige og har behov av å gå ned i vekt. Men når de har spurt om hjelp til dette, har de kun fått beskjed om at de må spise sunt og trene. De får også beskjed om at de bør melde seg inn på treningsstudio og at de burde klare å utføre vektnedgangen på egen hånd. Flere av deltakerne forteller dermed om opplevelsen av å ikke få hjelp hos fastlegen, selvom de de trenger hjelp med tanke på vektnedgang, og at de heller blir overlatt til seg selv. En deltaker forteller at hun opplever fastlegen som dømmende og at legen ikke tror på at hun gjør som han sier, altså spiser sunt og utfører fysisk aktivitet, siden hun ikke

har positive resultater i vektnedgangen. Ved forespørsel til fastlegen om hjelp til vektnedgang fra en annen deltaker, forteller hun at hun fikk til svar fra fastlegen at hun var lubben, så hvis hun valgte å gjøre om kosthold og melde seg på treningsstudio så ville hun klare dette fint selv. Hun beskriver følelsen av å ikke blir tatt seriøst av legen. En deltaker forteller om opplevelsen når hun spurte fastlegen om hjelp til vektnedgang:

Nei, altså jeg føler at jeg ikke har blitt hørt. Nå nylig har jeg sagt til fastlegen at jeg vil ned i vekt, men jeg må få hjelp. Men som fastlegen sier så er det bare å gå tur liksom.

(4)

En annen deltaker sier at hun opplever at fastlegen blir fornærmet hvis hun foreslår eventuelle blodprøver og andre undersøkelser, for å utelukke andre årsaker til at hun ikke går ned i vekt. Videre sier hun at fastlegen har gjentatte ganger sagt til henne at du har diabetes, selvom det ikke vises på blodprøver, men han mener bestemt på at hun har det, det bare vises ikke på prøvene ennå. Deltakeren opplever at fastlegen kun sitter å venter på at hun skal utvikle diabetes. Hun forteller om følelsen av at legen dømmer henne, og at hun får lite støtte. Hun forteller hvordan hun oppfatter konsultasjon med legen:

Legen sier at hvis jeg ikke gjør det som hun sier jeg må gjøre så er jeg dø før jeg er 50år. Det er jo ikke veldig motiverende å høre det heller. Legen har også sagt at hun har gitt meg en oppskrift på hvordan jeg skal klare dette og spurt om hvorfor det ikke går og hvorfor jeg ikke gjør som hun sier. Å bare få en oppskrift på at du skal spise mindre og gå mer. (1)

Det var flere som har hatt opplevelsen av at de selv må foreslå andre mulige årsaker til overvekten, og at fastlegen ikke tror på dette. En deltaker forteller at hun har tatt opp problemstillingen gjentatte ganger med legen gjennom flere år, da hun opplevde at hun la på seg spesielle steder på kroppen, og at dette ikke samstemte med kun overvekt. Denne tilstanden ble bare verre og verre gjennom årene. Hun måtte lese seg opp på diagnoser selv og til slutt så fant hun en diagnose som samstemte med hennes symptomer og måtte selv ta opp dette med legen. Da ble det påvist at deltakerne har denne diagnosen, dette var etter mange år med samme problemstilling hos fastlege.

En deltaker forteller at hun nå er fornøyd med behandlingen fra helsevesenet, men at hun ikke alltid har vært det. Hun forteller videre at hun har tidligere hatt utfordringer og flere dårlige opplevelser med fastlegen, men nå i senere tid har hun byttet fastlege, og føler endelig at hun får god hjelp og blir tatt seriøst. Hun forteller om et eksempel fra hun var ung og var på time sin tidligere fastlege. Hun sier at når hun var 12 år var hun hos legen på grunn av kvalme og hodesmerter, og hennes lege knyttet dette til overvekt og ga henne valget om å spise nøtter eller godteri. Hun forteller at denne opplevelsen gjorde at deltakeren begynte å grue seg til legebesøk, og i senere tid har deltakeren fått bekreftet at det var psykiske diagnoser som var årsaken til hodesmertene og kvalmen. Deltakeren forteller at legen aldri stilte spørsmål eller utførte andre undersøkelser, men mente at plagene kun kom på grunn av overvekt. Hun forteller at hun opplevde verken å bli sett eller hørt fra legen og dette førte til at hun ikke oppsøkte lege i senere tid, selv ved alvorlige ting. Men nå etter at hun byttet lege føler hun seg både sett og hørt. Hun opplever nå å få god hjelp til vektnedgang og andre plager.

En deltaker forteller at hun har sprut fastlegen direkte om hjelp til vektnedgang, og fikk da beskjed om å skrive ned det hun spiste i to uker. Men legen fulgte ikke opp dette videre. Legen veide deltakeren hver gang når hun er på time, så han ser at hun går opp i vekt. Hun sier at hun ikke opplever at legen har noen fordommer eller negative holdninger på grunn av at hun er overvektig, men hun opplever manglende interesse fra legens side. En deltaker forteller at hun har fått påvist en diagnose, og at legen maser på henne at hun må komme seg til en BMI på under 25. Hun får medisinsk hjelp til vektnedgang, men bortsett fra det sier legen at han ikke får gjort noe mer for henne, og at hun klarer vektnedgang selv. Hun forteller at hun ikke har fått noen direkte negative kommentarer fra legen på grunn av overvekten, men hun opplever at legen ofte hinter om at hun må ta seg sammen. Hun har ikke fått noe annet tilbud om hjelp til vektnedgang bortsett fra medisinsk hjelp.

Syv av ni deltakere i dette masterstudiet har negative erfaringer fra helsesektoren. Flere av deltakerne forteller at de opplever at hjelpen fra helsevesenet med vektnedgang uteblir, de opplever at de blir overlatt til seg selv, og får lite råd og støtte i denne prosessen. To av deltakerne i prosjektet forteller spesifikt at fastlegen ikke kommer med forslag til hvor de eventuelt kan få mer hjelp. De har selv søkt på internett og funnet aktivitetstilbud, som blant annet aktiv på dagtid. En deltaker forteller at hun ble henvist til overvektsklinikken på sykehuset. Videre forteller hun at der opplevde hun at helsepersonellet hadde mye kunnskap

og et godt tilbud til mennesker med overvekt og fedme. Hun fikk god hjelp og støtte fra de som arbeidet der. Hun har bare positive ting å si om overvektsklinikken:

På overvektsklinikken der er de som engler i hvite frakker, der får du veldig god støtte og hjelp. Alle de verktøyene du egentlig trenger for å gå ned i vekt. Ernæringsfysiolog, sykepleiere og leger. På overvektsklinikken får jeg god hjelp. (1)

Under intervju forteller en deltaker at hun har uttrykt flere ganger at hun ønsker hjelp til vektnedgang både til fastlege og til fysioterapeut. Hos fysioterapeuten fikk hun beskjed om å skrive ned hva hun ønsket hjelp til, og etter at hun skrev at hun ønsket hjelp til vektnedgang, har hun ikke hørt noe videre. Videre forteller hun at når hun tok opp problemstillingen med fast legen fikk hun kun beskjed om å melde seg inn på et treningssenter. Hun har også tatt kontakt med andre instanser, men opplever at hun ikke får noe svar eller tilbakemelding. Hun sier hun føler at hun prøver og prøver, men får ikke hjelp.

Det var to deltakere som snakket om direkte kommentarer på grunn av kropp fra helsepersonell. Den ene deltakeren forteller om en episode når hun var hos gynekologen for en undersøkelse, og midt under undersøkelsen sier gynekologen til deltakeren at nå begynner du å bli stor så du burde kanskje gjort noe med kostholdet. Deltakerne forteller at når du ligger på benken, naken nedentil og beina hevet for gynekologisk undersøkelse så føler du deg ikke vel med slike kommentarer. Mens en annen deltaker forteller om kommentarer fra helsepersonell når hun var til en undersøkelse. Hun opplevde å få kommentarer som: ``Å ja, her var det mye liksom``.

Kategori 2.3. Materiell stigmatisering

Flere av deltakerne forteller uoppfordret om utfordringen med det å finne passende og behagelige klær i store størrelser. Flere fortalte at disse utfordringene fører til at de ikke ønsker å delta på sosiale arrangementer fordi de ikke finner klær de føler seg komfortabel i. De forteller at det er vanskelig å finne klær i klesbutikker som ser bra ut på større kropper. En deltaker forteller at hun har en kroppsform som gjør at hun faller litt imellom to stoler. Hun er smal i overkroppen, men har en bredere underdel, derfor sliter hun med å finne klær som hun kan føle seg komfortabel i. Hun forteller videre at hun har flere ganger valgt å bli hjemme fra

sosiale arrangementer fordi hun ikke føler seg vel og at denne følelsen tærer på selvbildet hver eneste dag. Hun forteller dette:

Det er mye jeg velger å ikke bli med på fordi jeg føler meg ikke vel. Jeg føler ikke at klær er designet til folk som er overvektige. Jeg merker det bare med å melde meg på treningsstudio og slik også, at det er tights og magetopp, de blir ikke designet til slike kropper heller. (1)

En annen deltaker beskriver også følelsen av at man ikke ønsker å delta på arrangementer når man blir invitert med på noe, fordi hun ikke opplever å finne klær som passer. To deltaker forteller at de føler seg ukomfortabel i bikini og badedrakt, som fører til at de ikke ønsker å være på stranden eller bade offentlig. En deltaker forteller at hun kan bruke shorts, men da bruker hun også en lang tunika for å dekke til mest mulig av kroppen. En deltaker snakker følelsen av å bli diskriminert fordi hun må bruke klær i store størrelser:

Det handler om de forbildene som er ute i sosiale medier for eksempel at man passer jo ikke inn i de formene som er satt, også er det med klær. Det er ikke mulig å få tak i klær overalt. Noen størrelser går bare til xl for eksempel. Det er veldig sårt og diskriminerende. (3)

5.3 Tema 3- Tanker og erfaringer med treningssenter

Noen av deltakerne trente allerede på treningssenteret der prøveprosjektet skulle utføres, og opplevde gode erfaringer med akkurat det senteret, mens noen av de andre deltakere gruet seg til å gå inn på treningssenter. Flere deltakere forteller at de ikke passer inn på et treningssenter, så de så frem til å få veiledning i hvordan de skal utføre øvelser på en riktig måte. De bemerker også at det var positivt at treningstimene var tilpasset utrente mennesker, slik at de ikke gikk rett på høyintensive økter. En deltaker påpeker at det finnes lite tilbud der ute til mennesker med overvekt og fedme, og at et lavterskel tilbud gjør at flere ønsker å prøve seg.

Kategori 3.1. Store kropper ikke passer inn

Flere av deltakerne forteller om tidligere negative opplevelser med treningssenter. De forteller at de gruet seg for å gå inn på et treningssenter. Det var spesielt tre store treningssenter i Norge som ble nevnt av flere av deltakerne. Det var treningssenter der deltakerne beskriver opplevelser med kroppspress, og følelsen av at overvektige mennesker ikke passet inn. For å ikke henge ut noen treningssenter, er det valgt å ikke nevne navn på de tre sentrene som deltakerne nevnt, men det var de samme sentrene som ble nevnt fra de ulike deltakerne. Det var ett par deltakere som allerede hadde startet på treningssenteret prøveprosjektet ble utført, og de bemerket at dette senteret var helt annerledes enn de tidligere de har vært på. De følte at senteret bestod av et mangfold av mennesker, og at de passet inn, selvom de var overvektige. De forteller at personellet er hyggelig, de fikk en varm velkomst og opplevde at både personell og andre medlemmer var blide og imøtekommende.

Her er det veldig annerledes, her er det jo egentlig alt av mennesker og i alle slags stadier, både eldre, unge, normalvektige og overvektige. Jeg synes alle går sammen, det er ingen stygge blikk, det er ingen hvissing eller peking eller ja i forhold til andre treningssenter som du opplever mye på. (3)

Syv av deltakerne forteller om opplevelsen av å føle seg ukomfortabel fordi de opplever å ikke passe inn på et treningssenter, mens to av deltakerne synes tanken med å trene på et senter var helt greit. En av deltakerne som synes det var helt greit uttrykker at det er mange mennesker som er i den samme situasjonen som henne, og at hun sikkert ikke er den første, og heller ikke den siste. Den andre deltakeren som også synes det er greit forteller om følelsen av at andre ser på henne på grunn av overvekt, men at denne følelsen ikke stemmer overens med virkeligheten, fordi alle er opptatt av med sine egne treningsøkter.

En deltaker forteller i intervju at når hun har vært medlem på et treningssenter så har hun brukt tid på å undersøke når på døgnet det er minst folk der. Hun forteller at hun var medlem ved et senter og trente ett par måneder før hun ga seg. Hun beskriver opplevelsen av å være på treningssenter slik:

Jeg går når det er minst folk, da slipper de å se på at jeg kommer i treningstøy og prøver å gjøre noe liksom. Jeg vet at folk har mer nok med seg selv og det er bare flott at folk prøver å gjøre noe, men jeg føler litt sann særlig når det kommer veltrente unge mennesker i tights og de stiller seg ved siden av meg og ser seg i speilet og ser på meg og retter litt sånn på klær. (2)

En annen deltaker forteller at hun startet opp på treningssenteret prøveprosjektet ble utført på fire uker før prøveprosjektet startet. Hun forteller at hennes tanker ved å trene på treningssenter før hun startet på dette senteret var at hun aldri i verden kom til å starte på et treningssenter, fordi hun følte seg utilpass. Men når hun startet opp på dette senteret for bare noen få uker siden, fikk hun opplevelsen av en helt annen følelse. Hun opplever at det er svært godt miljø på senteret, hun blir tatt godt i mot, og at hun fikk for første gang følelsen av at hun hadde lyst til å begynne å trene. Hun beskriver sine følelser og opplevelser av tidligere treningssenter slik:

Man føler at treningssenter er... jeg vet jo at det er for alle, men du føler at det er for de som er slanke og fine og er godt trent fra før. Kommer du inn kraftig og uerfaren så føler jeg at alle ser på deg. Jeg har litt angst for det der, jeg har ikke taklet det, jeg har følt meg ukomfortabel og det at man ikke føler seg vel i treningsklær har gjort at man heller velger å ikke melde seg inn på treningssenter. (1)

En deltaker forteller at hun også startet å trene på treningssenteret prøveprosjektet ble utført på en liten stund før prøveprosjektet startet. Hun er en av de som føler seg ukomfortabel på treningssenter. Når hun fikk spørsmål om hvilke tanker hun har ved å trene på et treningssenter, svarer hun:

Når du tenker på treningssenter så tenker du veltrente kropper i magetopp og shorts som fremhever rumpe og jeg passer ikke inn i det bilde så det har vært veldig tøft og i det hele tatt å klare å gå inn her og begynne å trene. Dette treningssenteret er i en helt annen liga, du blir ivaretatt på en helt annen måte her og det har hjulpet meg mye, men tankene mine er at jeg hører jo overhodet ikke hjemme her på et treningssenter når man er så stor som man er men selvfølgelig skal alle få lov å trene her. Men

trening er liksom forbundet med veltrente kropper og muskelbygging, og ikke overvekt.

(3)

Syv av deltakerne snakker om følelsen av å ikke passe inn på et treningssenter. Flere av de opplever at treningssenter er for de som allerede er godt trent. Deltakerne forteller at de opplever at gruppetimene som er på et treningssenter, ikke er tilpasset utrente og store kropper. En deltaker sammenligner to store treningssenter i Norge med tinder (en telefon app for dating). Hun forteller at hun opplever at det er veldig se og bli sett på treningssenter, og det er ikke noe hun ønsker. En annen deltaker forteller at hun satt hjemme og leste mye om treningssenteret prosjektet skulle bli utført på, før hun turte å melde seg på prosjektet. Hun sitter med følelsen av at hun ikke passer inn og at treningssenter ikke er et sted for henne. Det kommer frem fra deltakerne at treningssenter kan være svært skremmende, og de har en opplevelse av å ikke passe inn.

Kategori 3.2. Negative opplevelser

Flere av deltakerne forteller om ubehagelige opplevelser de har hatt på tidligere treningssenter. En deltager har i stor grad opplevd stigmatisering og krenkelse av både medlemmer og ansatte ved tidligere treningssenter hun har vært medlem på.

Jeg har prøvd å være på flere treningssenter, men jeg har ikke følt meg verken velkommen eller hjemme og på flere senter så står medlemmer å ser på deg, peker og flirer. (3)

Denne deltakeren forteller om ett par negative opplevelse hun har knyttet til et tidligere treningssenter. Hun forteller at den ene opplevelsen var i en gruppe time der hun fikk beskjed om å stå bakerst. Hun ble fortalt av instruktøren at hun hadde plass bakerst. Hun forteller om følelsen av at de skammet seg over henne fordi hun var overvektig. En annen negativ opplevelse beskriver hun slik:

Jeg har opplevd at andre har tatt bilder og filmet meg når jeg har prøvd å utføre øvelser. Det har både vært medlemmer og ansatte. Det er ikke helt greit. Når jeg først oppdaget at andre medlemmer tok bilder av meg så sier jeg i fra til personalet for det

er ikke greit. Og da skulle de gi tilsnakk til de som hadde gjort det, og det ble jo bedre, men etterhvert så var det personalet som stod med telefon så jeg opplevde ikke å få noe hjelp der på en måte. Det er veldig tragisk, at du prøver å gjøre noe med livet ditt også står de der og tar bilder av deg fordi du er annerledes enn det andre klientellet som er der, det er sårt.(3)

En annen deltaker forteller at hun ikke har opplevd å få negative kommentarer direkte rettet mot henne, men hun har observert at noen medlemmer, snakker om andre medlemmer i en negativ setting. En deltaker forteller at hun opplever at treningssenter ikke er tilrettelagt for personer med overvekt og fedme. Hun mener at gruppetimer som sentrene tilbyr er ikke tilpasset overvektige og/eller utrente personer. Og at det er mangel på veiledning på hvordan man skal starte å trene, og hvordan man skal trene riktig. Deltakeren nevnte spesielt spinning, at det er rett på 45 minutter med høyt tempo. Hun bemerker at dette kan være skremmende, og gjør at mange som ønsker å prøvd likevel lar være.

Det å være et stort mangfold at det ikke bare er spesifikke slanke grupper, det er det jeg føler at du må være i dagens samfunn, du må være innen en viss greie. Ikke bare ungdom, men også i min generasjon. Er jo like kjedelig at alle er like også, så handler det om litt mer enn bare akkurat det man ser, men også den man er. Det er veldig mange som glemmer det. Man bli liksom stemplet for det man ser, og ikke det man har å tilby som person. Det er trist.(8)

5.4 Tema 4- Erfaringer ved å ha deltatt på prøveprosjektet

Resultatene viser at det var stor enighet blant deltakerne i gruppen når det gjelder erfaringene og opplevelsene med prøveprosjektet. De forteller om gode og positive erfaringer, de synes det var et positivt tiltak, men kunne ønske at det hadde en lengre varighet. Selvom deltakerne opplevde prøveprosjektet som svært positivt, kom det frem noen ønsker som kunne gjort prosjektet enda mer nyttig. Det første ønsket, som det var stor enighet blant deltakerne var varigheten. Hvis prøveprosjektet hadde hatt en lengre varighet, ville man kunne merket større forskjell i den psykiske helsen. Flere av deltakerne sier de opplever at det finnes lite tilbud til mennesker med overvekt og fedme, og de ønsket seg flere slike grupper som ble utført i dette

prøveprosjektet. Det var også en deltaker som forteller at hun savnet teori om helsekost. Hun kunne ønske det var satt av timer til teori om kosthold og slikt.

Kategori 4.1. Endringer i den psykiske helsen

De fleste deltakerne bemerker at varigheten på prosjektet var for kort til at de kunne merke store endringer i den psykiske helsen, men de var veldig positive til å ha møtt mennesker som har lignende utfordringer. De forteller om opplevelsen av at det var fint å vite at de ikke var alene og at det er flere mennesker som har de samme utfordringene. En deltaker forteller at det på en måte ble et fellesskap og at man ikke er alene om alt man føler og sliter med. Selv om de fleste deltakerne ikke merket store forandringer i den psykiske helsen bemerker de likevel mindre endringer i den psykiske helsen, og at det var lettere å komme seg ut av døren hjemme. En deltaker forteller at trening har gjøre noe med psyken og det bilde man har av seg selv. Videre forteller hun at hun har fått et bedre syn på seg selv. En annen deltaker forteller at det har blitt mye lettere å komme seg ut av huset og hun føler at det ikke er så farlig å møte opp på treningssenter og møte nye mennesker. Hun har gledet seg mye til gruppetimene og fikk byttet jobb vakter for å kunne delta på treningsøktene. Videre forteller hun at kjente personer av deltakeren har bemerket overfor deltakerne at hun har endret seg, og at hun virker mer glad. Tre deltakere beskriver hvilken innvirkning prosjektet har hatt på den psykiske helsen:

Ja altså, jeg kommer meg mere ut. Og pluss at det var den sosiale biten og det. Også første gang grudde jeg meg til å komme ut, det å møte andre folk var skummelt. Men etter å ha vært der 2-3 ganger så synes jeg det var kjempe fint egentlig. Jeg begynte å glede med liksom og det gjorde jo noe mer hverdagen. Det var noe å se frem til. I stedet for å bare sitte hjemme og tvinne tommeltotter, så møter man andre mennesker og får gjort noe med kroppen sin og da blir jo det meste bedre egentlig. (9)

Fått treningsgleden tilbake. Jeg synes det er kjempe gøy å komme hit. Jeg trives her og er glad for at jeg fikk være med på prosjektet. Nå har jeg funnet et sted jeg liker, så nå gleder jeg meg faktisk til å gå på trening og har bestemt meg for å trene fast 3 dager i uken. (6)

Det er kanskje ikke så mye forskjell i den psykiske helsen, men kanskje litt på selvtillit. Jeg har fått litt bedre selvtillit etter og å ha vært i en gruppe med flere mennesker som er i samme situasjon. Kanskje ikke så mye annerledes, men du får litt bedre selvtillit av å være sammen med andre. (3)

En deltaker forteller at det å trene og være sosial med andre mennesker gjør noe med kropp og sinn, man føler seg bedre i kroppen, spiser bedre og sover bedre.

Kategori 4.2. Det sosiales betydning for den psykiske helsen

De fleste deltakerne sier i intervju at gledet seg til å komme i gang, og så frem mot å møte andre mennesker som har de samme utfordringene. Videre påpekte de at det sosiale var svært viktig for den psykiske helsen, det å ha andre som heier på deg, og noen du kan veksle erfaringer med. Flere av deltakerne i studiet er opptatt av det sosiale, og uttrykker ønsker om å møte andre mennesker som har lignende utfordringer slik at de kan veksle erfaringer og støtte hverandre. En deltaker forteller i intervju at hun har vært på et annet treningssenter tidligere og ble kjent med andre medlemmer der, men når medlemmene hun hadde blitt kjent med sluttet å trene, sluttet hun også. Hun forteller at hun først gruet seg til prøveprosjektet, men at hun tenker også at det kan bli bra. Hun ser frem i mot det sosiale og møte andre mennesker som opplever de samme type utfordringene som henne selv. Hun mener at det å få et hei fra andre, eller bare ett lite smil kan gjøre hverdagen bedre, fordi det er skremmende å komme på en ny plass der man ikke kjenner noen. En deltaker forteller at hun synes det var fint med en slik gruppe, der man er likestilt og opplever samme typer utfordringer:

Veldig fine økter, prosjektet opplevdes veldig godt. Vi var samlet der man kunne slappe av og føle seg like på en måte, jeg følte meg ikke noe annerledes enn andre som var med på en måte. Også en egen gruppe for bare oss, skjermet og greit. Ingen andre visste om det, ingen andre kommentarer fordi ingen andre visste om det. Det kjente jeg var veldig greit. (3)

Opplevelsen med det sosiale i gruppen opplevdes litt forskjellig mellom deltakerne. Noen av deltakere forteller at de har vært sosialt aktiv og mener de har fått stort utbytte av å snakke med andre, mens andre har hatt mindre sosial omgang med de andre deltakerne. En deltaker

forteller at hun i starten hadde det travelt og derfor ikke rakk å være sosial med de andre før og etter treningsøkten, men at hun pratet med ett par av deltakerne inne i treningssalen. Hun forteller at det har vært lettere å få kontakt med andre ved å vite at man har de samme type utfordringene.

Det var veldig sosialt, veldig godt miljø blant de som var med. God klikk mellom alle sammen. Var ikke noe ubehag. Det var sosialt, vi pratet me hverandre og delte litt erfaringer og slike ting. Jeg synes det var veldig positivt. Jeg var veldig spent på hva jeg meldte meg på. Jeg ble veldig overrasket. Det er ikke alle som har råd til personlig trener og det at man fikk vært med på dette og utført øvelser og fått litt mer hjelp med øvelser, gjør at man tør å prøve seg på andre ting man ikke har prøvd tidligere. Jeg kjenner at man tør å kaste seg ut på andre gruppetimer som man ikke har turt før. (1)

Jeg synes det bare var positivt. Veldig hyggelig med det sosiale, det er jo hyggelig at du har andre mennesker i samme situasjon, som jobber mot et felles mål. Blir styrker både fysisk og psykisk. Jeg synes det var veldig bra, jeg følte ikke på noe tabubelagt i timen, alle var opptatt med seg selv. Var veldig positivt egentlig, veldig bra tiltak, skulle egentlig vært mer av det. (8)

Jeg har også pratet noe med andre fra gruppa, en fra gruppa har jeg på Facebook nå, så vi holder kontakten.(4)

Noen forteller i intervju at de har fått stort utbytte av det sosiale og har fått opprettet nye kontakter, de har delt erfaringer og hjulpet hverandre. Mens en deltaker påpeker at hun synes treningsøktene ofte stoppet litt opp, fordi noen var svært opptatt av å prate under treningsøkten, og foreslo å sette av tid til samtale før eller etter treningsøkten.

Kategori 4.3. Tanker og erfaringer med treningssenter

Deltakerne var relativt samstemte når de snakket om deres nåværende følelser om å trene på et treningssenter etter at prøveprosjektet var gjennomført. De forteller at de ikke opplever treningssenteret som skummelt, men flere påpekte at det gjaldt dette spesifikke

treningssenteret. Flere av deltakerne forteller at de fortsatt er skeptiske til de treningssentrene de nevnt tidligere, der de tidligere har hatt dårlige opplevelser.

Hmmm, akkurat her så føler jeg det er veldig greit, men på andre treningssenter så kanskje ikke fullt så greit. Så jeg fikk jo på en måte litt sann innsyn på hvordan de folkene her er. Jeg føler de ser på deg som enkeltpersoner og ikke pakken du kommer i. Det synes jeg er veldig positivt da. Så her er det helt greit. Jeg skal begynne på igjen i Januar eller Februar da, må bli ferdig med alt privat jeg har nå, Har fått lysten til å begynne å trene igjen. (8)

Ja det har forandret seg. Jeg har fått bedre selvtillit av å være her og gruppa har jo gjort sann at det er faktisk ingen som ser på deg, hvordan du trener eller gjør ting. Men det trodde jeg jo før. Så det har endret seg, synet på å være her, til det positive. (3)

Flere av deltakerne forteller at de kommer til fortsette å trene på dette treningssenteret. Når prøveprosjektet var ferdig nærmet det seg den hektiske juletiden, så deltakerne forteller at de ønsker å starte å trene igjen på nyåret. To av deltakerne forteller at de føler at det ikke er så skummelt å gå inn dørene her lenger, og de gleder seg til hver treningsøkt. En deltaker beskriver hvordan hun føler seg på treningssenteret prøveprosjektet ble utført på:

Jeg synes egentlig at det har fungert veldig bra. Jeg føler meg ikke uvel ved å være her, føler meg egentlig vel med å komme hit i forhold til hva jeg har følt andre steder. Blir møtt med smil men en gang man kommer inn døra og det er lett å komme i prat med andre. Som for eksempel på de ekstra timene jeg har vært på uten andre fra gruppa så har jeg kommet i prat med andre medlemmer veldig fort. Jeg har bare positive kommentarer til prosjektet. Har meldt meg på ny gruppe og kommer til å fortsette. Jeg synes det bare var gøy, derfor har jeg meldt meg på ny gruppe. Veldig gøy å ha en trener som har pushet oss. Jeg har følt at jeg har gitt mer og mer for hver time og jeg orker mer og har fått mer energi. (6)

I intervjuet etter prøveprosjektet var det ingen av deltakerne som fortalte om følelsen av å ikke passe inn, eller at de hadde opplevd ubehagelige situasjoner på senteret. Flere av deltakerne

hadde også utført egen trening ved senteret under perioden. Der hadde de kommet i kontakt med andre medlemmer og opplevde en hyggelig stemning.

Altså, jeg kommer til å fortsette. Jeg er ferdig i år, men aktiv på dagtid begynner i januar, så jeg kommer til å fortsette der. Tror ikke det blir skummelt da, men jeg hadde nok hatt en annen følelse hvis det var på et annet treningssenter. (9)

En deltaker forteller om sine følelser i starten av prøveprosjektet. Hun synes det var skummelt, og i gruppetimene fant hun seg en egen liten krok hun stod i. Men etter noen treningsøkter forstod hun at det ikke var skummelt, hun synes de var kjempe hyggelige damer hun trente sammen med. Hun forteller også at hun har fått en forståelse av at folk på treningssenter ikke bryr seg om å se på andre, men har nok med seg selv, så det gjør det litt lettere å fortsette med treningen etter prøveprosjektet. En deltaker forteller at ved starten av prøveprosjektet, så håpet hun at prosjektet ville bidra til at treningssenter ikke lenger opplevdes så skummelt. Hun forteller videre at hun nå gleder seg hver dag til å trene, og hun føler absolutt ikke noe skummelt ved å gå inn dørene her. Så dette prøveprosjektet ga henne de resultatene hun håpet på.

En deltaker forteller at i starten så måtte hun ta seg sammen for å møte opp på treningen da hun synes det var litt skummelt, men hun opplevde ikke prøveprosjektet som skummelt og hun synes det var positivt å komme seg på trening. Hun sier hun opplever prøveprosjektet som svært positivt, og trekker frem gruppetimene, at de fikk oppleve en variert og morsom trening. Hun var positiv til trenings instruktøren, og opplevde å få god hjelp og veiledning. Videre sier hun at det var positivt at man fikk prøvd forskjellige typer trening, slik at man lettere fant den treningsformen som passer seg selv best. Svarene fra de andre deltakerne støtter oppunder positiviteten med å prøve forskjellige treningsformer. De bemerker også at treningen var tilpasset dem, det var ikke rett på høyintensive øker, men det var lagt opp til morsom og lett trening, som gradvis økte i intensiviteten når deltakerne var klar for det.

Det som vi gjorde i opplegget var at vi gikk litt igjennom forskjellige typer treningsformer, du får prøvd de forskjellige type formene. For min del har seg ikke turt å kaste meg inn i det, da jeg er redd for at det er for viderekommende og at du står der og ikke vet hva du driver med. Så positivt å få prøvd seg på forskjellige former. Veldig

fint at instruktøren gikk i dybden og viste utførelsen av øvelsene. Hun rettet på deg når du gjorde noe feil. Du blir mer selvsikker når du skal utføre øvelsene. (1)

Det var stor enighet i blant deltakerne med at prøveprosjektet hadde en positiv effekt. Flere av deltakerne forteller at de opplevde at de nå gledet seg til trening, noe de ikke har opplevd tidligere, og de var positive til treningsformene som ble utført. Videre forteller de at de var fornøyd med at de fikk selv være med å velge hva de ønsket å prøve, og de fikk god veiledning underveis i hvordan man skal utføre treningen på en riktig måte for å unngå feilbelastning.

Kategori 4.4. Motivasjon for livsstilsendring

To av deltakerne forteller at motivasjonen nå er lik som den var før prøveprosjektet startet. De beskriver at det er verken bedre eller verre, men de var allerede ganske motiverte for en livsendring før de deltok på prosjektet. Men en deltaker bemerket at hvis hun ikke hadde hatt en så stor motivasjon før prosjektet startet så mente hun at denne treningsgruppen ville gitt hun mer motivasjon, fordi hun opplevde å få en god driv av å trene sammen med andre mennesker som hadde lignende utfordringer og samme målsetting. De fem andre deltakerne var relativt samstemte ved at de opplevde at motivasjonen for å fortsette var bra. En deltaker som tidligere var normalvektig, men har opplevd en vektoppgang de siste årene som har slitt mye på det psykiske forteller om sin motivasjon videre:

Det motiverer med til å fortsette å trene. Jeg kommer til å fortsette, minst tre dager i uken, men det kan hende det blir mer på meg. Motivasjonen er på topp. Jeg har ikke hatt noen motivasjon før nå, men det har jeg fått etter dette prosjektet. Så tusen takk. Det kom akkurat på rette tidspunkt for meg. Jeg trengte det. Det blir sann at når du sliter med noe annet, så blir du demotivert. Du sliter psykisk fordi du ikke er den du er vant med å være. Jeg er veldig fornøyd, all ære til dere. (7)

To av deltakerne forteller at de har gått ned i vekt gjennom prosjektet. En deltaker forteller at hun får veldig motivasjon av vektnedgangen, og at hun nå er innstilt på å klare ytterligere vektnedgang.

Den opplever jeg positivt. Dette skal jeg klare. Fått veldig motivasjon. Så jeg har jo gått ned fra jeg begynte å fokusere på det 4 uker før programmet. Ser stor forskjell på bilder. Så det er jeg fornøyd med, jeg er i en positiv retning. (4)

En annen deltaker forteller også om en vektnedgang i løpet av fire uker, så hun er fornøyd med fremdriften. Hun føler at motivasjonen til livsstilsendring er bra, og opplever fysisk aktivitet og god motivasjon som helt topp.

Jeg har vel ikke gått ned noe på dette, men jeg er vel veldig motivert nå for nå skjønner jeg at det ikke er så veldig vanskelig som jeg skulle ha det til. I hvertfall ikke treningsbiten ved det. Tror kanskje jeg skal prøve å få til det. Også tror jeg kanskje jeg spiser litt mer riktig når jeg trener. Du har ikke lyst til å kjøre innom et bakeri og kjøpe en bolle på vei hjem når du kommer fra trening liksom. Det gjør du gjerne hvis du har vært i byen og handlet, og er så sulten at du må ha noe før middag. Så da får vi prøve på det. Jg vet at å si prøve da blir det ikke noe, man må liksom ha seg et mål. (2)

En deltaker forteller at motivasjonen er på topp og at hun har veldig lyst til å klare en livsstilsending nå. Deltakerne er samstemte om at de ikke følte ubehag under treningsøktene, da alle deltakerne var på lignende nivå. Flere av deltakerne forteller at de har opprettholdt kontakten med noen av de andre deltakerne og at de har planer om å utføre treningsøkter sammen etter at prøveprosjektet er avsluttet. Men de presiserer at de har blitt komfortabel på akkurat dette treningssenteret, og hvis de skulle ha byttet senter ville de synes det var skummelt og ubehagelig igjen. Deltakerne forteller om følelsen av å være komfortabel med senteret, de forteller at det er mennesker i alle mulige alder og størrelse der, så de føler ikke at de skiller seg spesielt ut. Seks av syv deltakere ønsket å fortsette å trene på dette senteret etter at prosjektet var ferdig.

6 Diskusjon

6.1 Metodevalg, relevans og validitet

I dette masterstudiet ble det brukt en kvalitativ metode med intervju som datainnsamling. Datamaterialet kommer fra kvinner som har vært deltakere av et prøveprosjekt. Forskeren mener at denne metoden egnet seg best til dette masterstudiet, fordi det var ønsket å få dybdekunnskap samt en bedre forståelse av hvordan psykiske utfordringer og stigmatisering på grunn av overvekt og fedme påvirker hverdagen til disse kvinnene (Kvale & Brinkman, 2018). Ved å bruke intervju til datainnsamling fikk forskeren en dypere forståelse av disse kvinnenenes opplevelser og erfaringer. Mye av informasjonen som ble brukt i dette masterstudiet kom frem gjennom historier deltakerne selv fortalte, så hvis det skulle bli brukt for eksempel spørreskjema ville forskeren gått glipp av mye informasjon. For å få en dypere forståelse av kvinnenenes historie egner det seg best med å bruke intervju, på denne måten kunne kvinnene snakke fritt, og det kom frem nyttig informasjon som forskeren ikke hadde stilt spørsmål til. En kvalitativ metode baser seg på dybdekunnskap fra få fenomener, mens en kvantitativ metode baserer seg på en bredere og mer overordnet kunnskap fra mange fenomener (Dalland, 2019). Hvis det hadde vært mange deltakerne med i dette masterstudiet ville man ikke kunne gått så i dybden på hver enkelt deltaker sine opplevelser og erfaringer. Dataanalyse ville tatt for lang tid og ikke latt seg gjennomføre hvis antall deltakere var for stort.

Deltakerne fikk selv velge hvor de ønsket å utføre intervju. Dette var for at deltakerne skulle føle seg trygge og avslappet, slik at de ble mer komfortabel under intervju. Forskeren har selv erfaringer med hvordan kroppen påvirker den psykiske helsen. Siden kravet til deltakelse var en BMI på over 25, var det store forskjeller i kroppsstørrelser til deltakerne. Forskerens kroppsstørrelse kan ha hatt en innvirkning på åpenheten til deltakerne under intervju. Det er en mulighet at deltakerne som har mindre kropp en forskeren selv modererte seg noe når de fortalte om selvfølelse og hvordan de så på seg selv, mens på en annen side kan det ha bidratt til at deltakerne med større kropp kanskje ble mer åpne, fordi de snakket med en likestilt person. Dette kan ha påvirket resultatene i dette masterstudiet. Forskeren har vært bevist på sin egen forforståelse og erfaringer innen tema, men det kan likevel ha vært med på å påvirket analyseringen av datamaterialet.

Ved å bruke intervensjonsorientert design til prøveprosjektet ga det forskeren muligheten til å se om et lavterskel tilbud hadde noen positiv effekt på den psykiske helsen. Både deltakerne og personalet på treningssenteret var opptatt av at det finnes alt for lite slike tilbud. Deltakerne fikk gode erfaringer men treningssenter, noe som utgjorde at det ikke lenger var så skummelt å gå inn på treningssenteret, som igjen ga dette masterstudiet positive resultater når det gjaldt virkningen av prøveprosjektet. Men det er viktig å påpeke at deltakernes positive erfaringer gjaldt dette spesifikke treningssenteret, så valget av treningssenter som prøveprosjektet ble utført på kan også ha en innvirkning på resultatene av dette masterstudiet. Det kommer tydelig frem fra intervjuene at de fleste deltakerne synes det var skummelt å skulle gå inn på treningssenter, men etter at de ble kjent med dette senteret hadde følelsen endret seg til det positive. Det skal sies at hvis prøveprosjektet hadde blitt utført på et annet treningssenter, er det ikke sikkert at deltakerne hadde trivdes i like stor grad, da de var ganske tydelige på at den gode følelsen kun gjaldt dette spesifikke senteret, og at de fortsatt var usikre på å skulle gå inn på et annet senter.

Hvis dette prøveprosjektet ikke hadde blitt utført, hadde heller ikke flere av deltakerne kommet i gang med trening og aktivitet, noe som er en viktig faktor i livsstilsendring. Det kunne blitt foretatt et studie av en allerede oppsatt livsstilsendrings gruppe, men da ville vi ikke fått et opplegg som fokuserer på psykisk helse, morsom aktivitet, grundig gjennomgang av det å utføre øvelsene riktig og at deltakerne selv fikk være med å velge treningsformer. Vi ville heller ikke fått vært med på å sette sammen gruppen etter våre krav, ved at alle deltakerne opplever psykiske utfordringer, har en BMI på over 25 og er kvinner. Når man setter sammen en gruppe er det viktig at de har felles utgangspunkt og identifiserer seg med hverandre, men samtidig er det viktig at de er forskjellige, for å kunne utveksle sammenligninger, støtte og hjelpe hverandre (Heap, 2018). Ved at alle deltakerne opplevde psykiske utfordringer gjorde det lettere for de å åpne seg og søke støtte og veiledning fra likestilte personer. Selvom de alle opplevde psykiske utfordringer, var det noe forskjeller i hva de opplevde og i hvilken grad de opplevde det.

Deltakerne i dette prøveprosjektet var kun kvinner. Alderen varierte fra 20 årene til 60 årene. Det å utføre en gruppe kun med kvinner kan påvirke resultatet. Hvis gruppen hadde vært blanding av menn og kvinner, kunne vi fått en annet resultat både på opplevelsen av psykiske

utfordringer og stigmatisering, og på resultater av prøveprosjektet. Det er viktig å bemerke at ikke alle mennesker med overvekt og fedme opplever psykiske utfordringer, men siden det var et kriterier for å delta i dette prøveprosjektet, hadde alle deltakerne en form for psykiske utfordringer. Hvis ikke kriteriene hadde vært å oppleve psykiske utfordringer, men bare leve med overvekt er det stor mulighet for at dette masterstudiet ville gitt andre resultater.

Det er utført flere studier og skrevet flere artikler med tidligere forskning som viser til samme resultater både når det gjelder stigmatisering av mennesker med overvekt og fedme og sammenhengen mellom depresjon og overvekt/fedme. Når det gjelder brukbarhet, var det lite ny informasjon om at mennesker med overvekt og fedme opplever stigmatisering fra samfunnet og samfunnets befolkning samt psykiske utfordringer. Men likevel ga den oss god og nyttig informasjon om hvordan psykiske utfordringer og stigmatisering påvirker den psykiske helsen og hverdagen til disse kvinnene. Samt at disse opplevelsene er en bidragsyter til ytterligere vektøkning. Prøveprosjektet ga oss også nyttig informasjon om virkning på den psykiske helsen og viktigheten av å møte andre mennesker som er i samme situasjon, dette kan bidra til videre forskning.

6.2 Psykiske utfordringer og hvordan dette påvirker hverdagen

I dette masterstudiet ble det beskrevet flere ulike psykiske utfordringer som deltakerne opplevde. En oppsummering av utfordringene de opplevde: Depressive symptomer (nedstemthet, tristhet) følelsen av å være mislykket og mindreverdig, følelsen av å ikke passe inn i samfunnet, angst (spesielt i sosiale sammenhenger), negativt selvbilde, dårlig selvtillit, negative tanker, skam, skyldfølelse, problemer med det sosiale (få venner, kjæreste og holde på familie relasjoner).

Det er tidligere utført to kvalitative masterstudier som viser til en sammenheng mellom psykiske utfordringer og overvekt/fedme. Dahl (2019) viser til lignende resultater som dette masterstudiet, altså at mennesker med overvekt og fedme opplever depressive symptomer, angst og redusert selvbilde. I studiet til Helseth (2007) viser det også til lignende resultater, at mennesker med overvekt/fedme opplever redusert selvbilde. Redusert selvbilde og beskrivelse av depressive symptomer ble gjentatte ganger nevnt under intervju i dette masterstudiet.

Forskeren har ikke funnet noen forskning som direkte motbeviser teorien om at overvekt og

fedme fører til psykiske utfordringer som depressive symptomer, angst og redusert selvbilde. Men det vises at kvinner er mer utsatte og dermed har høyere risiko for å utvikle psykiske utfordringer eller psykiske lidelser enn det menn har, da spesielt spiseforstyrrelser (Kessler et al., 2013).

Det var ingen av deltakerne i dette masterstudiet som snakket direkte om diagnosen depresjon, men det ble gjentatte ganger tatt opp depressive symptomer i form av nedstemthet, følelsen av å være mislykket, tristhet og redusert selvbilde. Det ble også snakket om følelsen av angst, spesielt under sosiale arrangementer. Det er derimot viktig å påpeke at kravet for å delta i prøveprosjektet var å oppleve psykiske utfordringer. Det er ikke alle mennesker med overvekt og fedme som opplever psykiske utfordringer, flere kan ha god selvfølelse og være komfortabel i egen kropp.

Det er utført flere studier som viser en sammenheng mellom overvekt/fedme og psykiske utfordringer/lidelser. Mangerund (2005) sitt forskningsstudie viser også til resultater at mennesker som lever med overvekt og fedme kan oppleve psykiske utfordringer på grunn av stor kropp, spesielt så er risikoen for depresjon stor. Det ble bemerket opplevelsen av nedstemthet og negativt selvbilde. Det er blitt utført et studie i USA som viser til en sammenheng mellom depresjon og fedme (Simon, et al., 2006). Ødegaard (2006) viser til en psykolog i Norge som bekrefter resultat om denne sammenhengen, siden Norsk data viser til samme resultat. Det er tydelig at overvekt og fedme kan føre til psykiske utfordringer, og at de psykiske utfordringene igjen kan føre til forverring av overvekten og nedsatt livsglede. Redusert selvbilde og selvtillit er ord som deltakerne i dette masterstudiet også brukte ved å beskrive psykiske utfordringer de opplevde i hverdagen. Deltakerne oppgir at årsakene til at de føler et redusert selvbilde blant annet er fordi de er redde for hva andre mennesker tenker om dem, og at andre mennesker skal se på de på samme måte som de ser på seg selv.

Flere av deltakerne forteller om følelsen av å ikke passe inn, følelsen av negative blikk og at andre mennesker tenker negative tanker om dem. Slike tanker bør nødvendigvis ikke være realiteten, men fordi man ser ned på seg selv, kan man fortro at andre mennesker også gjør det. En deltaker forteller at hun føler at andre tenker negativt om henne når hun er på treningssenter, men sier selv at det ikke er realiteten, da andre mennesker sikkert har nok med seg selv. Selvom det kanskje ikke er realiteten at andre mennesker har negative tanker om

personen med overvekt og fedme, påvirker likevel den negative selvfølelsen i så stor grad at det går utover hverdagen til denne personen. I Helseth sin undersøkelse kommer det frem at mennesker med overvekt og fedme var redd for å møte nye mennesker, på grunn av redsel for at andre mennesker kun så overvekten, og ikke selve personene (Helseth, 2007). Disse resultatene har likehetstrekk med resultatene fra dette masterstudiet.

6.3 Hvordan stigmatisering, krenking og mobbing påvirker hverdagen

Deltakerne i dette masterstudiet opplevde ulike former for stigmatisering som hadde stor innvirkning på den psykiske helsen og deres hverdag. For en kort oppsummering opplevde deltakerne blant annet: Mobbing, negative kommentarer, negative blikk, blitt fryst ut av andre mennesker, opplevd at andre tar bilder av de, føler de ikke blir hørt av helsepersonell, følelsen av at helsepersonell dømmer dem og følelsen av å bli diskriminert når det gjelder klær i store størrelser. Disse opplevelsene preget hverdagen i stor grad og førte til: Følelsen av å være mislykket, følelsen av å ikke være bra nok, de føler seg mindre verdt enn andre mennesker, tristhet, dårlig selvfølelse, dårlig selvilde, følelsen av at alle ser og baksnakker deg, blitt mer innesluttet og dermed opplever det vanskelig å treffe andre mennesker, trøstespising, følelsen av å bli overlatt til seg selv, ført til at de unngår å oppsøke helsepersonell for hjelp og selv isolasjon.

Det er opparbeidet seg normer i samfunnet om hvordan kroppen skal se ut. Disse normene viser til en, for mange mennesker urealistisk tynn kropp (Vrabel, 2018). Hvem er det som bestemmer disse normene? Media er med på å definere menneskers identitet ved å fortelle oss hva som er bra og dårlig. Medier som nettsamfunn, kommentarfelt, blogger osv gjør det lettere å krenke andre mennesker (Espenes, 2012). Presset over å ha denne bestemte kroppsformen kan blant annet komme fra sosiale medier, filmer og tv- serier (Vrabel, 2018). Det kommer tydelig frem i dette masterstudiet at deltakerne opplever at de ikke passer inn i samfunnets normer fordi de skiller seg ut ved å ha en overvektig kropp. Opplevelsen av å ikke passe inn i samfunnets normer bidrar til at deltakerne føler seg mislykket og opplever å ikke være bra nok for andre mennesker og samfunnet. Dette bidrar til å redusere deltakernes selvilde og selvfølelse. Ved at media presenterer en slank kropp bidrar til at overvektige mennesker blir sett på som et avvik i samfunnet, og dermed lettere blir utsatt for stigmatisering og krenkelse.

Thornquist (2018) mener at klær, sminke og andre pyntegjenstander har tidligere blitt brukt til å markere identiteten til mennesker. Denne markeringen har gradvis endret seg over tid, og i dag blir det stadig brukt mer inngripende manipuleringer av kroppen. Dette fører til at grensen for å bli akseptert i det sosiale stadig flytter på seg. Flere mennesker som lever med overvekt og fedme opplever stigmatisering og mobbing på grunn av stor kropp, og at de dermed ikke passer inn i skjønnhetsidealet samfunnet har satt. Tidligere ble menneskekroppen knyttet til arbeid og produksjon, men nå i senere tid har dette utviklet seg til presentasjon. Samfunnet har opparbeidet et ideal om en slank kropp, som i tillegg skal se mest mulig ung ut (Thornquist, 2018). Vrabel (2018) beskriver utviklingen av slike normer som et samfunnsproblem, da det er mange personer som ikke passer inn i disse normene, spesielt mennesker som lider av overvekt og fedme. Slike normer kan være skumle ved at de bidrar til kroppspress blant mennesker.

Det er store forskjeller på det å være sunn og normalvektig, enn det å være urealistisk tynn. Man kan stille spørsmål til om de forbildene som har urealistisk tynne kropper, også har en sunn livsstil. Og hvorfor skal dagens forbilde og samfunnets normer presentere en urealistisk tynn kropp? Dette bidrar ikke bare til kroppspress for mennesker med overvekt og fedme, men det bidrar til at også andre mennesker føler at kroppen sin ikke er bra nok. Kroppspress er en årsak til at mange unge mennesker opplever en negativ psykisk helse (Røse, 2021). Å bli utsatt for stigmatisering på grunn av at kroppen ikke når opp til samfunnets normer kan være så intens at det kan føre til at mennesker som opplever stigmatiseringen til slutt ser negativt på seg selv og føler at de fortjener denne stigmatiseringen (Goode, 2019).

Stigma blir definert ved at mennesker har feil eller mangler som ødelegger identiteten og hindrer deltakelse i samfunnet (Espenes, 2012). Det kommer tydelig frem at alle deltakerne hadde opplevd en form for krenkelse. Selvom noen i mindre grad var utsatt for stigmatisering hadde de likevel opplevd å få kommentarer som satt igjen hos dem flere år senere. Noen av deltakerne opplevde direkte mobbing fordi de var overvektige, noen gjennom hele oppveksten. En studie utført av Ranes (2022) viser til at flere unge mennesker har opplevd mobbing og utestenging i oppveksten fordi de var overvektige. Et amerikansk studie der psykologer så på mobbing i skolen på grunn av overvekt (Puhl, 2015). Det viste resultater til at overvektige elever ble sett på som “stygge, slemme og uattraktive” i forhold til andre elever. Studien fant også at sannsynligheten for å bli et mobbeoffer var 63% høyere for overvektige elever enn for

normalvektige elever. Blant ungdommer fant den samme forskergruppen at 85% av elevene hadde vært vitne til at overvektige medelever ble latterliggjort og mobbet i gymtimer og at 67% av elevene hadde vært vitne til sosial ekskludering og utestenging av overvektige elever generelt. Forskerne så at dette påvirket de overvektige barna og ungdommenes selvfølelse, selvtillit, emosjonelle velvære og akademiske prestasjoner. De så også at de overvektige barna og ungdommene i større grad enn andre levde i sosial isolasjon og hadde forhøyet risiko for angst og depresjon (Puhl, 2015).

Hvorfor blir mennesker med overvekt og fedme utsatt for krenking og stigmatisering, er den eneste årsaken at de ikke passer inn i samfunnets normer? Gadamer og Heidegger var opptatt av forforståelsen til mennesker. At menneskers forforståelse belager seg på tidligere fordommer (Brottveit, 2018). Kan manglene forforståelse fra befolkningen for årsaker til overvekt og fedme bidra til å øke stigmatiseringen? Ett par av deltakerne forteller om mobbing gjennom hele oppveksten. De opplevde mobbing på skolen fra både bekjente og ukjente personer. En deltaker fortalte om mobbing på skolen fra en nær venninne. Spilde (2014) mener at årsaken til at mennesker med overvekt og fedme opplever stigmatisering kan være at andre mennesker har for lite kunnskap og forståelse om tema, og ser ofte på overvektig mennesker som stygge og mener at de har en manglende viljestyrke. Man kan stille spørsmål til om graden av stigmatisering på grunn av store kropper ville reduseres hvis majoriteten av mennesker hadde dypere forståelse for tema og mer kunnskap om utløsende faktorer til overvekt og fedme på den psykiske planen.

Goode (2019) beskriver en amerikansk studie der normalvektige ble fortalt at en gruppe overvektige mennesker var overvektige på grunn av en hormonell tilstand de ikke kunne rå over selv, og der en annen gruppe overvektige ikke ble årsaks forklart på denne måten. I studien ble de overvektige med en hormonell tilstand mye mindre stigmatisert enn den andre gruppen overvektige. Denne studien viste at dersom ikke annen informasjon forelå, antok den normalvektige majoriteten at overvektige hadde all skyld og ansvar selv for sin overvekt. Goode mener at feil og mangler i karaktertrekk i personlighet dømmes hardere enn for eksempel ytre, fysiske feil og mangler fordi det representerer svakheter i individene. Overvekt er slik feil eller mangel (Goode, 2019). Denne undersøkelsen kan vise oss at mennesker med overvekt og fedme først og fremst blir sett på som selvforskyldt. Hvis mennesker får en forklaring på årsakssammenhenger godtar de den overvektige personen, men uten en slik

forklaring blir overvekt og fedme sett på som et avvik i samfunnet og blir utsatt for stigmatisering på grunn av dette. Men ville majoriteten av mennesker fortsatt stigmatiseringen hvis de hadde kunnskap om hvor stor grad stigmatiseringen påvirker personens psykiske helse og evt forverrer avviket? Og hvis majoriteten av mennesker var mer bevisst og hadde bedre kjennskap til årsaker til overvekt og fedme, kunne det bidratt til å redusere graden av stigmatisering? For eksempel så finnes det mennesker som er blitt utsatt for seksuelle overgrep i ung alder, og har brukt overspising for å dempe vonde følelser, eller med vilje gjøre seg uattraktiv. Hvis mennesker som utfører stigmatiseringen på disse personene hadde vist om denne årsaken, ville de hatt en bedre forståelse og medfølelse av denne personen, og ikke sett på personen som lat med manglende viljestyrke?

Det vises i dette masterstudiet at negative kommentarer påvirker selvbildet til deltakerne i en negativ retning. Det er ikke bare kommentarer fra ukjente mennesker deltakerne hadde opplevde, noen har opplevd gjentakende krenking fra familiemedlemmer. Goode (2019) mener at mennesker med overvekt og fedme ofte opplever stigmatisering fra nære venner og familie. Det var ett par av deltakerne som opplevde mobbing fra sine nærmeste. Mobbing blir definert når krenkelser gjentar seg uten å bli stoppet (Espenes, 2012). Ranes (2022) gjorde en undersøkelse om menneskers erfaringer med psykiske helse og fedme. Hun viser til resultater at informantene opplever mobbing, ikke bare på skolen, men også fra familie og venner. Flere av informantene har hatt en oppvekst som var preget av mobbing, baksnakking og utestenging på grunn av at de var overvektige. En slik stigmatisering bidro ikke til vektnedgang, men bidro heller til ytterligere vektøkning (Ranes, 2022). Espenes (2012) stiller et relevant og veldig viktig spørsmål til hvorfor vi ikke klarer å få slutt på mobbingen? Det er ingen mennesker som verken støtter eller forsvarer mobbing, så hvorfor klarer vi ikke da å få slutt på mobbingen? (Espenes, 2012). Stigmatisering og mobbing blir ikke bare utført på mennesker med overvekt og fedme, men er utbredt og omfatter mange forskjellige grupper mennesker.

Det kan tenkes at kommentarer fra familiemedlemmer og nære relasjoner ikke egentlig er vondt ment mot den overvektige personen, men kan komme av at de kun vil det beste for denne personen. Det er ikke sikkert at de verken ser eller tenker på sine kommentarer og holdninger som krenkende, men heller som en påminnelser om at de bør foreta en livsstilsendring. De kan være engstelig for helsen til personen som er overvektig, og føle at de må gå hardt ut med å påpeke overvekten, for at denne personen skal foreta seg en

livsstilsendring. Men det er tydelig at selv små kommentarer om kropp kan være svært sårende for mennesker som ikke er fornøyd eller føler seg komfortabel i sin egen kropp.

Det finnes flere tidligere studier som viser til at mennesker med overvekt og fedme opplever stigmatisering. De kan ofte bli kalt for både stygge og late. Mennesker har alt for liten kunnskap om fedme, de kan se på overvektige personer som late og at de mangler viljestyrke. Når en person med overvekt og fedme utsettes for stigmatisering eller diskriminering kan dette bidra til å forverre situasjonen og øke vekten ytterligere (Spilde, 2014). En gruppe med forskere mener at stigmatisering kan gi mer skade til personer som lider av overvekt, enn overvekten i seg selv (Spilde, 2015). Flere personer med overvekt opplever psykiske utfordringer, ikke bare knyttet til at de ikke er fornøyd med seg selv, men også på grunn av stigmatisering og mobbing de opplever fra samfunnet. Det sier at det stadig kommer mer dokumentasjon på at diskriminering av overvekt og fedme kan føre til forverring av lidelsen (Spilde, 2015). Opplevelse av stigmatisering kan bli så intens at mennesker med overvekt og fedme blir påvirket til å hate seg selv. Dette kan føre til at mennesker med overvekt og fedme vil risikere alt for å bli tynn, til og med deres eget liv (Goode, 2019). Opplevelsen av stigmatisering kan også føre til sosial isolasjon, at mennesket som opplever stigmatisering tar sosial avstand fra andre mennesker (Ellingsen et.al., 2015).

6.3.1 Hvordan det sosiale blir påvirket av stigmatisering

Deltakerne i dette masterstudiet var svært opptatt av hvordan andre mennesker ser på dem og tenker om dem. Mennesker med overvekt og fedme blir sett på som et avvik i samfunnet. Dermed kan disse menneskene fort bli utsatte for stempeling. Det innebærer at avviket blir forsterket fra omgivelsene rundt (Tøssebro & Berg, 2015). Å bli utsatt for stempeling kan gi negative psykiske konsekvenser og endret sosial situasjon (Repstad, 2017). De påpekte at psykiske utfordringer førte til at de sosialiserte seg i mindre grad, og heller valgte å være hjemme enn å delta på sosiale sammenkomster. De opplevde følelsen av negative blikk og negative kommentarer direkte rettet mot stor kropp.

Goode (2019) påpeker at normalvektige mennesker ofte sosialiserer seg mindre sammen med mennesker med overvekt og fedme. Det er en stor sjanse for at normalvektige mennesker overser og unngår dem, og ikke inviterer de til fester, vil ikke date eller gifte, eller bli venner

med dem eller ansette de (Goode, 2019). Hvorfor er det slik at normalvektige mennesker ikke ønsker å sosialisere seg med overvektige mennesker? Kan det være at de føler en skam over å bli sett sammen med overvektige mennesker og dermed være redd for at de også blir sett ned på? Studiet til Puhl (2015) omhandler mobbing på skolen på grunn av overvekt, men den er likevel aktuell for voksne også. Resultater viser til at det var 67% av elevene som hadde opplevd at elever med overvekt og fedme ble sosialt ekskludert og utestengt av de andre elvene. I dette masterstudiet viser resultater til at en deltaker opplevde utestenging av omgangskretsen til kjæresten fordi hun var overvektig. Hun opplevde å ikke bli invitert på sammenkomster, selvom kjæresten til de andre i omgangskretsen var invitert.

Hvis vi ser problemstillingen fra den normalvektige personens vinkel så er det utført studie som visert til at det å være i omgangskrets med en person som er overvektig, øker risikoen for at den normalvektige også blir overvektig. Det vises at den normalvektige personen har 57% risiko for å bli overvektig. Det menes at årsaken til dette er at den normalvektige personen kan begynne å se på overvekt som akseptabelt og begynner å se bort i fra normene om en tynn kropp (Spilde, 2007). Det skal sier at disse resultatene også viser til motsatt effekt, altså at overvektige kan bli påvirket av normalvektige og dermed øke motivasjonen til vektnedgang. Man kan da stille spørsmål til om dette er en mulig årsak til at mennesker med overvekt og fedme blir ekskludert fra sosiale arrangementer. Er normalvektige mennesker redde for at de skal bli påvirket til å bli overvektige hvis de sosialiserer seg med overvektige mennesker?

Puhl (2015) viser til resultater om hvordan utestenging påvirker elvene i form av dårligere selvbilde og selvfølelse. Elevene som ble utestengt levde i større grad i sosial isolasjon og dermed forhøyet risiko for angst og depresjon. Deltakerne i dette masterstudiet påpeker at isolasjon fører til depressive symptomer i form av tristhet og følelsen av å være alene. Det ble snakket om angst lignende symptomer i sosiale sammenhenger og problematikken i å bli kjent med nye mennesker. Deltakerne forteller at dette kommer av redusert selvbilde på grunn av følelsen av å være mislykket samt opplevelsen av stigmatisering. Det er kjent at diskriminering av mennesker som lider av overvekt og fedme kan gi både store og negative konsekvenser for personen. Flere overvektige mennesker velger heller å isolere seg fremfor å delta på sosiale aktiviteter i fare for å oppleve stigmatisering og diskriminering.

Flere av deltakerne opplevde at stigmatisering påvirket deres selvbilde. Vi kan si at disse deltakerne ble stemplet på grunn av overvekt, og når de stadig får høre at de er et avvik, er det fare for at de begynner å tro på at de ikke passer inni samfunnet, slik som flere av deltakerne fortalte. De opplevde at de ikke passet inn i samfunnets normer. For å unngå en slik stempeling er det mange som heller velger å isolere seg (Repstad, 2017). Mead utviklet teorien om speiling. Han beskriver teorien ved at mennesker former sin identitet basert på andre menneskers meninger om deg (Sundstrøm, 2020). Noen av deltakerne forteller at de hadde mye tanker og bekymringer over hva andre mennesker tenkte og mente om dem. De unnlot å delta på sosiale arrangementer og kviet seg for å dra på date. Flere av deltakerne synes det var skummelt å gå inn på treningssenter, fordi de følte de ikke passet inn, og var redde for å få kommentarer og blikk fra andre mennesker. Mead mente at vårt selvbildet blir utviklet gjennom hvordan andre mennesker ser på deg og tenker om deg (Sundstrøm, 2020).

Vi bygger opp vårt eget selvbilde gjennom de sosiale reaksjonene vi møter (Ellingsen, et al. 2015). Hvis du som person gjentatte ganger opplever negative erfaringer i sosiale sammenkomster som negative kommentarer og blikk fra andre mennesker, vil dette påvirke selvbilde i en negativ retning. Mange mennesker med overvekt og fedme har allerede lavt selvbilde, og faren er dermed stor at selvbilde blir ytterligere redusert på grunn av stigmatisering og krenkelser. Når deltakerne forteller at de velger å unnvære sosiale deltakelser opplever de en tristhet og følelsen av å være alene. Da er sjansene for å utvikle psykiske utfordringer eventuelt psykiske lidelser forhøyet. Spesielt depressive symptomer, eller en depressiv lidelse.

Deltakerne forteller også at det å føle seg ukomfortabel med egen kropp og problemer med å finne klær som passer også er en årsak til at de velger å isolere seg fra samfunnet. Det er utført en undersøkelse som viser at mennesker med overvekt føler skam over egen kropp. Denne skammen de føler på, gjør at de velger å isolere seg i større grad, for å unngå fysiske og sosiale aktiviteter (Bruåsdal, 2017). Flere av deltakerne i dette masterstudiet forteller at det er vanskelig å finne klær i passende størrelse, og at dette gjør at de heller velger å være hjemme enn å delta på sosiale arrangementer. I undersøkelsen til Bruåsdal (2017) ble det vist at mennesker med overvekt og fedme ble mer isolert fra samfunnet, på grunn av følelsen av å ikke passe inn i samfunnet.

6.3.2 Blikking som en krenkelse metode

Blikking blir sett på som en form innen kategorien krenking. Blikking er ikke et nytt begrep, men det som gjør at blikking blir sett på som en form for krenkelse er at blikking i moderne tid blir brukt som et metode for såkalt skjult mobbing (Espenes, 2012). I dette masterstudiet viser resultater til at flere av deltakerne opplever negative blikk, eller følelsen av negative blikk. Det å skille mellom aktuelle blikk eller følelsen av blikk kan være vanskelig, da deltakerne forteller at de føler at andre ser på dem på grunn av at de er overvektige. Begrepet blikking blir brukt når andre menneskers blikk blir oppfattet som krenkende og dømmende av personen som opplever krenking (Espenes, 2012). Ett par av deltakerne i dette masterstudiet fortalte om opplevelsen av blikk, spesielt når de var i butikkene. De opplevde dømmende blikk fra andre mennesker når de hadde usunne matvarer i handlekurven. Denne følelsen av krenkelse opplevdes så ekstrem for deltakerne, at de heller valgte å bruke butikker som lå langt fra området de bodde i. Helseth (2007) viser til resultater av sin undersøkelse at mennesker med overvekt og fedme opplever stort ubehag ved handleturer. Flere velger å ta med sunne varer selvom de egentlig ikke skulle ha det, i den hensikt å prøve å skjule de usunne matvarene som ble handlet. Dette ble gjort for å unngå krenkelser fra andre mennesker på butikken. Blikk blir brukt av mennesker for å kommunisere noe negativt. Ved å bruke blikk som en krenkelse metode kan det være usynlige for andre mennesker, derfor blir blikking sett på som ``skjult`` mobbing (Espenes, 2012).

Det er ikke sikkert at mennesker som utfører negative blikk tenker at disse blikkene er synlige for personen som får blikkene. Mennesker er nysgjerrige av natur, og det er derfor ikke sikkert at andre mennesker spesifikt så på hva den overvektige personen handlet, men generelt pleier å se i andres handlekurver. Det kan også tenkes at personene tenkte negativt om de som handlet usunne matvarer, men var ubevisst på at de sendte synlige negative blikk.

Undheim (2021) utførte en undersøkelse der resultater viser til at mange mennesker med overvekt og fedme opplever det som skummelt å gå inn på et treningssenter, fordi de opplever blikk fra andre mennesker, og følelsen av disse blikkene var skummelt. Resultatene fra dette masterstudiet støtter oppunder resultatene til Undheim. Flere av deltakerne opplevde blikk som krenkende og dermed påvirket deres selvfølelse. En deltaker forteller om episoder hun har opplevd på treningssenter, der både personalet og andre medlemmer stirret på henne når hun

utførte treningsøvelser. Det å oppleve gjentatte blikk, kan utvikles til følelsen av å bli mobbet. Blikking blir brukt til å påpeke ovenfor den aktuelle personen at den er dum, lat osv (Espenes, 2012). I dette masterstudiet kommer det frem fra resultatene at deltakerne synes det var skummelt å gå inn på et treningssenter, og en av årsakene til det var at de følte de fikk blikk fordi de var overvektige. Følelsen av en slik krenkelse kan føre til at mennesker med overvekt og fedme ikke er komfortabel med å være medlem på et treningssenter, og konsekvensene av dette kan bli at de isolerer seg mer, og derfor unngår fysisk aktivitet.

På en annen side kan man ikke med sikkerhet si at personell og andre medlemmer tenkte negative tanker om den overvektige personen. De kan også ha tenkt positive tanker som blant annet at de synes det er tøft eller bra gjort å ta tak i problemet. Noen mennesker på treningssenter er også opptatt av utførelsen av øvelser, så det kan være at de ser personen utføre øvelsen feil og egentlig bare ønsket å gå bort å hjelpe og veilede, uten at de turte å blande seg inn. Det finnes utallige årsaker til hvorfor personer ser på hverandre, og alle bør nødvendigvis ikke være av en negativ art.

6.3.3 Lite engasjement og stigmatisering fra helsepersonell

Flere av deltakerne forteller om negative erfaringer i møte med helsevesenet og helsepersonell. Ikke alle deltakerne opplevde direkte stigmatisering fra helsepersonell, men de opplevde lite engasjement til å få hjelp til vektnedgang. Ett par av deltakerne forteller om følelsen av stigmatisering og krenkelse fra helsepersonell de har møtt. Mjølstad, daværende fastlege i Norge mener at fedme er et tidskrevende problem og at konsultasjoner med fastlegen har liten effekt i vektnedgang, mens en leder av senter for sykkelig overvekt i Vestfold tenker at årsakene kan være at fastlegene ikke har nok kunnskap om fedme. Det blir også stilt spørsmål til om fastlegene har for liten interesse for feltet og har fordommer mot overvekt og fedme (Bodvik & Hafstad, 2019). Deltakerne beskriver møter med fastlegen som lite hjelpsomt. Overvekt og fedme kan være et sensitivt tema å snakke om. En mulig årsak til at overvektige personen opplever helsepersonell som dømmende eller fraværende kan være at helsepersonell er usikre på hvordan de skal ta opp og snakke med problemstillingen med de aktuelle personene.

I de nasjonale faglige retningslinjene til Helsedirektoratet om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne står det at det har tidligere blitt utført flere

studier som viser at mindretall av personer med fedme har fått tilbud om hjelp fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). I dette studiet forteller flere av deltagerne at de opplever at hjelpen fra helsevesenet med vektnedgang uteblir. De opplever at de blir overlatt til seg selv, og får lite råd og støtte i denne prosessen. Men fra en annen side så står det i retningslinjene står det at flere leger mener at en av årsakene til at personer med overvekt og fedme ikke får tilbud om hjelp er fordi de selv ikke er motivert nok til en vektnedgang (Helsedirektoratet, 2010). Så hva er årsaken til at personer med overvekt og fedme ikke får hjelp til vektnedgang? Er det fordi fastleger har for lite kunnskap og tenker at personene ikke selv er motiverte eller er det fordi fastlegene har opparbeidet seg fordommer mot overvektige personer? Det er nok flere personer med overvekt og fedme som ikke er motivert for en vektnedgang, men de personene som spør fastlege om hjelp, er da motivert nok til å be om hjelp. En mulig årsaken kan være at fastleger ikke har nok erfaring i å støtte mennesker som ønsker en vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2010).

Flere av deltakerne opplevde at legen ikke var villig til å utføre andre undersøkelser, eller lytte til hva deltakerne hadde å si. De oppfattet det som at legen var bestemt på at det var overvekten som var roten til alle problemer de opplevde. Deltageren er ikke alene om å føle at de ikke blir hørt, eller oppleve at legene mener at alle plager skyldes overvekt. Dette er en utfordring som flere mennesker med overvekt og fedme opplever. Det er utført studier som støtter oppe under utsagnet til deltagerne om at helsepersonell kun ser overvekten, og ikke andre plager hos mennesker som lider av overvekt og fedme. Uansett hva problemet er til personene så får de beskjed om å spise mindre og trene mer (Spilde, 2014). Jakobsen (2017) opplyser om at en forsker mener at både leger og helsepersonell lever i en kultur med fedmeforakt, og at helsepersonell sin manglende forståelse av fedme kan være like skadelig som negative kommentarer til pasientene. Det blir påpekt at helsevesenet kan være en delaktig part i at mennesker med overvekt føler seg dårligere.

Spilde (2014) har intervjuet en forsker som har utført forskning på økende stigmatisering av overvekt og fedme i hele verden. Det blir opplyst at det finnes flere undersøkelser som viser at leger er mer opptatt av å behandle normalvektige mennesker, enn overvektige mennesker. Det var et studie som viste at helsepersonell gjorde undersøkelser i mindre grad hos overvektige mennesker. Dette var undersøkelser som celleprøver og mammografiundersøkelser. Hun belyser også at overvektige mennesker blir diskriminert av helsepersonell, ved at

helsepersonell kun ser på overvekten, og ikke symptomer. Dette kan føre til at menneskene ikke får den hjelpen de trenger, da helsepersonell sitt svar på alle symptomene er at man må trene mer og spise mindre (Spilde, 2014). Dette utsagnet støtter oppunder det noen av deltakere har opplevelse med. Det at legen ikke ønsker å utføre undersøkelser, fordi de var overbevist om at overvekten var skyld i alle problemene. En deltaker opplevde å gjentatte ganger be om undersøkelse for en diagnose hun selv hadde studert og bemerket lignende symptomer. Etter en lagd tid ble det konstatert at deltakeren hadde denne diagnosen, og det var ikke overvekten som var skyld i denne diagnosen. Man kan stille spørsmål til hvor raskt en slik undersøkelser ville funnet sted om deltakerne ikke var overvektig.

Det har blitt utført en doktorgradsavhandling (Robstad, 2022) som omhandler intensiv sykepleierens holdninger til mennesker med overvekt og fedme. Studiet viser til resultater at intensiv sykepleiere har negative holdninger til pasienter med overvekt og fedme. Pasientgruppen oppfattes av intensiv sykepleierne som en krevende og annerledes gruppe. Flere av disse sykepleierne mente at fedme er selvpåført (Robstad, 2022). Goode (2019) mener at mennesker med overvekt og fedme blir sett på som late og manglende viljestyrke. De blir utsatt for stigmatisering fordi majoriteten av befolkningen ser på overvekt og fedme som selvpåført. Deltakerne i dette masterstudiet viser til psykiske utfordringer som forverrer overvekten. Følelsen av å stå alene påvirker selvbilde i en negativ retning og kan forverre de psykiske utfordringene som ligger til grunne for å ikke klare å oppnå vektnedgang. I doktorgradsavhandlingen til Robstad (2022) har noen av sykepleierne stilt spørsmål til om overvektige mennesker har like stor rett på behandling som normalvektige mennesker, mens noen av sykepleierne mente at alle hadde rett på lik behandling.

Jakobsen (2017) utførte et intervju av Robstad. I dette intervjuet forteller Robstad at når hun underviste en klasse med intensivsykepleier studenter ble de svært overrasket over å høre at det flere ganger ligger andre årsaker til grunne for overvekt og fedme, og at det ikke nødvendigvis bare er fordi de er late og manglende viljestyrke. Mange helsepersonell trenger mer kunnskap om overvekt og fedme, spesielt årsakene til overvekt og fedme (Robstad, 2022). Helsepersonell har stort fokus på å være normalvektige og har kunnskap om viktigheten av å gå ned i vekt når man er helseskadelig overvektige. Hvorfor utfører de stigmatisering ovenfor denne personen, i stede for å støtte og veilede til vektnedgang? Og er undervisningen under

utdannelsen god nok når helsepersonell blir overrasket over at det finnes flere årsaker til overvekt enn å være lat med manglende viljestyrke?

Flere personer som lider av overvekt og fedme kvier seg for å få hjelp av helsepersonell, og når de da i tillegg opplever negative holdninger fra personene som skal utføre hjelpen, kan dette føre til forsterkning av de psykiske utfordringene. En deltaker forteller i dette masterstudiet at negative opplevelser med helsepersonell førte til at hun unnlot å oppsøke lege ved senere anledninger, selvom hun opplevde alvorlige symptomer. Selv om en person er overvektig, kan man oppleve andre sykdomstilstander som er uavhengig av overvekten. Og det var utvikle seg til alvorlige tilstander om man ikke oppsøker helsevesen. Ueland (2019) viser også til i sin undersøkelse at personer med overvekt og fedme opplever blikk og negative holdninger fra helsepersonell som fører til at de føler seg unormale og unnlater å oppsøke helsevesenet for hjelp.

6.3.4 Utfordringer med klær og offentlige rom tilpasset normalvektige kropper

Flere av deltakerne snakker om materiell stigmatisering under intervjuene. Med materiell stigmatisering menes offentlige rom som ikke er tilpasset mennesker med overvekt og fedme, og utfordringen med å finne klær som passer. Ueland (2019) utførte en undersøkelse om hvordan det var å leve med fedme. Resultater viser til at flere som lever med overvekt og fedme føler at de offentlige rom ikke er tilpasset til store kropper. På treningssenter opplever de at det står maks kroppsvekt på treningsapparatene (Ueland, 2019). Hvis man ser på problemstilling fra en annen vinkel, kan det tenkes at hvis samfunnet utgjør for store tilpassinger til store kropper, kan dette bidra til å oppmuntre og veilede befolkningen til å bli overvektige. Men likevel så er det vanskelig å skulle starte på et treningssenter når du føler at det ikke er tilrettelagt for overvektige mennesker. Verken gruppetimer eller treningsapparat er designet for mennesker med overvekt og fedme. Og når de skal trene, så kommer i tillegg utfordringen med å finne klær i store nok størrelser. I undersøkelsen til Ueland (2019) ble det også vist til at personer med overvekt og fedme opplever det også vanskelig å finne treningsklær som passer til overvektige personer. Utvalget av treningsklær i store størrelser er lite (Ueland, 2019). Hvis man allerede føler seg ukomfortabel på et treningssenter, vil ikke følelsen bli noe bedre når man i tillegg ikke har klær som man føler seg komfortabel i.

Deltakerne i dette masterstudiet snakket ikke spesifikke om treningsklær, men snakket om klær generelt. Noen av deltakerne påpekte at det var lite butikker i Norge som solgte klær i store størrelser, og når de fant klær i store størrelser så var det ikke klær de følte seg vel og komfortabel i. Ueland (2019) sine resultater støtter oppunder deltakernes erfaringer ved at mennesker med overvekt og fedme opplever store utfordringer ved å finne passende klær i store størrelser. Overvektige personer blir ofte anbefalt fysisk aktivitet. Det er sunt kosthold og fysisk aktivitet som er hovedfokuset når det blir snakket om at man ønsker å gå ned i vekt. Men hvor lett er det å skulle gå turer i skogen eller trene på treningssenter hvis man ikke finner riktige klær i størrelsen man bruker? Det oppleves noe dobbelt moralsk at personer med overvekt og fedme oppmuntres til fysisk aktivitet, men det skal likevel være en stor utfordring å finne trenings- og turklær i store størrelser. Hvis tilgangen til moderne treningsklær hadde vært mer tilgjengelig kunne det kanskje bidratt til en positiv motivasjon til å utføre fysisk aktivitet. I en Norsk reality serier opplevde en deltager at produksjonen ikke fant passende klær til henne. De første dagene måtte hun oppholde seg ute i dårlig vær og regn, uten regntette klær fordi produksjonen ikke hadde klart å finne regnklær i hennes størrelse før oppstart av innspillingen til programmet. Hun forteller også at hun har problemer med å finne både treningsklær og turklær (Nesvoll, 2023). Kan en mulig årsak til at det finnes lite klær i store størrelser ha med økonomi å gjøre? At det er mer kostbart å produsere klær i større størrelser. Hvis det er økonomi som er en årsak, hvorfor kan det ikke bli produsert klær i større størrelser, og selges for en forhøyet pris?

I Norge er det få fysiske butikker som selger klær i store størrelser, men det er flere nettsider som har bredere utvalg i størrelser. Både fysiske butikker og nettsider reklamerer som oftes med: Plus size og store størrelser når de omhandler klær for overvektige mennesker. Det har den siste tiden blitt publisert en video som viser hvordan Asia reklamerer for klær i store størrelser. Flere butikker som selger klær i store størrelser heter blant annet: Beebeefat, Fat Girls, Fatte fatgirl, Moomoo og Fat Cat (Vil, 2023). Man kan tenke seg ubehaget for menneskene som trenger klær i store størrelser, og dermed skal handle i butikker med slike navn, man kan føler stigmatiseringen og krenkingen før man overhode går inn i butikken. Man kan stille spørsmål til om disse navnene er valgt ut for å gjøre det så ubehagelig som mulig for overvektige personer til å handle klær, i håp om at det skal bidra til en vektnedgang.

6.4 Gruppe som en metode for livsstilsendring

Opplevelsen av stigmatisering kan gi negative konsekvenser for den psykiske helsen, som igjen kan føre til at prosessen med en livsstilsendring for personer med overvekt og fedme blir mer utfordrende. Stigmatisering kan bidra til en forverring av tilstanden til en person med overvekt da skammen til de personene som er overvektige opplever kan gjøre det vanskeligere å utføre en livsstilsendring (Spilde, 2014). Hensikten med en gruppe er for at medlemmene av gruppen kan hjelpe hverandre ved å utveksle erfaringer, gi råd og støtte (Heap, 2018). Flere av deltakerne påpekte at de oppleve det som positivt å møte andre mennesker med samme utfordringer. Det førte til at det ikke var så skummelt å delta på gruppetime, og de fant støtte i hverandre. En deltaker forteller at hun var medlem ved et annet treningssenter tidligere, og kjente personer der. Men når de personene hun kjente sluttet, så sluttet hun også. Selv om de synes det var skummelt å skulle gå inn på treningssenter, påpekte deltakerne at de gledet seg til å møte andre mennesker som var i samme situasjon som dem selv, som var overvektige og opplevde lignende utfordringer. Gjennom disse utsagnene til deltakerne ser man hvor viktig det er å ikke være alene, men å være sammen som en gruppe med mennesker man kan relatere seg til. Deltakerne bemerker at det å trene sammen med en gruppe, og få god veiledning på hvordan de utførte øvelsene bidro til bedre selvtillit. De fikk oppleve forskjellige treningsformer i et trygt miljø, og dermed fikk de utforsket hvilken treningsform som passet de best.

Det er stor forskjell på å være alene og det å være sammen med andre man føler seg komfortabel med. Det å ha andre personer man kan søke støtte og veiledning hos, gjør det lettere og kanskje mindre oppmerksom på andre personer rundt deg. Heap (2018) bemerker at for å få positive resultater i en gruppe er man avhengig av deltakernes motivasjon og interesse for å både gi og få veiledning. Prøveprosjektet vil ikke ha en effekt hvis deltakerne ikke er interessert i å bli kjent med de andre deltakerne, eller bidrar innen det sosiale når det gjelder å veksle erfaringer, gi støtte og trygghet til hverandre. For å delta i dette prøveprosjektet var det noen kriterier til deltakerne. De er alle kvinner og de opplever psykiske utfordringer på grunn av overvekt og fedme. Disse kriteriene var satt for at deltakerne skal ha felles utfordringer som gir de en forståelse av hverandre, slik at det blir lettere å hjelpe hverandre. Deltakerne bemerket effekten av å være i en gruppe og møte mennesker med samme utfordringer. Etter at prøveprosjektet var ferdig, var det ingen av deltakerne som synes det var skummelt å gå inn

dørene på treningssenteret lenger. Det å bli kjent med treningssenteret som en gruppe ga positiv effekt på selvtilliten ved å gå inn på senteret. Det er tydelig at det å kunne være sosial med andre mennesker som har de samme type utfordringene og samme målsetningene kan ha en stor innvirkning på motivasjonen til videre livsstilsendring.

Det kan tenkes at det er lettere for normalvektige personer og utføre stigmatisering på en person alene. Flere mennesker sammen viser styrke, og kan dermed gjøre det vanskeligere for en enkelt person å utføre krenkelser eller stigmatisering. For når man er sammen i en gruppe er ikke avviket like synlig, og man skiller seg ikke ut fra samfunnet på lik linje som hvis man er alene om å være overvektig.

De fleste deltakerne bemerket at motivasjonen var økt etter å ha deltatt på prøveprosjektet. De var svært positive til et lavterskeltilbud der du møter andre mennesker med lignende utfordringer, og de bemerket at det finnes alt for lite slike tilbud og kunne ønske det fantes mer av det. En deltaker hadde allerede meldt seg på en ny gruppe som treningssenteret utfører. Midthun (2014) utførte et studie om menneskers erfaring etter et livsstils behandling for overvekt. Studie viser til resultater at de opplevde det som vanskelig å opprettholde livsstilen etter endt behandling. Når de ikke lenger fikk tett oppfølging, kom utfordringene tilbake. De bemerket også at de ønsket mer behandling direkte rettet mot den psykiske helsen. Fokuset på den psykiske helsen under vektreduksjon er for liten, mange trenger hjelp til å bearbeide de psykiske årsakene til overvekten (Midthun, 2014).

Det er mye snakk om overvekt og fedme, og man kan derfor lure på hvorfor det ikke er utviklet bedre og større tilbud til disse personene? Det kunne vært en ide som kommuner og treningssenter hadde utført flere grupper for personer med overvekt og fedme, og lagt større fokus på den psykiske helsen og sosialt samhold som en forberedelse til livsstilsendring og vektnedgang. En psykologisk samt livsstilsendring kunne vært et godt tiltak for både forebygging og forbedring av overvekt og fedme. Overvekt og fedme koster samfunnet millioner av kroner. Ville det ikke vært en ide å bruke mer utgifter på forebygging, så kanskje det vil skje en positiv utvikling innen økonomien?

7 Konklusjon

Det er tydelig at mennesker som lever med overvekt og fedme opplever flere ulike psykiske utfordringer og stigmatisering som preger hverdagen i stor grad. De psykiske utfordringene som oppleves er depressive lidelser, angst relatert til sosiale settinger, redusert selvbilde og selvfølelse, følelsen av å ikke passe inn i samfunnet, skam og det å føle seg mislykket. Det var flere av deltakerne som opplevde krenking og direkte mobbing i stor grad, og som har opplevd dette gjennom hele oppveksten, men noen opplevde krenkelser i mindre form, som blikk og kommentarer. Dette bidro til å redusere den allerede lave selvfølelsen ytterligere. Hvordan deltakeren så på seg selv sammenlagt med hvordan de tenkte at andre mennesker så på dem bidro til reduisering av selvfølelse og selvtillit. Den hyppigste formen for stigmatisering er krenkelser i form av negative blikk og kommentarer direkte rettet mot stor kropp. Opplevelsen av stigmatisering bidrar til sosial isolering som igjen bidrar til forverring av de psykiske utfordringene de opplever.

Flertallet av kvinnene har søkt hjelp og veiledning fra helsepersonell, men sitter igjen med opplevelsen av minimalt med engasjement fra helsepersonellet. Noen hadde også opplevd krenkelser fra helsepersonell på grunn av overvekt og fedme. De opplevde at tilbudt om behandling av den psykiske helsen og årsakene til overvekten utelot.

Prøveprosjektet var et positivt tiltak for deltakerne. Det å være i gruppe med andre mennesker som var i samme situasjon, men lignende psykiske utfordringer bidro til at deltakerne ble tryggere når det gjaldt trening og det å gå inn på et treningssenter. Prøveprosjektet hadde en for kort varighet til å se store endringer i den psykiske helsen, men vi fikk likevel se små endringer, som blant annet bedre selvfølelse. Prøveprosjektet bidro til at deltakerne ikke lenger opplevde treningssenter som skummelt, og at de gledet seg til treningstimene. Det bidro også med å styrke motivasjonen for videre livsstilsendring hos. Flere av deltakerne utvekslet kontaktinformasjon og skal fortsette å trene sammen etter at prøveprosjektet var ferdig utført, og en deltaker hadde allerede meldt seg på ny gruppe som treningssenteret utfører.

Litteraturliste

Adler, P.A., Adler, P. (2016). *Constructions of Deviance: Social power, Context, and Interaction*. Boston: Engage Learning

Almvik, A., Borge, L. (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget

Andersen, H.E (2011). Svært mange sykkelig overvektige lider av emosjonell overspising: Overspisere skjuler store matinntak. *Vektklubben*.

<https://www.vektklubb.no/artikkel/vektklubb/2GwME4/svaert-mange-sykkelig-overvektige-lider-av-emosjonell-overspising-overspisere-skjuler-store-matinntak>

Aronsen, J.M., Birkeland, J.A., Munvik, M., Sjaastad, I (2010). *Sykdomslære 1: repetisjon og oppgaver* (1.utg.). Gyldendal akademiske

Avonova. (Ukjent publiseringsdato). Rehabilitering sykkelig overvektige pasienter. *Avonova Ringerike rehabilitering*.

<https://ringerikerehab.no/rehabilitering/sykkelig-overvekt>

Bordvik, M & Hafstad, A. (2019). Fedme koster Norge 68 milliarder kroner årlig. *Dagensmedisin.no*.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/07/fedme-koster-norge-68-milliarder-kroner-arlig/>

Brottveit, G. (Red). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. (1.utg.) Gyldendal Norsk forlag AS.

Bruåsdal, L.T. (2017). <<Jeg er hele meg>> *En kvalitativ studie om opplevelsen av å leve med overvekt med særlig fokus på skamaspektet*. (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger.

<https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2471768>

Bukve, O. (2021). *Forstår, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplige forskningsprosjekt* (2.utg.). Universitetsforlaget

Cahnman, W.J. (1968). The stigma og obesity. *Sociological Quarterly*, 9 (Summer): 283-299.

Christiansen, W.S., Karlsen, T-I & Larsen, I.B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykelig overvekt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2).

<https://doi.org/10.7557/14.4195>

Dahl, V. (2019). *Fedme og psykisk helse* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet)

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2618117/no.ntnu%3aainspera%3a2439268.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dalland, O. (2019). *Metode og Oppgaveskriving*. (6.utg). Gyldendal Norsk forlag AS

Dyregrov, K. (2019). Selvtillit, selvfølelse og selvbilde. Hva er forskjellen? *Mental helse*.

<https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/selvtillit-selvfoelse-og-selvbilde-hva-er-forskjellen>

Espenes, J.A. (2012). *Krenkelse i skolen- mobbingens bakteppe*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Ellingsen, I.T., Levin, I., Berg, B., Kleppe, L.C. (2019). *Sosialt arbeid- en grunnbok*. (3. opplag). Universitetsforlaget

Evjeklinikken. (Ukjent publiseringsdato). Behandling av sykelig overvekt hos voksne.

Evjeklinikken.

<https://www.evjeklinikken.no/behandlingstilbud/behandlingstilbud-for-voksne/>

Fangen, K. (2022). Kvalitativ metode. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Frisklivssentralen. (2022). Frisklivssentralen. *Fredrikstad kommune*.

<https://www.fredrikstad.kommune.no/tjenester/helseomsorgogvelferd/dagtilbud/frisklivssentralenmestringskurs/>

Fugletveit, R. (2014). *Psykososialt arbeid- Fortellinger, medvirkning og fellesskap- ``Jeg hadde ingenting``*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of spoiled identity*. London: Penguin Books.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis. An essay on the Organization of experience*. New York: Harper & Row.

Goode, E. (2019). *Deviant behavior*. (1.utg). Routledge.

Gross, D. (2017). Downsize Fitness, the Gym for Overweight Members Only. *Daily beast*.
<https://www.thedailybeast.com/downsize-fitness-the-gym-for-overweight-members-only?ref=scroll>

Heap, K. (2018). *Gruppemetoden- for sosial- og helsearbeidere*. (5.utg). Gyldendal.

Helmikstøl, Ø. (2021). De forsømte pasientene. *Psykologtidsskrift*.
<https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsomte-pasientene>

Helsebiblioteket. (2020). Behandling av overvekt med legemidler og operasjon. *Helsenorge*.
<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/behandling-av-overvekt/>

Helsedirektoratet. (2010). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. *Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf

Helsedirektoratet. (2019, 17.Desember). Helsedirektoratets kostråd. *Helsenorge*.
<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad/helsedirektoratets-kostrad/>

Helsedirektoratet. (2022). Hva er forskjell på diabetes type 1 og diabetes type 2?. *Helsenorge*.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/forskjellen-pa-diabetes-type-1-og-diabetes-type-2/>

Helsedirektoratet. (2021). Oversikt over kommuner med frisklivssentral. *Helsedirektoratet*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/oversikt-over-kommuner-med-frisklivssentral>

Helsedirektoratet. (2022). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. *Helsedirektoratet*.

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet. (2022). Veileder for kommunale risklivssentraler. *Helsedirektoratet*.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsenorge. (2022). Hva er psykisk helse. *Helsenorge*.

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helseth, A.E. (2007). Kvinner i store kropper. *En kvalitativ studie av kvinners erfaringer med å leve med overvekt*. (Masteroppgave). Universitetet i Oslo.

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15737/Helseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Henriksen, C., Borchsenius, C. & Retterstøl, K. (2021). Slik kan overvekt og fedme gå utover helsen. *Bramat*.

<https://bramat.no/vekt/3262-slik-kan-overvekt-og-fedme-ga-utover-helsen-din>

Hvidsten, N & Orvedal, L. (Ukjent publiseringsdato). Den oversette spiseforstyrrelsen. *Nettos*.
<https://nettros.no/den-oversette-spiseforstyrrelsen/>

Jakobsen, S.E. (2017). Hele samfunnet er preget av en forakt for fedme, mener forskeren. *Forskning*.
<https://forskning.no/helse-ny/hele-samfunnet-er-preget-av-en-forakt-for-fedme-mener-forsker/311725>

Jakobsen, S.E. (2017). Sykepleiere har fordommer mot overvektige pasienter. *Forskning*.
<https://forskning.no/overvekt-helsetjenester-ny/sykepleiere-har-fordommer-mot-overvektige-pasienter/306555>

Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W., Rasmussen, E.B. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i en kvalitativ analyse* (3.utg). Universitetsforlaget.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., Gaxiola, S.A., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Girolamo, G.D., Graaf, R.D., Haro, J.M., Masfety, V.K., O'Neil, S., Villa, J.P., Sasu, C., Scott, K., Viana, M.C., Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1; 73(9): 904–914.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628997/>

Kirkengen, A.L & Næss, A.B. (2017). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (3.Utg). Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N.J. (2019). *Psykososialt arbeid, kunnskap, verdier og samfunn: Livsstilsutfordringer og pedagogisk endringsarbeid* (1.utg). Gyldendal.

Kroppsmasseindeks (KMI) og helse (2015, 3.Mars). *Folkehelseinstituttet*.
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Kroppsmasseindex (KMI) og midjemål (2020, 2. Januar). *Helsenorge*.
<https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/kroppsmasseindeks-KMI/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal akademisk

Kvam, M. (2019). Inaktivitet- en folkesykdom. *NHI*.

<https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/inaktivitet-en-folkesykdom/>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Manifest mot mobbing. (2011-2014). Manifest mot mobbing- Et forpliktende samarbeid for et godt og inkluderende oppvekst- og læringsmiljø. *Departementenes servicesenter 01/2011*

Mangerud, R. (2005). Fedme gir økt risiko for depresjon. *forskning.no*.

<https://forskning.no/psykologi-partner-ntnu/fedme-gir-okt-risiko-for-depresjon/1036941>

Melkerud, A.G. (2022). Overspisingslidelse - den vanligste spiseforstyrrelsen. *Sykehuset Østfold*.

<https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/overspisingslidelse-den-vanligste-spiseforstyrrelsen>

Meyer, H.E. (2022). Overvekt og fedme i Norge. *Folkehelseinstituttet*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Midthun, T.R. (2014). *Hverdagen i en stor kropp som forsøker å bli mindre*. (Masteroppgave, norges idrettshøgskole) Bibsys.

<https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/218735/>

[Midthun_Tina%20Rosseid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/218735/Midthun_Tina%20Rosseid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

NESH. (2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/>

[forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora](https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora)

Nesvoll, M. (2023). Ikke lett å ha rå stil og ære stor og saftig. *Tv2*.

[https://www.tv2.no/mening_og_analyse/ikke-lett-a-ha-ra-stil-og-vaere-stor-og-saftig/15502074/?](https://www.tv2.no/mening_og_analyse/ikke-lett-a-ha-ra-stil-og-vaere-stor-og-saftig/15502074/?fbclid=IwAR3D7rAddvyw8-2grvXtoBz0bHorBzZIZrJj4_P7iJcwh_QVU_PGMnLyI9Q)

[fbclid=IwAR3D7rAddvyw8-2grvXtoBz0bHorBzZIZrJj4_P7iJcwh_QVU_PGMnLyI9Q](https://www.tv2.no/mening_og_analyse/ikke-lett-a-ha-ra-stil-og-vaere-stor-og-saftig/15502074/?fbclid=IwAR3D7rAddvyw8-2grvXtoBz0bHorBzZIZrJj4_P7iJcwh_QVU_PGMnLyI9Q)

NHI. (2021). Gastrisk bypass, mulige bivirkninger. *NHI*.

<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/gastrisk-bypass/gastrisk-bypass-komplikasjoner/?page=all>

NHI. (2021). Overvekt og fedme. *NHI.no*.

<https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og->

Opsahl, M & Anker, C. (2022). Konsekvenser av overvekt. *Helsenett*.

<https://www.helsenett.no/244-sykdommer/overvekt/overvekt/3999-konsekvenser-av-overvekt.html>

Opsahl, M & Anker, C. (2022). Årsaker til overvekt. *Helsenett*.

<https://www.helsenett.no/244-sykdommer/overvekt/overvekt/4019-arsaker-til-overvekt.html/?page=all>

Psykologvirke. (Ukjent publiseringsdato). Forskjellen på selvtillit, selvfølelse og selvbilde-
psykologvirke.

<https://psykologvirke.no/terapi-oslo/behandling-darlig-selvfolelse-selvbilde-selvtillit/>

Puhl, R. (2015). *Cross-National Perspectives about Weight- based Bullying in Youth*. Pediatric Obesity, 10 (4).

Ramm, A.S. (2020) Overspisingslidelse skyldes ikke mangel på viljestyrke. *Vektklubben*.

<https://www.vektklubb.no/artikkel/helse/JJkrR/overspisingslidelse-skyldes-ikke-mangel-paa-viljestyrke>

Ranes, K. (2022). ``Det er berre tungt å dere tung`` Unge vaksne sine erfaringer rundt psykisk helse og fedme. (Masteroppgave, NTNU).

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3002966>

Repstad, P. (2017). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. (3.utg).

Universitetsforlaget.

Robstad, N. (2020). *Intensive care nurses' attitudes and behavioural intentions toward obese intensive care patients*. (Doktorgradsavhandling). University of Agder.

<https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2655168/Dissertation.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Røse, I.L. (2021). Når man sammenligner seg med en kropp som ikke er ekte. *Nettavisen Norsk debatt*.

<https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/nar-man-sammenligner-seg-med-en-kropp-som-ikke-er-ekte/o/5-95-212870>

Rådet for psykisk helse. (2015). Depresjon. *Mental helse ungdom*.

<https://mentalhelsetungdom.no/psykisk-helse/depresjon/>

Råd om spiseforstyrrelser (ukjent publiseringsdato) Overspisingslidelse. *Nettros*.

<https://nettros.no/fa-kunnskap/overspisingslidelse/>

Simon, G.E., Korff, M.V., Saunders, K., Miglioretti, D.L., Crane, P.K., Belle, G.V. & Kessler, R.C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1913935/pdf/nihms22372.pdf>

Skau, G.M. (2003). *Mellom makt og hjelp- om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. (3.utg). Universitetsforlaget

Spilde, I. (2007). Bli tykk med fete venner. *Forskning*.

<https://forskning.no/sosiale-relasjoner-forebyggende-helse/blir-tykk-med-fete-venner/1008525>

Spilde, I. (2014). Tjukke mennesker er late og dumme. *Senter for grunn forskning*.

<https://forskning.no/overvekt-mobbing/tjukke-mennesker-er-late-og-dumme/551841>

Spilde, I. (2015). Skadelig diskriminering av alvorlig overvektige. *Forskning*.

<https://forskning.no/sosiale-relasjoner-overvekt-mobbing/skadelig-diskriminering-av-alvorlig-overvektige/462586>

St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet

Sumitra. (2013). Downsize Fitness – The Gym That Only Accepts People Who Are At Least 50 Pounds Overweight. *Odditycentral*.

<https://www.odditycentral.com/news/downsize-fitness-the-gym-that-only-accepts-people-who-are-at-least-50-pounds-overweight.html>

Sundstrøm, K. (2020). George Herbert Mead om selvet og <<Den generaliserte andre>>. <https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:e47486fd-1c96-4e58-a0a2-d520d3950013/topic:1:de2d7261-34d9-4b8c-b3dc-10ee6552432b/resource:1:188100>

Sykehuset i Vestfold (Ukjent publiseringsdato). Senter for sykelig overvekt. *Sykehuset i vestfold*. <https://www.siv.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/indremedisinsk-avdeling-a/senter-for-sykelig-overvekt#les-mer-om-senter-for-sykelig-overvekt>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Tesli, M.S. (2021). Psykiske lidelser hos voksne. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1>

Thuren, T. (2021). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. Utg.). Gyldendal akademisk

Tøssebro, J. & Berg, B. (2015). *Sosialt arbeid- Sosiale forskjeller, avvik og samfunn*. Universitetsforlaget.

Ueland, V. (2019). Stigmatisering og skam- en kvalitativ studie om å leve med fedme. *Sykepleien forskning*. 2019; 14(77012):e-77012. <https://sykepleien.no/forskning/2019/05/stigmatisering-og-skam-en-kvalitativ-studie-om-leve-med-fedme>

Undheim, I. (2021). Overvektige kvir seg for å dra på treningssenter: - Sjukt flautt. *NRK .no*. https://www.nrk.no/vestland/overvektige-kvir-seg-for-a-dra-pa-treningssenter_-_sjukt-flautt-1.15728213

Vij, A. (2023). *People shocked at 'savage' plus-sized shop names in Asia*. <https://www.ladbible.com/community/tiktok-savage-plus-sized-shop-names-bangkok-316573-20230324.amp.html>

Vrabel, K. (2018). Hva er kroppspress. *Norsk psykolog forening*. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-kroppspress>

World Health organization (2021). Obesity and overweight.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Ødegaard, K.J. (2006) Fedme er forbundet med angst og depresjon. *Tidsskriftet- den norske legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2006/10/medisinsk-nytt/fedme-er-forbundet-med-angst-og-depresjon>

Årsaker til overvekt og fedme (2022, 27 Juli). Årsaker til overvekt og fedme. *Euroclinx*.

<https://www.euroclinx.net/no/overvekt/vektokning-arsaker>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet *Menneskets psykiske utfordringer knyttet til overvekts problematikk*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke psykiske utfordringer og stigmatisering kvinner med overvekt opplever, og om et lavterskel tilbud kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prøveprosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prøveprosjektet er en mastergrads oppgave utført av en student som går studieretningen masterstudium i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold.

Formålet med masterprosjektet er å belyse hvilke psykiske utfordringer og stigmatisering kvinner med overvekt opplever, og hvordan disse utfordringene preger hverdagen og motivasjonen for videre livsstilsendring. Det skal undersøkes om et lavterskel tilbud til kvinner med psykiske utfordringer knyttet til overvekt kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen. Lav terskel tilbudet vil gå ut på å samle en gruppe kvinner som opplever psykiske utfordringer. Gruppen vil møtes to ganger per uke i en periode på 8 uker. På møtene vil deltagerne bli introdusert for lett og morsom aktivitet, muligheten til å bli kjent og utveksle egne erfaringer. Møtene vil foregå på treningssenteret.

Problemstillingen for prøveprosjektet lyder som følgerne: Hvordan påvirker psykiske utfordringer og stigmatisering på grunn av overvekt og fedme personens hverdag, og på hvilken måte kan et lavterskeltilbud til mennesker med disse utfordringene bidra til en forbedring av den psykiske helsen samt motivere for videre livsstilsendring?

Forsknings spørsmålene i oppgaven omhandler hvilke psykiske utfordringer deltagerne opplever, hvilke erfaringer deltagerne har i møte med andre mennesker, spesielt helsevesenet, og hvilke faktorer som kan bidra positivt på den psykiske helsen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektet utføres i samarbeid med treningssenteret

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det blir offentliggjort et påmeldingsskjema for prøveprosjektet. I påmeldingsskjema står det opplysninger om at vi søker 12 kvinnelige deltagere til et studie om psykiske utfordringer knyttet til overvekts. Kravene for å delta er at du er kvinne, har BMI over 25 og opplever psykiske utfordringer knyttet til overvekt. Alle som melder seg på mottar en e-post med mer opplysninger om tilbudet og prøveprosjektets hensikt. Deretter må de som fortsatt ønsker å delta avgi svar på dette. Av de som fortsatt ønsker å delta, blir 12 deltagere tilfeldig trekt ut til prøveprosjektet. Kriterier for å delta i prøveprosjektet er at man skal være kvinne, ha et ønske om å gå ned i vekt, ha en BMI over 25 og oppleve psykiske utfordringer knyttet til overvekt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prøveprosjektet, innebærer det at du samtykker til å bli intervjuet. Intervju vil foregå på et uforstyrret rom, uten andre mennesker enn deg og intervjuer. Data materialet vil bli anonymisert, og helsesenteret vil ikke få tilgang til data fra intervjuet. Du vil bli stilt åpne spørsmål og vil ha muligheten til å fortelle din historie. Temaene du vil få spørsmål om er hvilke psykiske utfordringer du opplever knyttet til overvekt, hvilke erfaringer du har i møte med andre mennesker, spesielt helsevesenet og om du har opplevd stigmatisering på grunn av kropp. Du vil bli intervjuet to ganger. Første intervju vil være før prøveprosjekt starter. Og siste intervju vil foregå etter at prøveprosjekt er ferdig. Dette er fordi det skal undersøkes om en slikt lavterskel tilbud har noen positiv innvirkning på den psykiske helsen. Under intervjuet vil det bli brukt lyd opptaker. Data som blir tatt opp, vil lagres på en trygg og sikker måte

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prøveprosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Hvis du velger å trekke deg fra prøveprosjektet, vil du miste tilgang til å delta på trenings samlingene og gratis bruk av helsesenteret. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Data fra lyd opptaker blir lagret på en nettside med tre punkts innlogging og lydfilen vil være kryptert etter det er gjennomført. De ansatte ved helsesenteret som vet om prøveprosjektet har undertegnet en taushetserklæring. Daglig leder har også undertegnet en databehandler avtale. De gjeldene ansatte på helsesenter vil kun ha din kontaklinformasjon, og de vet at du oppfyller kravene til deltagelse. De vil ikke ha noen videre innsikt i data fra intervjuer. Det er kun fåtall ansatte som vet om prosjektet. Dette er: Daglig leder, personlig trener, helseveileder og resepsjonist.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes Juni 2023. Intervjuer og notater vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Charlotte Undrum

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Charlotte Undrum

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *[sett inn tittel]*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i prosjektet.
- ☐ å delta i Intervju.
- ☐ At de nevnte ansatte ved helsesentret får kontaktinformasjon og vet at jeg oppfyller kravene for deltagelse.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

Hvordan påvirker psykiske utfordringer og stigmatisering på grunn av overvekt og fedme personens hverdag, og på hvilken måte kan et lavterskeltilbud til mennesker med disse utfordringene bidra til en forbedring av den psykiske helsen samt motivere for videre livsstilsendring?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke psykiske utfordringer opplever du med overvekts problematikk og hvilke konsekvenser har dette for den psykososiale helsen?
2. Hvilke erfaringer har personen med overvekts problematikk i møte med andre mennesker og helsevesenet, spesielt med tanke på stigmatisering?
3. Hvilke opplevelser og erfaringer opplevde deltakerne med prøveprosjektet?

Spørsmål til intervju før prosjektstart:

- Hvilke psykiske utfordringer knyttet til overvekt opplever du, og hvordan påvirker dette din hverdag?
- Har du fått hjelp til vektnedgang tidligere, i såfall hvordan hjelp?
 - Hva fungerte og hva fungerte ikke?
- Hvilke erfaringer har du i møte med helsevesenet med tanke på overvekt?
- Har du opplevd negative kommentarer eller stigmatisering på grunn av kroppen din?
 - Fortell om dine opplevelser
- Hvilke tanker har du om å trene på Treningsenter?
 - Har du vært på Treningsenter før?
 - Hvis nei, hvorfor ikke?
 - Hvis ja, hvilke opplevelse hadde du?

Spørsmål til intervju etter endt prosjekt:

- Hvordan vil du beskrive din psykososiale helse og hvilke psykiske utfordringer opplever du nå?
- Hvilke opplevelser og erfaringer hadde du med prosjektet?
- Hvilke tanker har du om å trene på Treningsenter?
- Hvilken virkning hadde prosjektet på deg?
 - Hva fungerte
 - Hva fungerte ikke
- Hvordan opplever du motivasjonen din for videre livsstilsendring?

Vedlegg 3: Databehandleravtale

DATABASEHANDLERAVTALE

Dokumentet vil i det følgende inneholde et utkast til en standardavtale i henhold til artikkel 28 nr. 3 i EU-forordning 2016/679 (personvernforordningen) med henblikk på databehandlerens behandling av personopplysninger

mellom

Navn: Høyskolen i Østfold
Org. nr.: 971 567 376
Adresse: B R A veien 4
Postnummer og by: 1757 Halden
Land: Norge

heretter «den dataansvarlige»

Navn:
Org. Nr.:
Adresse:
Postnummer og by:

Land: Norge

heretter «databehandleren»

hvoretter de hver for seg omtales som «part», og sammen utgjør «partene».

Har avtalt følgende standardkontraktsbestemmelser («bestemmelsene») med henblikk på å overholde personopplysningsloven og personvernforordningen og sikre beskyttelse av privatlivets frem og fysiske personers grunnleggende rettigheter og friheter

Innholdsfortegnelse

1. Innledning
2. Den behandlingsansvarliges rettigheter og forpliktelser
4. Databehandleren handler etter instruks
5. Fortrolighet
6. Behandlingssikkerhet
7. Anvendelse av underdatabehandlere
8. Overføring til tredjestater eller internasjonale organisasjoner
9. Bistand til den behandlingsansvarlige
10. Underretning om brudd på personvernsikkerheten
11. Sletting og returnering av opplysninger
12. Revisjon, herunder inspeksjon
13. Partenes avtale om andre forhold
14. Ikrafttredelse og opphør
15. Kontaktpersoner hos den behandlingsansvarlige og databehandleren

Bilag A Opplysninger om behandlingen

Bilag B Underdatabehandlere
Bilag C Instruks vedrørende behandling av personopplysninger
Bilag D Partenes regulering av øvrige forhold

1. Innledning

1. Disse Bestemmelser fastsetter databehandlerens rettigheter og forpliktelser når denne foretar behandling av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige
2. Disse bestemmelser er utformet på henblikk på partenes etterlevelse av artikkel 28 nr. 3 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/679 av 27. april 2016 om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger og om opphevelsen av direkte 95/46/EF (generell personvernforordning).
3. I forbindelse med administreringen av påmeldte til masterprosjektet behandlinger databehandleren personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige i overensstemmelse med disse bestemmelser.
4. Bestemmelsene har forrang hva angår eventuelle tilsvarende bestemmelser i andre avtaler mellom partene
5. Tilhørende disse bestemmelser, følger de med fire bilag. Bilagene utgjør en integrert del av bestemmelsene.
6. Bilag A inneholder nærmere opplysninger om behandlingen av personopplysninger, herunder om behandlingens formål og karakter, type personopplysninger, kategoriene av registrerte og varighet på behandlingen.
7. Bilag B inneholder den behandlingsansvarliges betingelser for databehandlerens bruk av underdatabehandlere og en liste over underdatabehandlere, som den behandlingsansvarlige har godkjent bruken av.
8. Bilag C inneholder den behandlingsansvarliges instruks hva angår databehandlerens behandling av personopplysninger, en beskrivelse av de sikkerhetsrutiner, som databehandleren som et minimum skal gjennomføre, og hvordan tilsyn skal gjennomføres med databehandleren og eventuelle underdatabehandlere.
9. Bilag D inneholder bestemmelser vedrørende andre aktiviteter, hvilket ikke anses omfattet av Bestemmelsene
10. Bestemmelsene med tilhørende bilag skal oppbevares skriftlig, herunder elektronisk, av begge parter.
11. Disse Bestemmelsene frigjør ikke databehandleren fra forpliktelser som databehandleren er pålagt etter personvernforordningen eller enhver annen lovgivning som vedkommende er forpliktet etter.

2. Den behandlingsansvarliges rettigheter og forpliktelser

1. Den behandlingsansvarlige er ansvarlig for å sikre at behandlingen av personopplysninger skjer i overensstemmelse med personvernforordningen (se forordningens artikkel 24, regulering av personopplysninger gjennom folkeretten og disse Bestemmelser.
2. Den behandlingsansvarlige har rett og plikt til å treffe beslutninger om til hvilke(t) formål og med hvilke hjelpemidler behandlingen av personopplysninger skal finne sted.
3. Den behandlingsansvarlige er ansvarlig for, blant annet, å sikre at det er et behandlingsgrunnlag for behandlingen av personopplysninger, hvilket databehandleren er instruert om å foreta.

4. Databehandleren handler etter instruks

1. Databehandleren skal kun behandle personopplysninger etter dokumentert instruks fra den behandlingsansvarlige. Dette gjelder ikke hvor det kreves i henhold til folkerett eller nasjonal rett som databehandleren er underlagt at databehandleren behandler personopplysningene. Instruksen skal være spesifisert i bilag A og C. Etterfølgende instruks kan også gis av den behandlingsansvarlige i perioden det skjer behandling av personopplysninger, men instruksene skal alltid være dokumentert og oppbevart skriftlig, herunder elektronisk, sammen med disse Bestemmelser.
2. Databehandleren underretter løpende den behandlingsansvarlige, dersom en instruks etter vedkommendes mening er i strid med personvernforordningen eller personvernbestemmelser som følger av folkeretten.

5. Fortrolighet

1. Databehandleren skal kun gi tilgang til personopplysninger som behandles på den behandlingsansvarliges vegne, til personer som er underlagt den behandlingsansvarliges instruksjonsbeføyelser og som har forpliktet seg til fortrolighet eller er underlagt en passende lovbestemt taushetsplikt, og kun i det nødvendige omfang. Det skal føres liste over personene som er gitt slik tilgang, hvilket skal gjennomgå løpende. På bakgrunn av denne løpende gjennomgang kan tilgangen til personopplysningene stenges, hvis tilgangen ikke lenger er nødvendig. Der det konkluderes med at tilgang ikke lenger er nødvendig, skal personopplysningene ikke lenger være tilgjengelige for vedkommende personer.
2. Databehandleren skal etter anmodning fra den behandlingsansvarlige kunne påvise at de aktuelle personer som er underlagt databehandlerens instruksjonsbeføyelser, er underlagt overnevnte taushetsplikt.

6. Behandlingssikkerhet

1. Personvernforordningen artikkel 32 fastslår, at den behandlingsansvarlige og databehandleren, under hensyn til det aktuelle tekniske nivå, implementeringsomkostningene og den aktuelle behandlingens karakter, omfang, sammenheng og formål samt risikoer av varierende

sannsynlighetsgrad og alvorlig for fysiske personers rettigheter og friheter, gjennomfører passende tekniske og organisatoriske tiltak for å sikre et beskyttelsesnivå som samsvarer med gjeldende risikoer.

Den behandlingsansvarlige skal vurdere risikoene for fysiske personers rettigheter og friheter som behandlingen medfører og gjennomføre tiltak for å imøtegå disse risikoene. Avhengig av deres relevans, kan det omfatte følgende;

- a. Pseudonymisering og kryptering av personopplysninger
 - b. Evne å sikre varig konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet i behandlingssystemer og -tjenester.
 - c. Evne til rettidig gjenoppretting av tilgjengelighet til og adgang til personopplysninger i tilfelle en fysisk eller teknisk hendelse.
 - d. En prosedyre for regelmessig testing, vurdering og evaluering av effektiviteten til de tekniske og organisatoriske tiltak til sikring av behandlingssikkerhet.
2. Etter forordningens artikkel 32 skal databehandleren – uavhengig av den behandlingsansvarlige – også vurdere risikoene for fysiske personers rettigheter og friheter som behandlingen utgjør og gjennomføre tiltak for å imøtegå disse risikoene. Med henblikk på denne vurderingen skal den dataansvarlige stille den nødvendige informasjonen til rådighet for databehandleren som gjør vedkommende i stand til å identifisere og vurdere slike risikoer.
3. Videre skal databehandleren bistå den behandlingsansvarlige med vedkommende overholdelse av den behandlingsansvarliges forpliktelse etter forordningens artikkel 32, ved blant annet å stille den nødvendige informasjon til rådighet til den behandlingsansvarlige vedrørende de tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak som databehandleren allerede har gjennomført i henhold til forordningens artikkel 32, og all annen informasjon som er nødvendig for den behandlingsansvarliges overholdelse av forpliktelser etter forordningens artikkel 32.

Hvis imøtegåelse av de identifiserte risikoer – etter den behandlingsansvarliges vurdering – krever gjennomføring av ytterligere tiltak enn allerede er gjennomført av databehandleren, skal den behandlingsansvarlige angi de ytterligere tiltak som skal gjennomføres i bilag C.

7. Anvendelse av underdatabehandlere

1. Databehandleren skal oppfylle de betingelser som fremgår av personvernforordningen artikkel 28 nr. 2 og nr. 4 for at bruk av en annen databehandler (underdatabehandler) skal anses legitimt.
2. databehandleren må således ikke gjøre bruk av en underdatabehandler til oppfyllelse av disse Bestemmelser med mindre det foreligger en forutgående spesifikk skriftlig godkjenning eller en forutgående generell skriftlig godkjenning fra den behandlingsansvarlige.

3. **FORUTGÅENDE SPESIFIKK GODKJENNELSE.** Databehandleren må kun anvende underdatabehandlere hvor det foreligger en forutgående spesifikk skriftlig godkjenning fra den behandlingsansvarlige. Databehandleren skal inngi anmodningen om en spesifikk godkjenning minst 30 dager innen anvendelsen av den aktuelle underdatabehandleren. Listen over underdatabehandlere som allerede er godkjent av den behandlingsansvarlige, fremgår av bilag B.

1. oppfyllelse av d Når databehandleren gjør bruk av en underdatabehandler i forbindelse med utførelsen av spesifikke behandlingsaktiviteter på vegne av den behandlingsansvarlige, skal databehandleren gjennom en kontrakt eller annet rettslig dokument i henhold til folkeretten eller nasjonal lovgivning, pålegge underdatabehandleren de samme databeskyttelsesforpliktelser som gjelder for databehandleren hvilket fremgår av disse bestemmelser, hvor det uttrykkelig stilles de nødvendige garantier for at underdatabehandleren vil gjennomføre de tekniske og organisatoriske forordninger på en slik måte at behandlingen overholder kravene som fremgår av disse Bestemmelser, samt personvernforordningen.

Databehandleren er derav ansvarlig for å kreve at underdatabehandleren som et minimum overholder databehandlerens forpliktelser etter disse Bestemmelser og personvernforordningen.

4. Underdatabehandleravtale(r) og eventuelle senere endringer hertil sendes – etter den behandlingsansvarliges anmodning – i kopi til den behandlingsansvarlige, som derav har mulighet for å sikre seg at tilsvarende databeskyttelsesforpliktelser som følger av disse Bestemmelser er pålagt underdatabehandleren. Bestemmelser om kommersielle vilkår, som ikke påvirker det databeskyttelsesrettslige innhold av underdatabehandleravtalen, skal ikke sendes til den behandlingsansvarlige.

5. Databehandleren skal i sin avtale med underdatabehandleren innføre den behandlingsansvarlige som begunstiget tredjepart i tilfelle av databehandlerens konkurs, slik at den behandlingsansvarlige kan tre inn i databehandlerens rettigheter og gjøre dem gjeldende overfor underdatabehandler, som f.eks. gjør den behandlingsansvarlige i stand til å instruere underdatabehandleren om å slette eller tilbakelevere aktuelle personopplysninger.

6. Hvis databehandleren ikke oppfyller sine databeskyttelsesforpliktelser, medfører det at databehandleren er fullt ansvarlig overfor den behandlingsansvarlige hva angår oppfyllelsen av underdatabehandlerens forpliktelser. Dette påvirker ikke de registrertes rettigheter og friheter som følger av personvernforordningen, herunder særlig forordningens artikkel 79 og 82 overfor den behandlingsansvarlige og databehandleren, herunder underdatabehandleren.

7. Overføring til tredjestater eller internasjonale organisasjoner

1. Enhver overføring av personopplysninger til tredjestater eller internasjonale organisasjoner må kun foretas av databehandleren på bakgrunn av dokumentert instruks fra den behandlingsansvarlige og skal alltid skje i overensstemmelse med personvernforordningens kapittel V.

2. Dersom overføring av personopplysninger til tredjestater eller internasjonale organisasjoner som databehandleren ikke er blitt instruert i å foreta av den behandlingsansvarlige kreves i henhold til folkeretten eller nasjonal rett som databehandleren er underlagt, skal databehandleren underrette

den behandlingsansvarlige om det rettslige krav hva angår behandling, med mindre den gjeldende rett forbyr slik underretning av hensyn til viktige samfunnsmessige interesser.

3. Uten dokumentert instruks fra den behandlingsansvarlige kan databehandleren således ikke innenfor rammene av disse Bestemmelser:
 - a. Overføre personopplysninger til en behandlingsansvarlig eller databehandler i tredjestater eller en internasjonal organisasjon.
 - b. Overlate behandling av personopplysninger til en underdatabehandler i en tredjestat.
 - c. Behandle personopplysningene i et tredjeland.
4. Den behandlingsansvarliges instruks hva angår overførsel av personopplysninger til tredjeland, herunder det eventuelle overføringsgrunnlag i personvernforordningens kapittel V, som overføringen baserer seg på, skal angis i bilag C.
5. Disse Bestemmelser skal ikke forveksles med bestemmelser i standardkontrakter som omhandlet i personvernforordningen artikkel 46 nr. 2 litra c og d, og disse Bestemmelser kan ikke utgjøre et grunnlag for overføring av personopplysninger som omhandlet i personvernforordningen kapittel V.

9. Bistand til den behandlingsansvarlige

1. Databehandleren bistår, under hensyn til behandlingens karakter, så vidt mulig den behandlingsansvarlige med hjelp av passende teknisk og organisatoriske tiltak for en behandlingsansvarliges forpliktelser til oppfyllelse av utøvelse av de registrertes rettigheter og friheter som fastlagt i personvernforordningen kapittel III.

Dette innebærer at databehandleren så vidt mulig skal bistå den behandlingsansvarlige i forbindelse med at den behandlingsansvarlige skal sikre overholdelsen av:

- a. Opplysningsplikten ved innsamling av personopplysninger hos den registrerte
 - b. Opplysningsplikten dersom personopplysninger ikke er innsamlet hos den registrerte.
 - c. Innsynsretten
 - d. Retten til retting/korrigerings
 - e. Retten til sletting («retten til å bli glemt»)
 - f. Retten til begrensning av behandlingen
 - g. Underretningsplikten i forbindelse med rettelse eller sletting av personopplysninger eller begrensning av behandling
 - h. Retten til dataportabilitet
 - i. Retten til innsigelse
 - j. Retten til ikke å være gjenstand for en avgjørelse som lene er basert på automatisk behandling, herunder profilering.
2. I tillegg til databehandlerens plikt til å bistå den behandlingsansvarlige i henhold til artikkel 6 nr. 4 bistår databehandleren den behandlingsansvarlige av hensyn til behandlingens karakter og de opplysninger som er tilgjengelige for databehandleren med følgende:

- a. Den behandlingsansvarliges forpliktelse til uten unødiggjorsinkelse og om mulig senest 72 timer etter at den er blitt gjort kjent med det, å anmelde brudd på personvernssikkerheten til den kompetente tilsynsmyndighet, Datatilsynet, med mindre det er usannsynlig at bruddet på personopplysningsikkerheten innebærer en risiko for fysiske personers rettigheter og friheter.
 - b. Den behandlingsansvarliges forpliktelse til uten unødiggjorsinkelse å underrette den registrerte om brudd på personvernssikkerheten, når bruddet sannsynligvis vil medføre en høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter
 - c. Den behandlingsansvarliges forpliktelse til forut for behandlingen til å foreta en analyse av de påtenkte behandlingsaktiviteters konsekvenser for beskyttelse av personopplysninger, en såkalt konsekvensanalyse.
 - d. Den behandlingsansvarliges forpliktelse til å høre med den kompetente tilsynsmyndighet, Datatilsynet, før behandling, såfremt en konsekvensanalyse vedrørende databeskyttelsen viser at behandlingen vil føre til høy risiko i mangel av tiltak truffet av den behandlingsansvarlige for å begrense risikoen.
3. Partene skal i bilag C spesifisere de nødvendige tekniske og organisatoriske tiltak, og i hvilket omfang og utstrekning databehandleren skal bistå den behandlingsansvarlige. Dette gjelder de forpliktelser som fremgår av Bestemmelse 9.1 og 9.2

10. Underretning om brudd på personvernssikkerheten

1. Databehandleren underretter uten unødiggjorsinkelse den behandlingsansvarlige etter å ha blitt oppmerksom på at det har skjedd et brudd på personvernssikkerheten.
2. Databehandleren underretning til den behandlingsansvarlige skal om mulig senest skje 12 timer etter at denne er blitt bekjent med bruddet, slik at den behandlingsansvarlige kan overholde sin forpliktelse med å anmelde bruddet på personvernssikkerheten til den kompetente tilsynsmyndighet, jf. personvernforordningen artikkel 33.
3. I tråd med Bestemmelsen 9.2.a skal databehandleren bistå den behandlingsansvarlige med å foreta anmeldelse av bruddet til den kompetente tilsynsmyndighet. Konsekvensen av det vil være at databehandleren skal bistå med å gi nedenstående informasjon, som ifølge artikkel 33 nr. 3 skal fremgå av den behandlingsansvarliges anmeldelse av bruddet til den kompetente tilsynsmyndighet;
 - a. Karakteren av bruddet på personvernssikkerheten, herunder hvis det er mulig, kategoriene og det omtrentlige antall berørte registreringer av personopplysninger
 - b. De sannsynlige konsekvenser av bruddet på personvernssikkerheten.
 - c. De tiltak som den behandlingsansvarlige har tatt, eller foreslås tatt for å håndtere bruddet på personvernssikkerheten, herunder, hvis det er relevant, tiltak for å begrense de mulige skadevirkninger.

4. Partene skal i bilag D angi den informasjon som databehandleren skal gi i forbindelse med sin bistand til den behandlingsansvarlige hva angår den behandlingsansvarliges forpliktelse til å anmelde brudd på personvern sikkerheten til den kompetente tilsynsmyndighet.

11. Sletting og returnering av opplysninger

1. Ved opphør av tjenestene vedrørende behandling av personopplysninger, er databehandleren forpliktet til å slette alle personopplysninger som har blitt behandlet på vegne av den behandlingsansvarlige og bekrefte overfor den behandlingsansvarlige at opplysningene er slettet. Databehandleren forplikter seg alene til å behandle personopplysningene til de(t) formål i den periode og under de betingelser som disse reglene foreskriver.

12. Revisjon, herunder inspeksjon

1. Databehandleren stiller alle opplysninger som er nødvendig for å påvise overholdelse av personvernforordningen artikkel 28 og disse Bestemmelser til rådighet for den behandlingsansvarlige og gir mulighet for og bidrar til revisjon, herunder inspeksjon, som foretas av den behandlingsansvarlige eller en annen revisor som er bemyndiget av den behandlingsansvarlige.
2. Prosedyrene for den behandlingsansvarliges revisjoner, herunder inspeksjoner, med databehandleren og underdatabehandlere er nærmere angitt i Bilag C.7 og C.8
3. Databehandleren er forpliktet til å gi tilsynsmyndigheter, som etter gjeldende lovgivning har adgang til den behandlingsansvarliges eller databehandlerens fasiliteter eller representanter som opptrer på tilsynsmyndighetens vegne, adgang til databehandlerens fysiske fasiliteter med tilstrekkelig legitimasjon.

13. Partenes avtale om andre forhold

1. Partene kan avtale andre bestemmelser vedrørende tjenesten hva angår behandling av personopplysninger om f.eks. erstatningsansvar, så lenge disse andre bestemmelser ikke direkte eller indirekte vil være i strid med Bestemmelser eller forringer den registrertes grunnleggende rettigheter og friheter som følger av personvernforordningen.

14. Ikrafttredelse og opphør

1. Bestemmelsene trer i kraft på datoen for begge parter underskrift
2. Begge parter kan kreve Bestemmelsene gjenforhandlet hvis lovendringer eller uhensiktsmessigheter i Bestemmelsene finner sted.
3. Bestemmelsene er gjeldende så lenge tjenesten vedrørende behandling av personopplysninger varer. I den periode kan Bestemmelsene ikke sies opp, med mindre andre bestemmelser som regulerer levering av tjenesten hva angår behandling av personopplysninger avtales mellom partene
4. hvis levering av tjenestene hva angår behandling av personopplysninger opphører, og personopplysningene slettes eller returneres til den dataansvarlige i overensstemmelse med

Bestemmelse 11.1 og Bilag C.4, kan Bestemmelsene sies opp fra begge parter side med skriftlig varsel.

5. Underskrift

På vegne av den behandlingsansvarlige

Navn:

Stilling: Personvernombud

Telefonnummer:

E-post: personvernombud@hiof.no

Underskrift:

På vegne av databehandleren

Navn:

Stilling:

Telefonnummer:

E-post:

Underskrift:

15. Kontaktpersoner hos den behandlingsansvarlige og databehandleren

1. Partene kan kontakte hverandre via nedenstående kontaktpersoner
2. Partene er forpliktet til løpende å orientere hverandre om endringer hva gjelder kontaktpersoner

Kontaktperson på vegne av den behandlingsansvarlige

Navn:

Stilling: Personvernombud

Telefonnummer:

E-post:

Kontaktperson på vegne av databehandleren

Navn:

Stilling:

Telefonnummer:

E-post:

Bilag A Opplysninger om behandlingen

A.1 Formålet med databehandlerens behandling av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige

Administrere påmeldte til masterprosjektet ettersom treningen vil foregå på helsesenter.

A.2 Databehandlerens behandling av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige dreier seg primært om (karakteren av behandlingen)

Administrere påmeldte til masterprosjektet.

A.3 Behandlingen omfatter følgende typer av personopplysninger om de registrerte
Navn, alder, kontaktinformasjon.

A.4 Behandlingen omfatter følgende kategorier av registrerte
Publikum/deltakere (påmeldte til prosjektet)

A.5 Databehandlerens behandling av personopplysninger på vegne av den
behandlingsansvarlige kan påbegynnes etter disse bestemmelsers ikrafttredelse. Behandlingen
har følgende varighet

September 2022 – Juni 2023.

Bilag B Underdatabehandlere

B.1 Godkjente underdatabehandlere

Ved Bestemmelsenes ikrafttredelse har den behandlingsansvarlige godkjent bruken av følgende
underdatabehandlere

NAVN	ORG. NR.	ADRESSE	BESKRIVELSE AV BEHANDLING

Ved Bestemmelsens ikrafttredelse har den behandlingsansvarlige godkjent bruken av overnevnte
underdatabehandlere for den beskrevne behandlingsaktivitet. Databehandleren må ikke – uten den
behandlingsansvarliges skriftlige godkjenning – gjøre bruk av en underdatabehandler til en annen
behandlingsaktivitet enn den som er beskrevet og avtalt eller gjøre bruk av en annen
underdatabehandler til denne behandlingsaktivitet

B.2 Varsel for godkjenning av underdatabehandlere

Skal varsles 30 dager før bruk av ny underdatabehandler

Bilag C Instruks vedrørende behandling av personopplysninger

C.1 Behandlingens gjenstand/instruks

Databehandlerens behandling av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige skjer
ved at databehandleren utfører følgende:

Administrere påmeldingsskjema til masterprosjektet.

C.2 Behandlingssikkerhet

Sikkerhetsnivået skal avspeile:

Behandlingen omfatter personopplysninger som faller inn under personvernforordningen artikkel 9 hva angår «særlige kategorier av personopplysninger». Av den grunn stilles det krav til at det etableres et høyt sikkerhetsnivå.

Databehandleren er heretter berettiget og forpliktet til å treffe beslutninger om hvilke tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak som skal gjennomføres for å etablere det nødvendige og avtalte sikkerhetsnivå.

Databehandleren skal dog – under alle omstendigheter og som minimum – gjennomføre følgende tiltak, som er avtalt med den behandlingsansvarlige:

- Slette påmeldingsskjema når 12 deltakere er valgt ut til prosjektet.
- Daglig leder av helsesenter og helseveileder ved helsesenteret skal signere en taushetserklæring.

<BESKRIV KRAVENE VEDRØRENDE BESKYTTELSE AV OPPLYSNINGER UNDER OVERFØRING> OBS: hvilken skjema brukes for påmelding? Nettskjema? Leverandør?

<BESKRIV KRAVENE HVA ANGÅR BESKYTTELSE AV OPPLYSNINGER UNDER OPPBEVARING>

C.3 Bistand til den behandlingsansvarlige

Databehandleren skal så vidt mulig – innenfor det nedenstående omfang og utstrekning – bistå den behandlingsansvarlige i overensstemmelse med Bestemmelse 9.1 og 9.2 ved å gjennomføre følgende tekniske og organisatoriske tiltak:

- Tilgangskontroll: kun daglig leder skal ha tilgang til påmeldingsskjema og helseveileder, personlig trener og resepsjonist skal kun ha tilgang til navn på deltakerne i prosjektet. Intervjuer og annen data som skal brukes i masterprosjektet skal ikke publiseres for andre enn forfatteren av masteroppgaven.
- Opplysninger slettes når påmeldte er valgt ut til prosjektet.
- Taushetserklæring signeres av daglig leder, helseveileder, personlig trener og resepsjonist.

C.4 Rutine for oppbevaring/Rutine for sletting

Påmeldingsliste slettes etter at 12 deltakere er valgt ut til prosjektet (innen utgangen av høsten 2022).

C.5 Lokaltet for behandling

Behandling av de av Bestemmelsene omfattende personopplysninger kan ikke uten den behandlingsansvarliges forutgående skriftlige godkjennelse skje på andre lokaliteter enn følgende:

C.6 Instruks vedrørende overføring av personopplysninger til tredjestater

Det overføres ikke personopplysninger til tredjestater.

C.7 Prosedyre for den behandlingsansvarliges revisjoner, herunder inspeksjoner, med behandlingen av personopplysninger som er overlatt til databehandleren

Den behandlingsansvarlige eller en representant for den behandlingsansvarlige kan foreta en fysisk inspeksjon av lokalene hvor databehandleren fortar behandling av personopplysningene fra, herunder fysiske lokaler og systemer, som benyttes til eller i forbindelse med behandling av personopplysninger, med det formål om å fastslå databehandlerens overholdelse av personvernforordningen, personvernbestemmelser i annen EU-rett eller medlemsstatenes nasjonale rett og bestemmelsene som fremgår av denne avtale.

Den behandlingsansvarliges eventuelle utgifter i forbindelse med en fysisk inspeksjon bæres av den behandlingsansvarlige selv. Databehandleren er dog forpliktet til å avsette de ressurser (hovedsakelig tid) som er nødvendig for at den behandlingsansvarlige kan gjennomføre sin inspeksjon.

Bilag D

Partenes regulering av øvrige forhold

Vedlegg 4: Taushetserklæring

Taushetserklæring

Jeg forplikter meg til å ikke å bruke, åpenbare, utlevere eller på annen måte gjøre tilgjengelig for uvedkommende informasjon om data og personopplysninger som jeg har fått kjennskap til i min rolle som databehandler i forbindelse med masterprosjektet til Charlotte Undrum i regi av Høyskolen i Østfold.

Jeg vil også vise aktsomhet i omtale av andre forhold som jeg blir kjent med i forbindelse med masterprosjektet.

Jeg er innforstått med at jeg ikke har rett til å benytte informasjonen til noe annet formål enn det som er beskrevet i databehandleravtalen.

Sted og dato:

Underskrift:
